

SLUTRAPPORT S2015/06414/FS (SKL DNR 16/03142)

Hälsa i Sverige för asylsökande och nyanlända

NATIONELL SPRIDNING AV INSATSER FRÅN FÖRSTUDIEN OM
POSITIV HÄLSOUTVECKLING FÖR ASYLSÖKANDE OCH NYANLÄNDA



Förord

Som en del av en global värld förändras Sverige. Vi bor i ett land som består av nya och etablerade svenskar, med ursprung i olika länder, kulturer, och med olika kunskaper.

År 2015 ansökte närmare 163 000 personer om asyl i Sverige – jämfört med 29 000 år 2016. Kommuner och landsting har gjort ett imponerande arbete i mottagandet för att ge möjligheter till boende, hälsovård, utbildning och arbete.

För att de människor som nu kommer till Sverige ska kunna nå sin fulla potential är en god hälsa grundläggande.

Många av de asylsökande människor som kommer till Sverige har svåra upplevelser bakom sig. Trauma, tortyr och separation, osäkerhet och ovisshet samt förföljelse och diskriminering kan påverka hälsan negativt, liksom längden på asylprocessen. Ångest, oro, svårt att sova och posttraumatisk stress är mer vanligt än hos befolkningen i stort.

Alla nyanlända ska få en hälsoundersökning, vilket ställer stora krav på vården både avseende personal och logistik. Trots en kraftig ökning av antalet hälsoundersökningar fick inte ens hälften av de asylsökande en hälsoundersökning 2014 och frågor om psykisk hälsa saknades ofta.

Detta fick SKL hösten 2015 att söka pengar från socialdepartementet för att göra en förstudie för att möta ohälsa hos asylsökande och nyanlända. Under arbetet med förstudien ökade antalet asylsökande kraftigt och det blev uppenbart att det fanns stora nationella behov av såväl kunskap som en snabbhet i kunskapsöverföringen. Vi ville snabbt öka kapaciteten i hela landet och på alla nivåer – från insatser som ska ges till alla till behandling i den specialiserade psykiatrin.

Denna rapport beskriver vad vi gjort avseende nationell spridning av insatser från förstudien under 2016 och vi redovisar också en metod där utbildning av utbildare har visat sig framgångsrik.

Stockholm, februari 2017

Ing-Marie Wieselgren

Projektchef Uppdrag Psykisk Hälsa

Samordnare psykisk hälsa, Avdelningen för vård och omsorg

Innehållsförteckning

Förord	3
Sammanfattning	6
1. Inledning	9
1.1 Bakgrund.....	9
1.2 Syfte och mål med programmet "Hälsa i Sverige".....	9
1.3 Rapportens disposition.....	10
1.4 Avgränsningar för denna rapport.....	10
2. Teoretisk referensram	11
2.1 Migrationsstress före, under och efter flykt.....	11
2.2 Hälsöfrämjande och förebyggande insatser.....	12
2.3 Stöd och behandling.....	12
3. Vår metod i korthet	14
3.1 Genomförandemodell.....	14
3.2 Framtagande av utbildningsinnehåll.....	14
3.3 Utbildning av utbildare för snabb spridning.....	14
3.4 Stöd till lokala samordnare.....	15
3.5 Dialog och samverkan.....	16
4. Aktiviteter	17
4.1 Stöd till behovsanalys och planering.....	17
4.2 Nationella utbildningstillfällen.....	18
4.3 Vidareutveckling av Verktogsbanken för spridning av goda exempel.....	21
4.4 Stöd för förstärkta hälsoundersökningar.....	22
4.5 Stöd till implementering av Asylsjukvårdsplattformen.....	22
5. Resultat	23
5.1 Ökad förståelse för behov av arbetssätt och material.....	23
5.2 Ökad kunskap och medvetenhet hos personal.....	23
5.3 Webbaserad verktygsbank för goda exempel.....	25
5.4 Förstärkta hälsoundersökningar.....	26
5.5 Implementering av Asylsjukvårdsplattformen.....	29
6. Framåtblick	31
6.1 Fortsatt pressade system.....	31
6.2 Skärpt flyktingpolitik ökar risk för psykisk hälsa.....	31
6.3 Olika utmaningar förenade med olika faser av asylprocessen.....	31
6.4 Flexibilitet och snabbhet är framgångsfaktorer.....	32
6.5 Identifierade utvecklingsområden.....	33
7. Referenser	35
Bilaga A. Resultat av nationell behovsanalys	38
Bilaga B. Beskrivning av genomförande av programmet	48
B1. Programledning.....	48
B2. Stöd till landsting/regioner.....	51
B3. Utveckling och genomförande av nationella utbildningar.....	57

B.4 Utveckling och anslutning till Asylsjukvårdsplattformen	65
Bilaga C. Antal anmälda deltagare per landsting/region och nationell utbildningsmodul till och med 3 februari 2017	69
Bilaga D. Teoretisk bakgrund och evidens	70
Bilaga E. Formulär för behovsanalys	74

Figurförteckning

Figur 1. Utbildning av utbildare.....	15
Figur 2. Verksamhetsföreträdare som upplever behov av förstärkta insatser till asylsökande och/eller nyanlända (aug-okt 2016)	17
Figur 3. Främja, förebygga, behandla. Utdrag ur Utbildningskatalog 2017.	19
Figur 4. Exempel på manual för att utbilda utbildare (Förstärkta arbetssätt för hälsoundersökningar)	20
Figur 5. Exempel på hur ett verktyg tillgängliggjorts på webbsidan (Kultur- och språkpassad hälsoinformation)	20
Figur 6. Exempel på spridningsbart material.	21
Figur 7. Anmälda deltagare per nationell utbildningsmodul till och med 3:e februari 2017 (antal).....	23
Figur 8. Verktyg i verktygsbanken.....	26
Figur 9. Antal asylsökande och antal genomförda hälsoundersökningar, 2011-2016.....	27
Figur 10. Andel asylsökande som genomgått hälsoundersökning, 2010-2016 (tvåårsintervall)	27
Figur 11. Sammanställning av antal asylsökande som uppskattas vänta på hälsoundersökning, per landsting/region	29
Figur 12. Sammanställning status för anslutning till Asylsjukvårdsplattformen i landsting/regioner.....	30
Figur 13. Verksamhetsföreträdare som upplever behov av förstärkta insatser till asylsökande och/eller nyanlända (aug-okt 2016).	38
Figur 14. Programorganisation för Hälsa i Sverige.....	48
Figur 15. Programplan för programmet Hälsa i Sverige hösten 2016.....	50
Figur 16. Landsting/regioner som genomfört behovsanalys	52
Figur 17. Illustration över spridningsmetodiken ”utbilda utbildare”	58
Figur 18. Mest visade filmer i programmet Hälsa i Sverige	59
Figur 19. Översikt över utbildningar i programmet Hälsa i Sverige	62
Figur 20. Illustrativ översikt över hur plattformen kan användas för produktionsplanering och uppföljning	66
Figur 21. Teknisk beskrivning av Asylsjukvårdsplattformen	67
Figur 22. Vyer i Asylsjukvårdsplattformen.....	67

Sammanfattning

I juni 2016 beviljade regeringen en ansökan från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om att sprida resultat och metoder nationellt för att åstadkomma en positiv hälsoutveckling hos asylsökande och nyanlända.

Syftet med satsningen har varit att förbättra kvaliteten i hälsoundersökningar, göra det lättare att identifiera behov och erbjuda tidiga insatser för att förhindra en negativ utveckling av hälsa, och då särskilt den psykiska ohälsan, samt att öka förutsättningarna för en snabb återhämtning och etablering i Sverige.

Hälsa i Sverige - ett nationellt kunskapslyft

För att genomföra satsningen utformade SKL programmet ”Hälsa i Sverige”. Fokus för programmet har varit att genomföra ett nationellt kunskapslyft för att öka kunskapen hos personal inom hälso- och sjukvården för att ge ett bättre bemötande, stöd och vård till asylsökande och nyanlända med risk för eller tecken på psykisk ohälsa.

Spridningsmetodiken att ”utbilda utbildare” valdes för att möjliggöra storskalig spridning på kort tid. Inom ramen för programmet tillämpades metoden genom att landsting/regioner utsåg personer som skulle ta del av nationella utbildningar anordnade av SKL. Deltagarna hade ett åtagande att sprida innehållet lokalt till andra utbildare och till personalgrupper.

Samtliga landsting och regioner har deltagit i kunskapslyftet

Samtliga landsting och regioner har deltagit i kunskapslyftet. Utav dessa genomförde 17 landsting och regioner en inledande behovsanalys, i syfte att identifiera behov av arbetssätt, material, utbildning och handledning för bemötande, stöd och vård på olika nivåer. Behovsanalysen visade att en majoritet av de tillfrågade upplevde behov på samtliga nivåer.

Utifrån behovsanalyserna utformade landstingen och regionerna lokala spridningsplaner. I spridningsplanerna angavs en målsättning för vilka verksamheter som skulle delta i nationella utbildningar och hur kunskaperna skulle spridas vidare lokalt.

Mellan september 2016 och februari 2017 deltog 1 286 personer vid de nationella utbildningstillfällena, fördelat på 14 olika utbildningar. Exempel på innehåll i utbildningarna var hälsoinformation, hälsostöd, hälsoundersökningar, migration och psykisk hälsa för primärvård, elevhälsa och specialistvård samt insatser vid trauma. Deltagarnas genomsnittliga betyg på utbildningarna var 4,1 på en femgradig skala.

Resultatet är ett nationellt kunskapslyft – 6 243 personer har utbildats och för 2017 planeras ytterligare 8 800 att utbildas

Baserat på uppskattningar i den senaste aktuella statusuppdateringen från landstingen och regionernas spridningsplaner så kommer **minst 15 000 personer** ha utbildats inom ramen för Hälsa i Sverige under hösten 2016 och 2017.

- **6 243 personer har redan utbildats**
 - 1 286 personer har utbildats vid nationella utbildningar
 - 4 957 personer har utbildats genom lokal spridning av utbildningarna

- **Minst 8 800 ytterligare personer planeras att genomgå utbildning under 2017**

- 235 personer är anmälda till ytterligare nationella utbildningar
- 8 600 personer planeras genomgå utbildning genom lokal spridning, 75 % av dessa under våren 2017

Arbetsätt, metoder och stödmaterial som identifierats under programmets gång har sammanställts i en webbaserad verktygsbank. Verktygsbanken riktar sig till personal som möter asylsökande och nyanlända, chefer och beslutsfattare.

Antalet hälsoundersökningar ökade med 29 procent mellan åren 2015 och 2016. För första gången på flera år ses också trendbrott i antalet hälsoundersökningar i relation till antalet asylsökande. Detta i kombination med minskat antal asylsökande gör att de flesta landsting och regioner vid årsskiftet 2016/17 uppfattade att de befinner sig i fas med hälsoundersökningar. Kvaliteten på hälsoundersökningarna har också förbättrats genom förstärkta arbetsätt, däribland mallar och ökad kunskap för att identifiera psykisk ohälsa.

Alla landsting och regioner har erbjudits att ansluta sig till en nationell plattform för förstärkt styrning och uppföljning av asylsjukvården, Asylsjukvårdsplattformen. Nio landsting och regioner har anslutits under hösten 2016 och två ytterligare planerar anslutning under 2017.

Mycket arbete genomfört men stora utmaningar kvarstår

Fortsatta utmaningar förväntas under kommande år när ansvaret för stöd- och vårdinsatser förskjuts från stat till kommuner och landsting i samband med att stora grupper övergår från att vara asylsökande till att vara nyanlända.

Fortsatta skiftningar i omvärlden och i vårt eget samhälle gör att vi även i fortsättningen kommer behöva vara beredda på att ompröva och anpassa lösningar utifrån den situation som är. I och med programmet Hälsa i Sverige har vi visat att det är möjligt att reagera snabbt, att ta fram och agera utifrån preliminära strategier och justera kursen utifrån de hinder och förutsättningar som framträder längs med vägen.

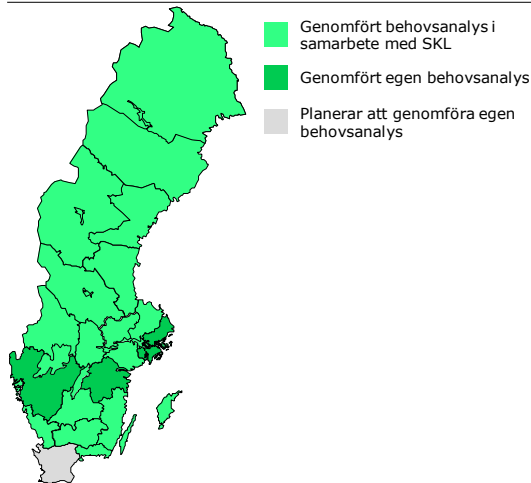
Med insikt om de utmaningar som vi som samhälle står inför, både ur medmänskligt och samhällsekonomiskt perspektiv, anser vi att det är mycket angeläget att även fortsatt investera i ett bra mottagande av asylsökande och nyanlända.

Vi ser också ett behov av att vidmakthålla det vi hittills uppnått. Kunskap är en färskvara och de utbildningspaket som tagits fram behöver kontinuerligt uppdateras och fortsätta spridas.

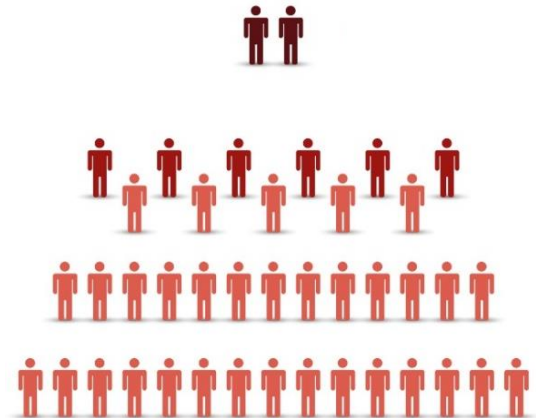
Vår samlade bild utifrån att ha tagit del av rapporter och kunskapssammanställningar över asylsökande och nyanländas situation i Sverige och erfarenheter från landsting/regioner, kommuner och organisationer inom civilsamhället visar att det fortsatt finns stora behov av resursförstärkning, inte minst för kompetenshöjande insatser bland personal.

Samtliga landsting och regioner har deltagit i Hälsa i Sverige

20 av 21 landsting har analyserat behovet av förstärkta arbetsätt och insatser



Samtliga landsting/regioner har deltagit i kunskapslyftet



~6000

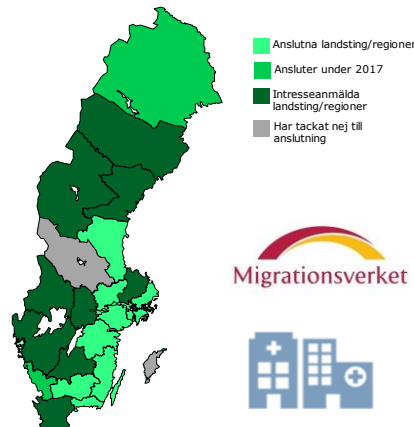
...personer har hittills utbildats

~9000

...ytterligare personer planeras genomgå utbildning

= ~15 000 personer utbildas!

9 landsting/regioner är anslutna till Asylsjukvårdsplattformen



Migrationsverket



1. Inledning

1.1 Bakgrund

Invandringstakten till Sverige har ökat under en längre period, med en tydlig uppgång sedan mitten av 2000-talet.¹ I många landsting, regioner och kommuner har det därför funnits en vana av att anpassa verksamheten för att möta asylsökande och nyanländas behov. Beredskapen var dock inte utvecklad för att möta det stora antal personer som sökte asyl i Sverige 2015 jämfört med tidigare år (en fördubbling mellan 2014 och 2015, från 81 tusen personer till 163 tusen personer). I många delar av landet resulterade det i en påfrestad situation på boenden, inom skolverksamhet och inom hälso- och sjukvården.

Inom hälso- och sjukvården är en särskild utmaning att hantera den psykiska hälsan bland asylsökande. Mellan 20 och 30 procent av asylsökande flyktingar som kommer till Sverige beräknas lida av psykisk ohälsa.² I vissa flyktinggrupper finns indikation på att var tredje person lider allvarligt av depression eller ångest och/eller visar symtom som stämmer med posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).³ En annan utmaning under 2015 och 2016 var att kunna genomföra ett tillräckligt stort antal hälsoundersökningar. Att antalet asylsökande minskat under 2016⁴ gör att trycket på att genomföra hälsoundersökningar har minskat. Samtidigt befinner vi oss i en fas där föregående års asylsökande har eller är i färd att få besked om uppehållstillstånd. Detta kommer sannolikt medföra en ökad efterfrågan på hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinarie system då nyanlända med uppehållstillstånd har samma rätt till hälso- och sjukvård som medborgare i övrigt. Även de personer som får avslag på asylansökan kan förväntas ha stora vårdbehov.

I oktober 2015 beviljade regeringen en ansökan från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om att genomföra en förstudie med syfte att ta reda på om det gick att stödja en positiv hälsoutveckling hos asylsökande och nyanlända (S2015/06414/FS). Förstudien redovisades mars 2016 (Slutrapport Positiv hälsoutveckling hos asylsökande och nyanlända)⁵. I juni samma år beviljade regeringen SKL:s ansökan om att, även detta under samma år, sprida resultat och metoder från förstudien nationellt⁶ (S2016/04409/FS). Satsningen har genomförts med stöd av ett centralt projektkansli på SKL (Uppdrag Psykisk Hälsa) under arbetsnamnet *Programmet Hälsa i Sverige för asylsökande och nyanlända* (hädanefter *Hälsa i Sverige, HiS*).

1.2 Syfte och mål med programmet ”Hälsa i Sverige”

Syftet med programmet har varit att (i) förbättra kvaliteten i de hälsoundersökningar som landstingen, enligt lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande, ska erbjuda alla asylsökande, (ii) göra det lättare att identifiera

¹ SCB, 2017

² Socialstyrelsen, 2015

³ Röda Korsets Högskola, 2016

⁴ Under 2016 sökte cirka 29 000 personer asyl i Sverige, vilket är den lägsta siffran sedan 2009. Under 2017 väntas 25 000 och 45 000 personer söka asyl i Sverige. Minskningen under 2016 kan delvis förklaras av förändringar i svensk lagstiftning som lett till av försvårade möjligheter för familjeåterförening och att få permanent uppehållstillstånd. Andra bidragande orsaker är flyktingöverenskommelsen mellan Turkiet och EU och minskade möjligheter för asylsökande att ta sig över gränserna i Europa. Migrationsverket, 2017b

⁵ SKL, 2016d

⁶ SKL beviljades 30 000 000 kronor för att genomföra satsningen under 2016, varav 15 000 000 kronor skulle fördelas till landsting och regioner. (S2016/04409/FS)

behov och (iii) erbjuda tidiga insatser för att förhindra en negativ utveckling av hälsa, och då särskilt den psykiska ohälsan, samt att (iv) öka förutsättningarna för en snabb återhämtning och etablering i Sverige.

Målsättningen med programmet har varit att sprida resultat och metoder som visat sig vara effektiva i förstudien (S2015/06414/FS), samt att fortsatt samla in goda exempel och tillgängliggöra dessa för resten av landet.

Delmål för programmet har varit att:

1. Bidra till att öka genomförandegraden av hälsoundersökningar för asylsökande och att öka möjligheterna att identifiera psykisk ohälsa i samband med hälsoundersökningar
2. Säkra kunskaper hos all personal som möter asylsökande och nyanlända om migrationsstress, bemötande, stöd och behandling för personer som drabbats av migrationsstress och relaterade tillstånd.
3. Samla och tillgängliggöra goda exempel på verktyg, metoder och arbetssätt (för hälsofrämjande, förebyggande, tidiga och specialiserade insatser för psykisk hälsa hos asylsökande och nyanlända).
4. Implementera Asylsjukvårdsplattformen för planering och uppföljning av asylsjukvården i alla landsting och regioner som visat intresse för att ansluta sig.

Fokus för programmet Hälsa i Sverige har varit att genomföra ett nationellt kunskapslyft för att öka kunskapen hos personal i landsting/regioner för att ge bättre bemötande, stöd och vård till asylsökande och nyanlända med risk för eller tecken på psykisk ohälsa.

1.3 Rapportens disposition

Rapporten inleds med den teoretiska referensram som legat till grund för programarbetet (kapitel 2). Därefter följer en kort beskrivning av metod (kapitel 3), genomförda aktiviteter för att uppnå programmets målsättningar (kapitel 4) och resultaten av genomförda aktiviteter (kapitel 5). Rapporten avslutas med en framåtblick över utmaningar och utvecklingsområden framöver (kapitel 6).

Till huvudrapporten hör ett antal bilagor (A-F). Bilagorna innehåller detaljerad beskrivning av programarbetet och fördjupning inom vissa uppnådda resultat.

1.4 Avgränsningar för denna rapport

Fullständig ekonomisk redovisning sker separat till Kammarkollegiet enligt anvisad blankett för slutrapport den 31 mars 2017. Kortfattad ekonomisk redovisning finns även i bilaga

2. Teoretisk referensram

Forskning och beprövad erfarenhet kring asylsökande och nyanländas psykiska hälsa har utvecklats under de senaste decennierna.⁷ En utgångspunkt för arbetet med programmet ”Hälsa i Sverige för asylsökande och nyanlända” har därför varit att mottagande och etablering ska utformas med stöd i aktuell forskning om förutsättningar och behov hos dem som kommer till Sverige. Kunskapen om psykisk hälsa och vad som påverkar den behöver finnas hos alla som arbetar med de som är asylsökande och nyanlända oavsett i vilken roll man möter dem.

Den kunskapsbas som använts i programmet återfinns inom framförallt fyra områden:

- Migrationsstress före, under och efter flykt
- Hälsöfrämjande och förebyggande insatser för barn och unga
- Stöd och behandling
- Vardagsnära utförande

Nedan följer en sammanfattning av nyckelinsikter inom dessa fyra områden.

2.1 Migrationsstress före, under och efter flykt

Den psykiska ohälsa som uppstår i samband med flykt kan förenklat förstås som en reaktion på en eller upprepade traumatiska händelser och/eller utsatthet för långvarig stress. Vanligen förknippas den negativa stressen med den situation som orsakat till en flykt, till exempel krig eller förföljelser, men forskning visar att omständigheterna under och efter flykten också är viktiga för att utlösa eller minska risken för ohälsa. Att minska stressfaktorerna efter migration har därför en stor betydelse för att personer som flytt inte ska utveckla psykisk ohälsa.

Stressfaktorer före, under och efter flykt⁸:

- Före* Det som föranleder migrationen, till exempel våld och oroligheter i hemlandet, krig eller förföljelser av etniska eller politiska grupper
- Under* Materiella och personliga förluster. Traumatiska erfarenheter. Vid långvarig flykt är övergrepp på barn och kvinnor vanligt. Det är inte ovanligt att ha vistats under längre tid i tredje land, till exempel i flyktingläger. Osäkerhet och svåra omständigheter under asylprocessen innebär också väsentliga risker för den psykiska hälsan.
- Efter* Stressfaktorer efter flykten inkluderar bland annat ansvar att leva upp till egna och familjens förväntningar, (o)möjligheten att återse anhöriga, att leva med saknad och ensamhet, socialt alienering (dvs. att betraktas som och uppleva sig vara annorlunda samt förlora roller och status) och utsatthet för våld och hot. Väntan på asylbeslut innebär en fortsatt osäkerhet och de allra flesta lever i en pressande situation, socialt och ekonomiskt. Besked om permanent uppehållstillstånd kan också vara förenat med stress, att gå från ”undantagstillstånd” till realiteten att behöva återuppbygga sin tillvaro.

⁸ L. Kirmayer 2011

⁸ L. Kirmayer 2011

2.2 Hälsöfrämjande och förebyggande insatser

Symptom som oro, ångest, nedstämdhet, psykosomatiska symptom, sömn- och koncentrationssvårigheter eller utagerande beteende är vanligt.⁹ Men alla blir inte traumatiserade eller utvecklar posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).

Förmåga att bemästra situationen kan minska de negativa effekterna av risker. För att kunna bemästra situationen är det av största vikt att kunna upprätthålla eller återetablera en känsla av sammanhang och kontroll.¹⁰

Förutsättningar för ett hälsöfrämjande mottagande kan öka om¹¹:

- Alla aktörer runt de asylsökande och nyanlända har en gemensam referensram för att förstå stress, risk och skydd under migrationsprocessens olika faser
- Asylsökande och nyanlända får tillgång till adekvat utformad information (till exempel om hur det svenska samhället fungerar, om asylprocessen, rätten till vård, om barns rättigheter och om grundläggande sociala koder)
- Mottagandet utformas för att stärka upplevelsen av
 - Begriplighet (vad händer och kommer att hända? vilka reaktioner kan jag förvänta mig?). Att ge kunskap om normala reaktioner på stress och hälsöfrämjande egenvård (sömn, mat, motion och stressminskning). Att omgivningen visar vänlighet och lyssnar.
 - Meningsfullhet (det som händer mig är värt att engagera sig i och det är möjligt att förstå hur det kommer att hjälpa mig?). Möjlighet till sysselsättning.
 - Hanterbarhet (jag har tillgång till resurser att hantera den situation som jag befinner mig i). En bra och förutsägbar boendesituation. Att bli uppmärksam för sina styrkor och förmågor, få uppmuntran och stöd för konstruktiva problemlösningstrategier.

2.3 Stöd och behandling

Tillpassning av metoder med kunskap och medvetenhet kring asylsökande och nyanländas särskilda omständigheter

Ökade riskfaktorer och färre skyddsfaktorer innan, under och efter migration ökar risken för psykisk ohälsa¹². Inom gruppen asylsökande och nyanlända finns också personer med en av andra skäl ökad sårbarhet för psykiatriska sjukdomar.

Forskning indikerar att samma metoder som används för att bedöma och behandla psykisk hälsa av motsvarande art för andra grupper ofta är giltiga för asylsökande och nyanlända.¹³ För att ge bästa effekt behöver dock metoderna ofta tillpassas med kunskap och medvetenhet kring asylsökande och nyanländas särskilda omständigheter. Det innebär att stöd och vård bör ges med hänsyn till:

- skillnader i tillvägagångssätt för att söka vård och andra förväntningar i patient-behandlarrelationen
- skillnader i att uttrycka psykisk hälsa och förekomst av stigma
- kulturell och språklig olikhet

⁹ U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases, 2015

¹⁰ Lindencrona, 2008

¹¹ EPA, 2014

¹² Kirmayer et. al. 2011

¹³ Kirmayer et. al. 2011

- den praktiska situationen kring t.ex. boende, ekonomi, ensamhet och begränsade sociala nätverk

Förutsättningar för att stöd och vård ska kunna ges på adekvat sätt

Forskning och beprövade erfarenhet visar på sju förutsättningar för att stöd och vård till asylsökande och nyanlända ska kunna ges på ett adekvat sätt:

<i>Tolkanvändning</i>	Personalen behöver utveckla god kompetens att arbeta med tolk. Särskilt utbildade medicinska tolkar bör användas vid patientsamtal. ¹⁴
<i>Samverkan</i>	Samverkan mellan flera olika aktörer är en förutsättning för ett bra mottagande. Staten, landsting/regioner, kommuner, den privata sektorn och civilsamhället måste samverka för ett framgångsrikt mottagande. ¹⁵
<i>Kunskap om olika grupper</i>	Olika förutsättningar såsom status (asylsökande, nyanländ), kön, utbildningsnivå, tidigare livsomständigheter med mera behöver övervägas vid behandlingsplanering ¹⁶
<i>Psykopedagogiskt stöd och stödmaterial</i>	Hälso- och sjukvården behöver tillgång till beskrivande material kring PTSS och depression, översatta och validerade frågeformulär med mera. ¹⁷
<i>Bedömning (triagering)</i>	Kunskap om tecken på kroniska, allvarliga eller akuta tillstånd som kräver omedelbar eller snabb uppföljning behöver finnas hos alla som bedömer flyktingars hälsostatus. Det behöver också finnas snabba och säkerställda remissvägar för denna grupp till akutpsykiatrisk bedömning och behandling. ¹⁸
<i>Ett genomtänkt och strukturerat patientmöte</i>	Bristande tillit till myndighetspersoner och kulturella skillnader i patient-behandlarmötet är särskilda utmaningar för att skapa ett bra klimat för samtal kring stress och psykiska besvär. Beprövad erfarenhet visar att en del svårigheter kan förekommas genom att ta detta i beaktande.
<i>God och säker vård</i>	Relevanta behandlingsinsatser i tillräcklig omfattning för de aktuella behoven.
<i>Vardagsnära utförande</i>	Insatser för asylsökande och nyanlända bör i så stor utsträckning som möjligt utföras i vardagsmiljön. Det kan till exempel vara i anslutning till för-/skola, på boenden eller i samband med språkundervisning och praktik. ¹⁹ Att bygga kapacitet inom primärvården (ibland kallad första linjens vård) är värdefullt eftersom primärvården uppfattas som en naturlig plats för att prata om alla typer av hälsa och det är en bekant typ av vårdnivå för många runt om i världen. ²⁰

¹⁴ U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases, 2015

¹⁵ Regeringskansliet, 2016

¹⁶ UNHCR, 2015

¹⁷ Pottie, 2011; EPA 2014

¹⁸ U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases, 2015

¹⁹ Pottie, 2011; EPA, 2014; Kirmayer et al., 2011; U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases, 2015

²⁰ Pottie, 2011; EPA, 2014; Kirmayer et al., 2011; U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases, 2015

3. Vår metod i korthet

3.1 Genomförandemodell

Metoden för att genomföra programmets kunskapslyft har varit att (1) utgå ifrån regionala och lokala kompetens- och stödbehov, (2) att matcha behoven mot identifierade kunskapskällor, metoder och verktyg och att (3) förmedla efterfrågad kunskap via utbildning och stödmaterial och via Uppdrag Psykisk Hälsa:s webbplats, www.uppdragpsykiskhalsa.se.

1. Behovsanalys

För att skapa utbildningspaket anpassade efter varje landstings/regions specifika behov erbjöds samtliga landsting/regioner stöd för att genomföra en analys över kompetensförstärkningsbehov gällande asylsökande och nyanlända. Analysen omfattade hälsofrämjande och förebyggande insatser, insatser vid lindrig psykisk ohälsa och insatser vid medelsvår till svår psykisk ohälsa.

Behovsanalysen gjordes med stöd av en webbenkät (se bilaga E. *Formulär för behovsanalys*) som fylls i av landstingets/regionens utvalda verksamhetsföreträdare.

2. Planering

Med stöd av behovsanalysen erbjöds varje landsting/region stöd att utforma en lokal spridningsplan. Planen angav vilka delar av programmet landstinget/regionen skulle ta del av och hur programmet skulle spridas lokalt.

3. Utbildning och spridning

Enligt planen utsedda personer tog del av utbildningar och sprider kunskapen lokalt, till andra utbildare och till personalgrupper.

3.2 Framtagande av utbildningsinnehåll

Utbildningarna har utvecklats med utgångspunkt i framgångsrika arbetssätt som identifierats i landsting, regioner och andra huvudmän samt med stöd av experter från bland annat Transkulturellt Centrum, Röda Korset och Rädda barnen, forskare från Karolinska Institutet, Uppsala universitet, Linköpings universitet, Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. Merparten av utbildningsinnehållet togs fram inom ramen för förstudien men viss nyutveckling gjordes för att svara mot en del av landstingens/regionernas behov.

3.3 Utbildning av utbildare för snabb spridning

Spridningsmetodiken att ”utbilda utbildare” (engelska ”train the trainer”) valdes för att möjliggöra storskalig spridning på kort tid. Inom ramen för programmet tillämpades metoden genom att landstingen/regionen utsåg de personer som skulle ta del av de nationella utbildningarna med ett åtagande att sprida innehållet lokalt, till andra utbildare och till personalgrupper.

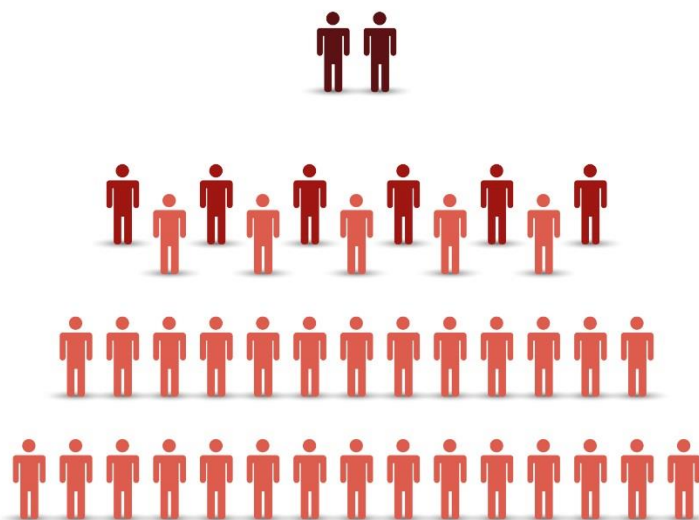
En bärande del i utformningen av utbildningarna var att ge deltagarna förutsättningar för att på ett enkelt sätt förmedla kunskap och verktyg vidare på lokal nivå. Utöver sakinnehållet har utbildningsdeltagarna därför kunnat ta del av manualer och talarstöd för att själva kunna förmedla sakinnehållet vidare. Manualer (inkl. detaljerade körscheman) och talarstöd har tagits fram i två

versioner, den ena för utbildning av utbildare och den andra förutbildning av personalgrupper. Många moduler har inkluderat filmade föreläsningsssekvenser som kan spelas upp under lokala utbildningstillfällen. Utbildare har även erbjudits att delta i livesända webinarier för att få repetition på och nyheter om materialet, samt tips på hur det kan användas för spridning.

Allt material framtaget inom Hälsa i Sverige finns tillgängligt gratis via Uppdrag Psykisk Hälsas webbplats, www.uppdragpsykiskhalsa.se.

Figur 1. Utbildning av utbildare

Utdrag ur *Utbildningskatalog 2017. Utbildningar som erbjuds inom programmet Hälsa i Sverige för asylsökande och nyanlända* (SKL, 2017)



Vår modell

Vi erbjuder en rad utbildningar med olika innehåll. Målet är att utbilda utbildare som kan föra kunskap vidare till personal som möter asylsökande och nyanlända.

Utöver de nationella utbildningstillfällen som hölls 2016 ger vi våra mest populära utbildningar igen våren 2017. Till samtliga nationella utbildningar hör fristående utbildarmaterial som gör att kunskapen lätt kan förmedlas lokalt.

Vi utbildar dig – Du utbildar andra

Våra utbildningar och stödmaterial ger dig kunskap och verktyg som du själv kan använda i ditt arbete, men du får framförallt verktyg för att utbilda andra.

Det gör du genom att själv hålla utbildningar inom din organisation. För att möjliggöra mesta möjliga spridning har vi både tagit fram stödmaterial för att utbilda andra utbildare, och stödmaterial för dig som kommer att utbilda direkt till personalgrupper.

Vi finns också till hands som stöd under vägen.

3.4 Stöd till lokala samordnare

Landsting och regioner som antog erbjudandet att delta i programmet fick del av statliga medel för att möjliggöra frigörande av tid för en lokal samordnarfunktion. I sin roll har samordnaren fått operativt stöd från programkansliet i form av vägledningsdokument och löpande mejl- och telefonstöd. För mer detaljerad beskrivning av det operativa stödet till landsting och regioner se bilaga B2. *Stöd till landsting/regioner.*

Samordnarens roll har varit att hålla ihop processerna inom organisationen och att arbeta för att stärka samverkan mellan landsting/regioner och övriga aktörer i länet som samarbetar kring målgruppen asylsökande och nyanlända.

3.5 Dialog och samverkan

För att asylsökande och nyanlända ska ges ett samordnat och effektivt stöd krävs också goda samverkansformer, både mellan myndigheter inom staten, mellan stat, kommun och landsting och mellan den offentliga och privata/ideella sektorn. Inom ramen för programmet har Uppdrag Psykisk Hälsa och SKL samverkat med myndigheter²¹, länsstyrelserna, frivillig- och civilsamhällsorganisationer och andra aktörer²² som arbetar med asylsökandes och nyanländas psykiska hälsa. Internationellt har programmet bland annat samverkat med FN:s flyktingorgan IOM²³.

För mer information om samverkan inom ramen för programmet se bilaga *B1. Programledning*.

²¹ Bland annat Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten som har pågående regeringsuppdrag som rör asylsökandes och nyanländas hälsa, såsom Socialstyrelsens uppdrag "Uppdrag att göra en analys av hälso- och sjukvården och tandvården till asylsökande och nyanlända", "Uppdrag om mottagande av asylsökande och nyanlända" och "Uppdrag med anledning av det ökade mottagandet av ensamkommande barn m m", båda myndigheternas uppdrag "Stöd till genomförande av hälsoundersökningar" och Folkhälsomyndighetens uppdrag "Suicidprevention 2016".

²² Exempelvis 1177 Vårdgivarguiden, angående en behovs- och målgruppsanalys för översättningar på 1177.se

²³ Telefonmöten med projektet Re-Health, om pilotprojektet kring Personal Health Record, europeisk hälsojournal för migranter.

4. Aktiviteter

Samtliga landsting och regioner har deltagit i programmet Hälsa i Sverige. Följande aktiviteter har genomförts inom ramen för programmet under hösten och vintern 2016, samt i vissa delar under våren 2017.

4.1 Stöd till behovsanalys och planering

Behovsanalys

Hösten 2016 fick samtliga landsting/regioner erbjudande om stöd för att genomföra en lokal behovsanalys för att identifiera kompetensförstärkningsbehov gällande asylsökande och nyanlända. Av dessa antog 17 landsting/regioner erbjudandet. Tre landsting/regioner hade nyligen genomfört egna behovsanalyser och använde dessa som underlag för sammanställning av de lokala behoven. En region valde att avvakta med att genomföra en behovsanalys för att först utreda i vilken omfattning och i vilken form en behovsanalys var aktuell att genomföra i regionen.

Underlag för de 17 landsting/regioner som genomförde behovsanalysen inom ramen för programmet togs fram genom ett webbformulär som fylldes i av samordnaren anvisade personer i länet. Webbformuläret besvarades av totalt 310 personer med bred representation över olika verksamhetsområden²⁴. Den sammantagna bilden visade på tydliga behov på samtliga nivåer, se Figur 2.²⁵

Figur 2. Verksamhetsföreträdare som upplever behov av förstärkta insatser till asylsökande och/eller nyanlända (aug-okt 2016)²⁶



²⁴ Exempelvis primärvård, specialistpsykiatri, Folk tandvården och integrationsenheter. Många av respondenterna var verksamhetschefer, enhetschefer och avdelningschefer.

²⁵ SKL, 2016, *Behovsanalyser i 17 landsting/regioner genomförda via webbformulär under aug-okt 2016*

²⁶ Genomsnitt (medelvärde av medelvärdet för de 17 landsting/regioner som använt programmets behovsenkät).

Behovsanalysen visar att en majoritet av de tillfrågade upplevde behov gällande både främjande och förebyggande insatser och insatser för såväl lindrig, medelsvår som svår psykisk ohälsa. Flest respondenter uppgav ett behov av förstärkning för främjande och förebyggande arbete (78 procent ”utbildning för personal om migration och psykisk hälsa”, 75 procent ”material och arbetssätt för att ge hälsoinformation”). De områden som lägst andel av respondenterna uppgav att de hade ett behov av var ”förstärkning för att genomföra hälsoundersökningar” (31 procent) samt ”insatser vid svår psykisk ohälsa” (47 procent). Över 60 procent uppgav behov kring ”utbildning av personal vid lindrig, medelsvår respektive svår psykisk ohälsa hos asylsökande/nyanlända”. För mer detaljerad sammanställning av behovsanalysen se bilaga A. *Resultat av nationell behovsanalys*.

Spridningsplaner

Behovsanalyserna fungerade också som beslutsunderlag för planering och förankring av utbildningsinsatsen lokalt. Utifrån behovsanalyserna utformade landstingen och regionerna lokala kunskapsspridningsplaner anpassade utifrån lokala förutsättningar. I spridningsplanerna angavs en målsättning för vilka verksamheter som skulle ta del av vilka utbildningar, samt ungefärligt antal personer per verksamhet som ansågs ha behov av att få ta del av respektive utbildning. I spridningsplanen inkluderades också förslag på utbildare, det vill säga personer som skulle delta i de nationella utbildningarna och ansvara för att genomföra den lokala spridningen av utbildningarna. Spridningsplanerna har varit dynamiska dokument, då förutsättningarna i landstingen/regionerna skiftat över tid.

Olika modeller för spridning valdes. Vissa landsting/regioner valde att skicka ett större antal personer till de nationella utbildningarna som åtog sig mindre spridningsuppdrag, medan andra skickade ett mindre antal som åtog sig större spridningsuppdrag.

4.2 Nationella utbildningstillfällen

14 olika typutbildningar togs fram (se Figur 3) för att möta en del av de behov som identifierats under behovsanalysen. Utbildningarna genomfördes i två olika spår:

- Tio utbildningstillfällen genomfördes under augusti-oktober 2016 i ett så kallat ”snabbspår” för landsting/regioner som önskade påbörja utbildning och spridning parallellt med behovsanalys och planering.
- Den huvudsakliga perioden för de nationella utbildningarna var november-december 2016. Då hölls 16 av hittills totalt 28 nationella utbildningstillfällen.²⁷

²⁷ Per 17 februari 2017

Figur 3. Främja, förebygga, behandla. Utdrag ur Utbildningskatalog 2017.

Utbildningar som erbjuds inom programmet Hälsa i Sverige för asylsökande och nyanlända (SKL, 2017)

Utbildningarna vi erbjuder kan kategoriseras utifrån de olika typer av insatser för psykisk hälsa som kan erbjudas – hälsofrämjande och förebyggande insatser, insatser vid lindriga tillstånd och insatser vid medelsvår till svår psykisk ohälsa.

Indelningen speglar i viss mån hur hälso- och sjukvårdsinsatser är organiserade i Sverige. I princip ges hälsofrämjande insatser inom ramen för folkhälsoarbetet, insatser vid lindrig problematik av primärvården och insatser vid svår psykisk ohälsa av specialistpsykiatri eller motsvarande verksamheter. I praktiken finns ofta överlapp mellan olika vårdnivåers uppdrag. Insatser som ges av primärvård eller specialist kan till exempel ha främjande och förebyggande beståndsdelar, till exempel genom att ge orienterade upplysningar kring hur svensk hälso- och sjukvård fungerar.

- **Basutbildning om trauma hos asylsökande och nyanlända** (kod HiS7)
- **Lifespan Integration – metod vid PTSD och traumatiska minnen*** (kod HiS8)
- **Migration och psykisk hälsa – FÖR SPECIALISTPSYKIATRIN** (kod HiS11)

- **Hälsostöd – metod för att hålla hälsostödsgrupper med asylsökande och nyanlända** (kod HiS2B)
- **Basutbildning om trauma hos asylsökande och nyanlända** (kod HiS7)
- **Lifespan Integration – metod vid PTSD och traumatiska minnen** (kod HiS8)*
- **Migration och psykisk hälsa – FÖR PRIMÄRVÅRDEN** (kod HiS9)
- **Att leda gruppverksamhet och förändringsarbete vid nya arbetssätt** (kod HiS12)

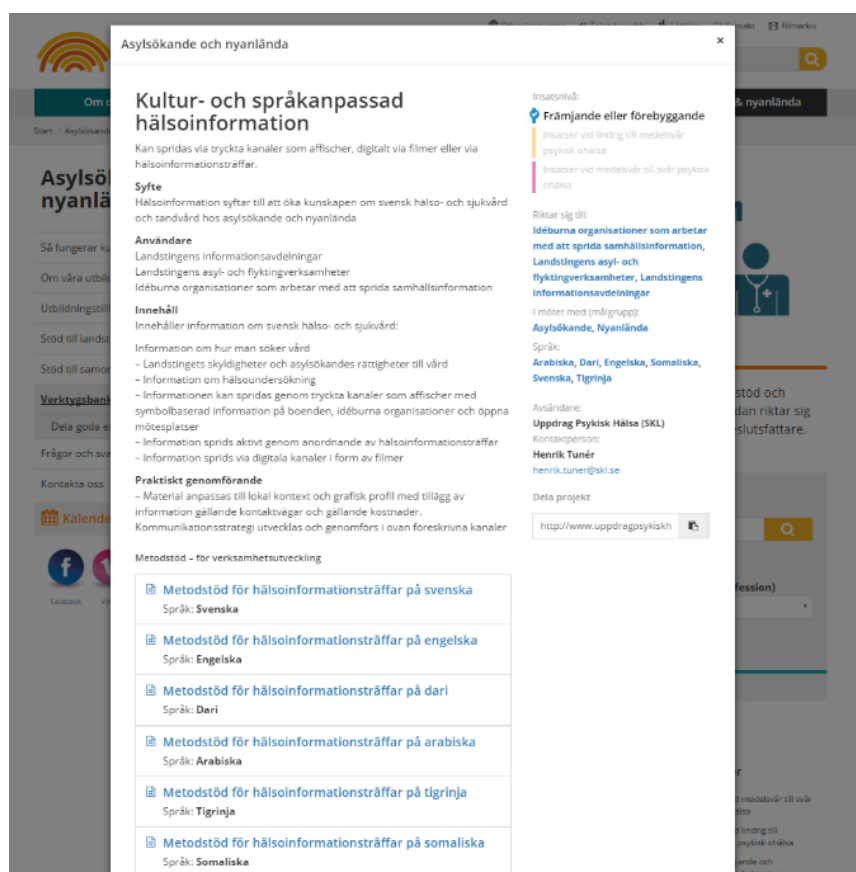
- **Vad hela organisationen bör veta! Verktyg för ett bättre möte med asylsökande och nyanlända** (kod HiS1)
- **Kultur- och språkanpassad hälsoinformation** (kod HiS2A)
- **Hitta rätt – stöd till ensamkommande ungdomar** (HiS3)
- **Nyanlända som resurs** (kod HiS4)*
- **Förstärkta arbetssätt för hälsoundersökningar** (kod HiS5)
- **Migration och psykisk hälsa – GRUNDKURS** (kod HiS6)
- **Basutbildning om trauma hos asylsökande och nyanlända** (kod HiS7)
- **Migration och psykisk hälsa – FÖR ELEVHÄLSAN** (kod HiS10)
- **Att leda gruppverksamhet och förändringsarbete vid nya arbetssätt** (kod HiS12)

* Enbart direktutbildning, dvs. ej utbildning av utbildare

Figur 4. Exempel på manual för att utbilda utbildare (Förstärkta arbetssätt för hälsoundersökningar)



Figur 5. Exempel på hur ett verktyg tillgängliggjorts på webbsidan (Kultur- och språkpassad hälsoinformation)



Figur 6. Exempel på spridningsbart material.

Metodstöd för att hålla hälsoinformationsträffar (Tigrinja)



Film om sjuksköterskans roll (Somaliska) inom utbildningen ”Kultur- och språkanpassad hälsoinformation (HiS2A)”



Film om kunskapsläget kring psykisk hälsa hos flyktingar med Anna-Clara Hollander, Med dr., leg psykolog, postdoktor vid Institutionen för Folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet, inom ramen för utbildningen ”Migration och psykisk hälsa – för primärvården (HiS9)”.



Allt material är publicerat på programmets webbsida och är nedladdningsbart.

4.3 Vidareutveckling av Verktogsbanken för spridning av goda exempel

Under programperioden har förstudiens verktogsbanksfunktion förbättrats och vidareutvecklats för att göras mer användbar, bland annat genom en förbättrad sök- och filtreringsfunktion utifrån behovsnivå och målgrupp. Se

verktygsbanken, <http://www.uppdragpsyiskhalsa.se/asylsokande-och-nyanlanda/verktygsbanken/>

4.4 Stöd för förstärkta hälsundersökningar

Inom ramen för förstudien²⁸ och programarbetet har SKL under 2016 arbetat på nationell nivå för att bidra till att stärka förutsättningar för landsting och regioner att möta behovet av hälsundersökningar. Programmet har sammanställt, utvecklat och spridit befintliga goda exempel på arbetssätt och material med målsättningen att *öka andelen* som genomgår hälsundersökning, att genomförande och uppföljning av hälsundersökningen sker med *hög kvalitet och i rätt tid* samt att genomförandet är *resurseffektivt*.

Som exempel har programmet spridit tidigare framtaget material om hälsundersökningar från Adlon-gruppen och Folkhälsomyndigheten, översatt informationsmaterial till språk som är vanligt förekommande bland asylsökande och sammanställt framgångsrika strategier och metoder som landsting har använt. Ett särskilt fokusområde har varit att tillhandahålla förstärkta mallar och kunskap för att stärka identifiering av psykisk ohälsa i hälsundersökningen. Exempel på framgångsrika strategier och metoder är också förstärkt hälsoinformation inför hälsundersökning, arbetssätt för förstärkt kallelseprocess samt nya arbetssätt för ökad kapacitet och resurseffektivitet såsom mobila team och helgmottagningar.

Material och arbetssätt har spridits framför allt genom den kostnadsfria utbildningen HiS5. Förstärkta arbetssätt för hälsundersökningar, som syftar till att utbilda personer som kan bedriva systematiskt utvecklingsarbete kopplat till hälsundersökningar lokalt.

Programmet också tagit initiativ till att utveckla mer effektiva arbetssätt för att identifiera psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända i samband med hälsundersökning eller ordinarie vårdbesök i primärvården. Arbetet syftar till att stärka identifiering av psykisk ohälsa genom utveckling och utvärdering av verktyg och arbetssätt och genomförs i samarbete med Landstinget i Uppsala län under våren och sommaren 2017.

4.5 Stöd till implementering av Asylsjukvårdsplattformen

Samtliga landsting och regioner har fått stöd för att underlätta anslutning till Asylsjukvårdsplattformen. Stödet har innefattat projektledning i form av vägledningsdokument samt mejl-, telefon- och skype-avstämningar samt tekniskt stöd gällande kommunikation och validering av datainskick och tekniska frågor.

För att dra nytta av anslutningen på bästa sätt har alla anslutna landsting och regioner också erbjudits lokala utbildningstillfällen. Under dessa tillfällen går utbildare från SKL tillsammans med respektive landsting/region igenom hur asylsjukvårdplattformen kan användas i det operativa arbetet för att bidra till stärkt planering och uppföljning av asylsjukvården. Utifrån utbildningen tas en plan fram för hur informationen i Asylsjukvårdsplattformen ska användas och spridas i organisationen. Fyra landsting har hittills²⁹ genomgått utbildningen med cirka 10-12 deltagare vardera. Tre landsting/regioner är inbokade för våren 2017 och två ytterligare håller på att planera in utbildningstillfällen.

²⁸ SKL, 2016d

²⁹ Per 25 februari 2017

5. Resultat

5.1 Ökad förståelse för behov av arbetssätt och material

I en uppföljande enkät i februari 2017 svarade 76 procent av hälso- och sjukvårdsdirektörerna i de 17 deltagande landstingen/regionerna att behovsanalysen inom ramen för programmet ”Hälsa i Sverige för asylsökande och nyanlända” gett ökad förståelse för landstingets/regionens behov av arbetssätt och material för att förbättra vården och omsorgen till asylsökande och nyanlända med fokus på psykisk hälsa.

5.2 Ökad kunskap och medvetenhet hos personal

Programmet har bidragit till att frågan om insatser för att förebygga psykisk ohälsa hos nyanlända fått ökat fokus. Personal som arbetar med frågorna beskriver att de både fått draghjälp i att driva arbetet och att en kunskapsökning skett inom området, även om man fortsatt ser stora behov.

Deltagarstatistik

Mellan september 2016 och februari 2017 har 1 286 personer (varav 961 personer under 2016) deltagit i de nationella utbildningstillfällena som hållits i Stockholm (fördelat på 14 olika utbildningar, ”moduler”, som tillsammans hållits under 28 utbildningstillfällena).³⁰ Samtliga landsting och regioner har deltagit i de nationella utbildningarna.

Figur 7. Anmälda deltagare per nationell utbildningsmodul till och med 3:e februari 2017 (antal).

Kurskod	Utbildningsmodul	Anmälda deltagare
HiS1	Vad hela organisationen bör veta!	55
HiS2	Hälsainformation och hälsostöd för asylsökande och nyanlända	118
HiS3	Hitta rätt – stöd till ensamkommande ungdomar	296
HiS4	Nyanlända som resurs	35
HiS5	Förstärkta arbetssätt för hälsoundersökningar	56
HiS6	Migration och psykisk hälsa - GRUNDKURS	236
HiS7	Insatser vid trauma hos asylsökande och nyanlända	39
HiS8	Lifespan Integration – metod vid PTSD och traumatiska minnen	20
HiS9	Migration och psykisk hälsa - FÖR PRIMÄRVÅRDEN	93
HiS10	Migration och psykisk hälsa - FÖR ELEVHÄLSAN	152
HiS11	Migration och psykisk hälsa - FÖR SPECIALIST-PSYKIATRIN	58
HiS12	Att leda gruppverksamhet och förändringsarbete vid nya arbetssätt	42
HiS13	Forum om psykisk hälsa för chefer och beslutsfattare: Rätt insatser, i rätt tid, på rätt nivå	51
HiS14	Hälsoskola	35
Totalt		1286

Allt utbildningsmaterial finns öppet tillgängligt på Uppdrag Psykisk Hälsas hemsida på sidan ”Om våra utbildningar”. Under programperioden (1 juli 2016 - 31 januari 2017) hade denna sida haft 4 684 sidvisningar (av 3 291 unika besökare).

³⁰ Antalet utgår från antalet anmälda deltagare under perioden 20160906-20170203. Se representationen för olika landsting i bilaga C. Antal anmälda deltagare per landsting/region och utbildning

88 procent av deltagarna har varit verksamma inom landsting/regioner, 12 procent verksamma i kommunala verksamheter (framför allt boendepersonal och elevhälsa) myndigheter och civilsamhälle.

I genomsnitt 55 procent av deltagarna har uppgett att de har i uppdrag att sprida utbildningarna vidare.

Omdöme om utbildningarna

Deltagarnas utvärderingar av utbildningstillfällena har varit positiva. Deltagarnas genomsnittliga betyg på utbildningarna har varit 4,1 på en femgradig skala.

I en enkät till landstingens hälso- och sjukvårdsdirektörer (i de 17 landsting som deltagit i programmet i sin helhet inklusive genomfört behovsanalysen) svarade två tredjedelar att landstinget/regionen haft stor eller mycket stor nytta av programmet.³¹ Hälso- och sjukvårdsdirektörerna kommenterar bland annat att satsningen var uppskattad och efterfrågad, att programmet har bidraget med en bra genomgång av arbetet med målgruppen, föranlett diskussioner om organisation och samordning, och hjälpt landstingen/regionerna med ”fokus och att hålla ut”.

I enkäten till landstingens samordnare (i de 17 landsting som deltagit i programmet i sin helhet inklusive genomfört behovsanalysen) svarade två tredjedelar att de haft stor eller mycket stor nytta av programmet.³² Samordnarna lyfter fram fördelar såsom att ha fått en kunskapsbank av erfarenheter, arbetssätt och material samt att personalen har fått träffas vid utbildningstillfällena och delge varandra olika erfarenheter.

Lokal spridning av utbildningsinnehåll

Det lokala spridningsarbetet påbörjades av ett flertal landsting/regioner parallellt med eller direkt efterföljande deltagandet i nationella utbildningar under hösten 2016. Under första kvartalet 2017 går den lokala spridningen in i en intensifierad fas. Spridningsledarna som deltagit på de nationella utbildningarna i Stockholm anordnar då lokala utbildningar, både för utbildare och för personalgrupper. Genomförandet av de lokala utbildningarna utgår från landstinget/regionens övergripande spridningsplan, som upprättades utifrån resultatet av den inledande behovsanalysen.

Programkontoret fortsätter att stödja det lokala spridningsarbetet under första kvartalet 2017 genom att stödja samordnarna i landsting och regioner med att följa upp och sammanställa spridningsresultaten. I tillägg hålls en ytterligare utbildningsomgång med vissa nationella utbildningar som det varit hög efterfrågan på. Dessa deltagare kommer sedan också att genomföra lokalt spridningsarbete.

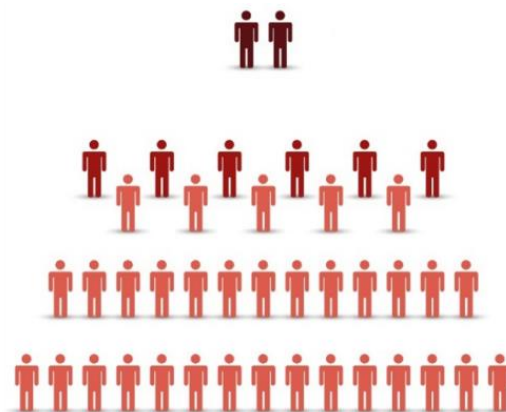
Utifrån status från landstinget och regionernas spridningsplaner är uppskattningen vid tiden för denna avrapportering att kunskapslyftet kommer att ha resulterat i följande:

³¹ Av resterande svarande uppgav 20 procent svarade att de inte visste hur stor nytta programmet hade haft, en svarande att det var för tidigt att bedöma nyttan och en svarande hade ingen uppfattning pga. nyligen trätt i tjänst.

³² 6 procent svarade att man inte visste. 18 procent av samordnarna kommenterar att de varit konservativa i sin bedömning av nyttan då den lokala spridningen ännu är i ett tidigt skede.

Minst 15 000 personer kommer totalt att ha utbildats inom ramen för satsningen under hösten 2016 och 2017 om den lokala spridningen sker enligt plan.³³

- **Minst 6 243 personer har redan utbildats**
 - 1 286 personer har utbildats vid nationella utbildningar
 - 4 957 personer har utbildats genom lokal spridning av utbildningarna
- **Minst 8 800 ytterligare personer planeras att genomgå utbildning under 2017**
 - 235 personer är anmälda till ytterligare nationella utbildningar³⁴
 - 8 600 personer planeras genomgå utbildning genom lokal spridning, 75 % av dessa under våren 2017³⁵



Antalet personer som utbildats och planeras att genomgå utbildning genom lokal spridning är sannolikt i praktiken ännu högre, då bedömningen är att all spridning inte finns med i återrapporteringen.

Ungefär hälften av de personer som utbildas lokalt tar del av en utbildning som är en kombination av flera av Hälsa i Sveriges utbildningar, medan den andra hälften tar del av utbildningar enligt nationellt utvecklat format. Av de som tar del av utbildningarna enligt nationellt utvecklat format utbildas cirka en femtedel inom ”Vad hela organisationen bör veta!” (HiS1), cirka en femtedel inom ”Migration och psykisk hälsa – för primärvården” (HiS9) och cirka en sjättedel inom ”Migration och psykisk hälsa – grundkurs” (HiS6).

Därutöver har flera landsting/regioner även spridit material, framförallt från kursen ”Vad hela organisationen bör veta!” (HiS1), genom att lägga upp det på sina hemsidor, göra större utskick, ta fram tryckta broschyrer, m.m.

Ytterligare fortsatt spridning väntas även genom självutbildning via hemsidan. Denna självutbildning ger både nya deltagare och de som redan utbildats en uppdatering och/eller fördjupning av sina kunskaper.

5.3 Webbaserad verktygsbank för goda exempel

I tillägg till utbildningarna har arbetssätt, metoder och stödmaterial som identifierats under programmets gång sammanställts i en webbaserad verktygsbank. Verktygsbanken riktar sig till personal som möter asylsökande och nyanlända, chefer och beslutsfattare.

Verktygsbanken har 95 verktyg³⁶, varav 80 kategoriseras som Främjande eller förebyggande, 18 som Insatser vid lindrig till medelsvår psykisk ohälsa och 11

³³ Anmälningstatistik för nationella utbildningar 14 februari 2017 samt lokala spridningsplaner för samtliga landsting/regioner i Sverige vid återrapportering 10 februari 2017. Stockholms lokala spridning utgörs av deltagande i de av Transkulturellt Centrums utbildningar som motsvarar Hälsa i Sveriges utbildningar. Av de som utbildats och planeras att genomgå utbildning lokalt är cirka 15 procent asylsökande och nyanlända. Dessa utbildas i övervägande utsträckning i utbildningar med fokus på självhjälp såsom exempelvis Hälsostöd och Hälsoskola.

³⁴ Per 14 februari 2017 (före anmälan öppnades till utbildningen om suicidprevention i mars 2017)

³⁵ Spridningen under 2017 planeras enligt följande: 75 procent under våren, 2 procent under hösten, 11 procent utspritt över hela året. För 13 procent har ej uppgivits när under året spridningen planeras.

³⁶ Per 17 februari 2017

som Insatser vid medelsvår till svår psykisk ohälsa. Verktøyen kan rikta sig till fler än en behovsnivå.

Verktøybanken rymmer både de som tagits fram inom ramen för förstudien/programmet i samarbete med landsting/regioner och/eller experter och verktøy från andra utvecklingsarbeten och/eller som andra organisationer valt att dela med sig av. För varje verktøy finns kontaktuppgifter till den organisation/verksamhet som står bakom materialet.

Verktøybanken är en integrerad del av samtliga utbildningar men är självständig funktion. Verktøybanken har mellan juli 2016 och februari 2017 haft nästan 3 000 sidvisningar.³⁷ I återkoppling från utbildningsdeltagare och samordnare uttrycks att Verktøybanken utgör en lättillgänglig kunskapskälla med stor mängd bra material, insatser och arbetsätt.

Figur 8. Verktøy i verktøybanken



5.4 Förstärkta hälsundersökningar

Ett av programmets delmål har varit att bidra till att öka genomförandegraden av hälsundersökningar för asylsökande och att öka möjligheterna att identifiera psykisk ohälsa i samband med hälsundersökningar.³⁸

Mellan 2011 och 2015 ökade antalet hälsundersökningar trefalt från 15 910 till 64 051.³⁹ Eftersom antalet asylsökande ökade fyrfalt under samma period så sjönk kvoten mellan antalet asylsökande under ett år och antalet hälsundersökningar under samma år från 54 procent till år 2011 till 39 procent år 2015.⁴⁰

Ökat genomförande 2016

Totalt genomfördes ca 82 863 hälsundersökningar under 2016 enligt inrapporterade uppgifter från landsting och regioner. Detta innebär en ökning om 29 procent fler hälsundersökningar jämfört med föregående år. Det är fler som erhållit en hälsundersökning än som sökt asyl 2016 eftersom det största antalet asylsökande kom till Sverige senhösten 2015 och hälsundersökningarna för denna grupp genomfördes därför i stor utsträckning även under 2016.

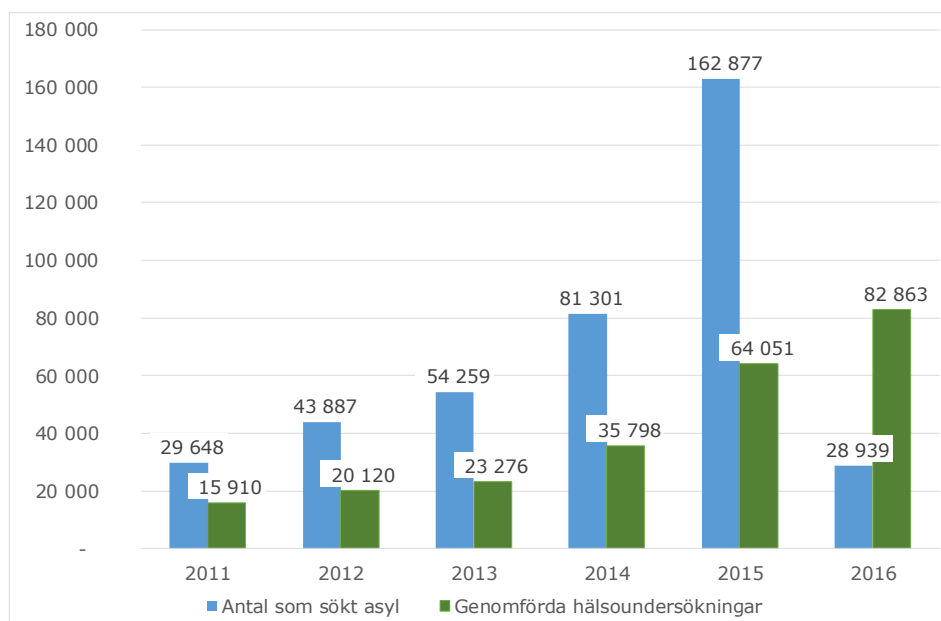
³⁷ Under perioden 20160701-20170131 2,853 sidvisningar av 1860 unika besökare.

³⁸ Landstinget ska, om det inte är uppenbart obehövt, erbjuda asylsökande en hälsundersökning (Lag 2013:407). Nyanlända kan också erbjuda undersökningen om de inte fått någon som asylsökande. Undersökningen syftar till att identifiera hälsorisker, risker kring infektioner och vårdbehov. Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen rapporterade i maj 2016 att planering, genomförande och uppföljning av hälsundersökningar behöver förbättras (Folkhälsomyndigheten Socialstyrelsen 2016).

³⁹ SKL 2016b; SKL 2016c. Antal genomförda hälsundersökningar baseras på de hälsundersökningar som landsting och regioner har fått statlig ersättning för.

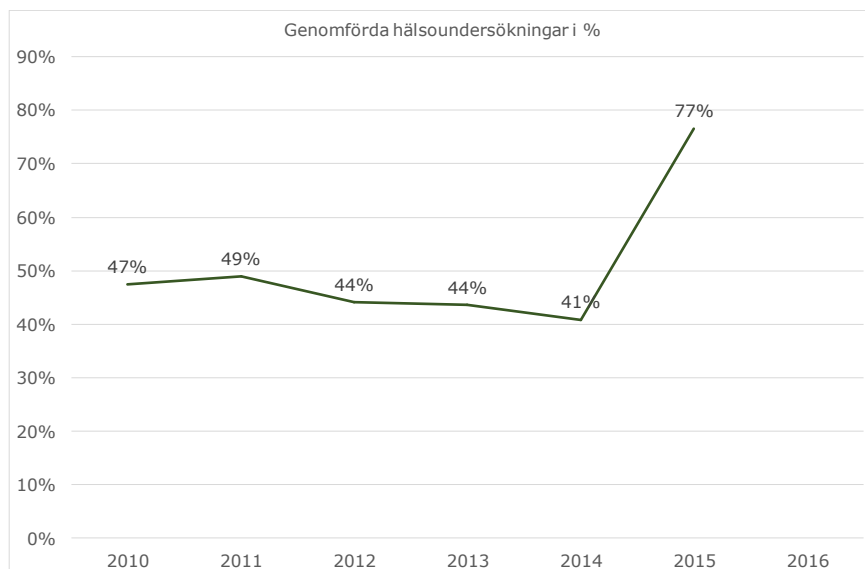
⁴⁰ Observera att statistik på nationell nivå visar inte om de asylsökande ankom samma år som de genomgick hälsundersökning. Det innebär att beräkning av andel asylsökande som genomgått hälsundersökning under ett enskilt år har begränsad relevans, särskilt under år då antalet asylsökande ökar kraftigt.

Figur 9. Antal asylsökande och antal genomförda hälsundersökningar, 2011-2016



Ett sätt att visa på hur antal genomförda hälsundersökningar i relation till antal asylsökande har utvecklats över tid är att titta på trender över en tvåårsperiod. På så sätt tas bättre hänsyn till förändringar i antalet asylsökande som sker nära årsskiften. Som visas i figuren nedan har andelen asylsökande som erhållit en hälsundersökning nästan fördubblats mellan tidsperioden 2014-2015 till 2015-2016, från 41 procent till 77 procent.

Figur 10. Andel asylsökande som genomgått hälsundersökning, 2010-2016 (tvåårsintervall)



Ökade möjligheter att identifiera psykisk ohälsa

Programmet har bidragit till att öka möjligheterna för att identifiera psykisk ohälsa vid hälsundersökning genom att sprida förstärkta mallar och kunskap om psykisk ohälsa till 319 personer. Ytterligare lokal spridning finns inplanerad i närtid till ytterligare 180 personer. Detta innebär det våren 2017 kommer

finnas minst 500 personer som arbetar med förstärkta arbetssätt för psykisk ohälsa vid hälsoundersökningar i 14 landsting och regioner.⁴¹

Landstingen/regionerna uppfattar att de nu är i fas med behovet av hälsoundersökningar

Vid årsskiftet 2016/2017 bedömde landstingen/regionerna att de är i fas med behovet av hälsoundersökningar. Totalt uppskattas ca 8 000 individer vänta på en hälsoundersökning.⁴² Högst rapporterat antal återfinns i Region Skåne (ca 3 500) medan det i tio landsting/regioner är färre än 100 väntande. Viss osäkerhet finns i uppgifterna om antalet väntande. Vid samtal med landsting och regioner uppges frånvaro av tillräckliga sök- och filtreringsfunktioner i nuvarande tekniska system, variation i registreringsrutiner bland vårdgivare samt en begränsad förmåga att spåra hälsoundersökningar som genomförts i andra landsting eller regioner som de största källorna till osäkerhet.

⁴¹ Anmälningssstatistik för nationella utbildningar 14 februari 2017 samt lokala spridningsplaner för samtliga landsting/regioner i Sverige vid återrapportering 10 februari 2017.

⁴² Exklusive Västerbotten och Västra Götaland där uppgifter saknas. För de landsting/regioner som angivit antalet under 2017 ingår asylsökande under 2017 i antalet väntande.

Figur 11. Sammanställning av antal asylsökande som uppskattas vänta på hälsoundersökning, per landsting/region ⁴³

Landsting/region	Uppskattat antal som väntar på hälsoundersökning	Datum för rapportering av antal
Blekinge	400	31-dec-16
Dalarna	0	31-dec-16
Gotland	0	23-feb-17
Gävleborg	42	31-jan-17
Halland	84	31-dec-16
Jämtland/Härjedalen	15	31-dec-16
Jönköping	531	31-jan-17
Kalmar	0	13-feb-17
Kronoberg	636	31-jan-17
Norrbottnen	0	31-jan-17
Skåne	3 572	31-dec-16
Stockholm	700	31-dec-16
Sörmland	825	31-jan-17
Uppsala	117	31-dec-16
Värmland	52	31-jan-17
Västerbotten*	Uppgift saknas	-
Västernorrland**	1027	31-dec-16
Västmanland	11	31-jan-17
Västra Götaland***	Uppgift saknas	-
Örebro	30	31-jan-17
Östergötland	134	31-dec-16
Totalt	8 176	

* Västerbotten uppger svårigheter att ta fram korrekta uppgifter pga. variation i registrering vid genomförd hälsoundersökning samt otillräcklig filteringsfunktion.

** Beräknad av SKL utifrån uppgift om att 80 procent av 5 137 asylsökande som mottogs under 2015 och 2016 och finns kvar i länet var hälsoundersökta.

*** Västra Götaland uppger sig sakna tillförlitlig statistik för denna information.

5.5 Implementering av Asylsjukvårdsplattformen

En del av satsningen har varit att bidra till förstärkt styrning och uppföljning av asylsjukvården för att möjliggöra att asylsökande får rätt insatser i rätt tid. Asylsjukvården har ett särskilt stort behov av effektiv och proaktiv produktionsplanering eftersom behovet av asylsjukvård kan variera kraftigt över tid utifrån antalet asylsökande.

Som en del i satsningen erbjöds därför samtliga landsting/regioner kostnadsfri anslutning till en nyutvecklad plattform, den så kallade Asylsjukvårdsplattformen. Asylsjukvårdsplattformen sammanställer data från Migrationsverket över asylstatistik samt vårddata om asylsjukvården från landsting/regioner. Den är byggd på samma plattform som SKL:s databas Väntetider i vården, vilket gör att samtliga landsting och regioner kan ansluta.

Genom plattformen kan landsting/regioner få överblick över sin produktion av hälsoundersökningar, insatser för psykisk hälsa och övrig vård. De kan även månadsvis följa hur produktionen förhåller sig till aktuellt och kommande behov av asylsjukvård. Plattformen ger även detaljerad information kring

⁴³ Sammanställning av data från landsting/regioner inom ramen för programmet

6. Framåtblick

6.1 Fortsatt pressade system

Även om många landsting/regioner och kommuner under en längre tid anpassat sin verksamhet till ökad invandring var beredskapen inte tillräcklig för det stora antal personer som sökte i asyl i Sverige år 2015. I många delar av landet har det resulterat i en påfrestad situation på boenden, inom skolverksamhet och i hälso- och sjukvården. Fortsatta utmaningar förväntas under kommande år när ansvaret för stöd- och vårdinsatser förskjuts från stat till kommuner och landsting i och med att stora delar av gruppen övergår från att vara asylsökande till att vara nyanlända.

6.2 Skärpt flyktingpolitik ökar risk för psykisk hälsa

Sveriges sedan 2016 skärpta flyktingpolitik, kännetecknad av stängda gränser, tillfälliga uppehållstillstånd och försvårande av anhörigförening, har till viss del stabiliserande effekter för landsting/regioner och kommuner. Samtidigt har lagarna och reglerna en kontraproduktiv effekt på mycket av det arbete som huvudmännen gör i syfte att minska den psykiska ohälsan bland asylsökande och nyanlända. De ovissa livsomständigheter som flyktingpolitiken bidrar till riskerar att försvåra integrationen i Sverige.

Ensamkommande barn och ungdomar är exempel på en grupp där vi från flera håll får signaler om en negativ utveckling. Tidigare har vi sett att den här gruppen klarat sig bra i Sverige; utbildat sig, hittat jobb, och blivit en tillgång för vårt land. Nu syns tecken på en oroväckande utveckling där osäkerhet kring om man får stanna, tillfälliga uppehållstillstånd, små utsikter till familjeåterföreningar och vänner som utvisas eller skadar sig själva gör att dessa ungdomar som tidigare lyfts fram som motiverande och högpresterande inte längre orkar vara duktiga. Att inte kunna hoppas eller sikta mot något gör att det man varit med om kommer i fatt, vilket i många fall innebär psykisk ohälsa och ökad risk för missbruk. Ungdomarnas upplevelser av hopplöshet och brist på tilltro till våra institutioner riskerar också att smitta av sig på personalen som möter och arbetar med ungdomarna och inverka negativt på den psykosociala arbetsmiljön.

6.3 Olika utmaningar förenade med olika faser av asylprocessen

Programmet ”Hälsa i Sverige” har gjort att vi kunnat följa utvecklingen i landstingen och regionerna, bland annat regelbunden kontakt med landstingens/regionernas utsedda samordnare för Hälsa i Sverige och genom de nationella utbildningstillfällen som samlat olika funktioner och professioner. På nära håll har vi kunnat se att landstingens/regionerna (och kommunernas) utvecklings- och stödbehov i mötet med asylsökande och nyanlända gradvis förändrats från det att programmet inleddes. Programmets initiala målsättningar, att öka antalet genomförda hälsoundersökningar och att skapa medvetenhet hos personer kring asylsökandes och nyanländas psykiska hälsa, är nu på väg att uppnås. Vi menar att det framöver handlar om att hitta strategier och metoder för att möta fem olika grupper med delvis olika behov:

<i>Asylsökande</i>	Gällande asylsökande är en fortsatt utmaning att hantera människors osäkerhet kring om de kommer få stanna. Det handlar också om att hitta sätt att bemöta personer som fått avslag på ett så bra sätt som möjligt, både för den sökande och för personalen. Det finns också en fortsatt utmaning i att utveckla innehållet i hälsoundersökningarna för att bättre fånga psykisk ohälsa samt riskfaktorer för detsamma.
<i>Personer som fått uppehållstillstånd</i>	Gällande den andra gruppen är det många som får tillfälliga uppehållstillstånd, vilket försvårar läkeprocessen och etablering i samhället. Till skillnad från asylfasen ligger den eventuella samhällsbelastningen primärt på landsting, regioner och kommuner och inte på staten. Här menar vi att det är värdefullt att hitta sätt att ta till vara på den kompetens som byggts upp hos bland annat asylsjukvårdssjuksköterskor för att kunna ge ett utökat stöd till nyanlända. ⁴⁶
<i>Ensamkommande barn (18 år)</i>	En särskild grupp återfinns bland många ensamkommande barn som får radikalt förändrad situation i samband med att de fyller 18 år eller genom åldersuppskrivning. I den stunden går de från att vara barn till vuxen, vilket innebär att bl.a. rätten till god man upphör och att boende eller placeringsform ändras, med resultatet personen måste flytta och därmed tappar det lilla sociala nätverk som hen har hunnit bygga upp.
<i>Kvotflyktingar</i>	Ett ökat antal kvotflyktingar kommer innebära fler som har olika sjukdomar och riskfaktorer. Hälsoundersökningen är en bra första screening när de kommer, men i tillägg till stärkt kvalitet som nämns ovan behöver möjlighet till uppföljande hälsoundersökningar också säkerställas.
<i>Papperslösa</i>	Redan idag finns tecken på att vi kommer ha en växande grupp som kommer gå under jorden vid avslag. Sannolikt kommer gruppen papperslösa koncentreras till storstäderna och platser där det finns många asylsökande och nyanlända med uppehållstillstånd. Det medför att vissa områden som redan idag har stor belastning kommer att få än större belastning.

6.4 Flexibilitet och snabbhet är framgångsfaktorer

Fortsatta skiftningar i omvärlden och i vårt eget samhälle gör att vi även i fortsättningen kommer behöva vara beredda på att ompröva och anpassa lösningar utifrån den situation som är. I och med programmet Hälsa i Sverige har vi visat att det är möjligt att reagera snabbt, att ta fram och agera utifrån preliminära strategier och justera kursen utifrån de hinder och förutsättningar som framträder längs med vägen.

Med insikt om de utmaningar som vi som samhälle står inför, både ur medmänskligt och samhällsekonomiskt perspektiv, anser vi att det är mycket angeläget att även fortsatt investera i ett bra mottagande av asylsökande och nyanlända.

⁴⁶ Uppdrag Psykisk Hälsa, 2017

Vi ser också ett behov av att vidmakthålla det vi hittills uppnått. Kunskap är en färskvara och de utbildningspaket som tagits fram behöver kontinuerligt uppdateras och fortsätta spridas. Den utveckling som sker och de nya behov som visar sig när allt fler får uppehållstillstånd och söker vård i alla livets skeden innebär att behov av transkulturell kunskap kommer visa sig inom alla delar av sjukvården. Behov kommer också visa sig i samordningen av insatser mellan statliga verksamheter som Arbetsförmedlingen, som ansvarar för stöd i etableringen, och Statens Institutionsstyrelser (SiS) som har en stor andel ungdomar med bakgrund som asylsökande.

6.5 Identifierade utvecklingsområden

Vår samlade bild utifrån att ha tagit del av rapporter och kunskapssammanställningar⁴⁷ över asylsökande och nyanländas situation i Sverige och erfarenheter från landsting/regioner, kommuner och organisationer inom civilsamhället visar att det fortsatt finns stora behov av resursförstärkning, inte minst för kompetenshöjande insatser bland personal.

Kompetensutvecklingsbehov även hos kommun- och myndighetsanställda

2016 års satsning Hälsa i Sverige har fokuserat på kompetenshöjning för anställda i landsting/regioner vars huvudmän fick ta del av medel för att delta i satsningen. Eftersom främjande och förebyggande insatser är en väsentlig grund för att nå psykisk hälsa bland asylsökande och nyanlända tog programkansliet även fram anpassningar av utbildningsmodulerna för personal i verksamheter som boenden (HVB), elevhälsa och arbetsförmedling.

Inför kommande år ser vi som särskilt angeläget att:

- Ge personal i kommuner och myndigheter ekonomiska förutsättningar att ta del av fortbildning.
- Vidareutveckla utbildningsinnehåll anpassat för personal i kommuner och på myndigheter.

Under programtiden har programkansliet i undantagsfall kunna erbjuda att hålla lokala utbildningar⁴⁸ för kommunanställda. Vid en eventuell fortsatt och utökad satsning är denna form för spridning i länen en möjlighet. Samlingar i länen kan också främja samverkan.

Strategier och angreppssätt vid förhöjd risk för psykisk ohälsa och/eller suicid

Det finns indikationer på att gruppen med allvarlig psykisk ohälsa och/eller suicidrisk växer bland asylsökande och nyanlända. Personer med tillfälliga uppehållstillstånd, personer som fått avslag om uppehållstillstånd, ungdomar som närmar sig 18-årsgränsen eller som fått en åldersuppskrivning och personer som lever gömda är särskilda riskgrupper.

Inför kommande år ser vi som särskilt angeläget att:

- Utveckla och sprida arbetssätt för att arbeta förebyggande med personer som har fått eller med sannolikhet kan få avslag på asylansökan.
- Utveckla och sprida arbetssätt för att identifiera och ge stöd till personer med risk för att utveckla missbruk.
- Utveckla och sprida arbetssätt, däribland uppsökande verksamhet, för hur hälso- och sjukvården kan ge stöd och behandling av psykisk ohälsa

⁴⁷ Socialstyrelsen, 2016; Röda Korsets Högskola, 2016; Migrationsverket, 2017a; SKL, 2016, *Behovsanalyser i 17 landsting/regioner genomförda via webbformulär under aug-okt 2016*.

⁴⁸ *Migration och psykisk hälsa. Grundkurs* (kurskod HiS6)

trots att patienten lever under ovissa och otrygga förhållanden. En viktig del handlar om att utveckla effektiva samarbetsformer med SiS-boenden (Statens Institutionsstyrelse) för att stödja stöd och behandling för SiS-placerade med psykisk ohälsa.

- Utbildning och stöd till andra aktörer såsom civilsamhället, verksamheter som stöttar med t.ex. språk-caféer, familjehem, gode män m.fl. vars skyddslingar mår psykiskt dåligt och signalerar uppgivenhet.

Behov som uppstår inom etableringsprocessen

Meningsfull sysselsättning främjar psykisk hälsa. På motsatt sätt försvårar ohälsa etablering, till exempel genom att minska energi och motivation till språkinläring, utbildning och att söka arbete. På många håll i landet är samverkan mellan arbetsförmedling, hälso- och sjukvård och försäkringskassa en stor utmaning gällande nyanlända i etableringen. Särskilt ser vi ett behov av stöd till unga som i och med 18-årsdagen mister en del av sitt tidigare stöd. För denna grupp, 18-25 år, får vi signaler om ökad psykisk ohälsa och ökad risk för missbruk och kriminalitet.

Inför kommande år ser vi som särskilt angeläget att

- Utveckla och sprida arbets sätt för bättre samverkan och stöd till nyanlända inom etableringen.
- Utvecklade särskilda arbets sätt för elevhälsans arbete med att stödja elever. Det behövs också utbildning till ungdomsmottagningar för att kunna möta elever med annan tradition kring sex och samlevnad samt elever med en mer stigmatiserad syn på psykiska problem och som därmed inte söker sjukvård för psykiska åkommor.

Fortsatta behov av stödmaterial och utbildning inom hälso- och sjukvården

Följande är exempel på sakområden där personal- och företrädare för landsting/regioner uttryckt ytterligare behov av kunskaps- och stödmaterial.

- Insatser för barn, ensamkommande och i familj (t ex i samverkan med för-/skola, elevhälsa)
- Effektiva behandlingsmetoder för psykisk hälsa hos asylsökande/nyanlända i primärvården, t ex gruppbehandling⁴⁹
- Praktiskt bemötande av personer som signalerar självmordstankar⁵⁰
- Uppsökande verksamhet för grupper som riskerar att hamna i missbruk, prostitution, m.m.
- Information och stöd till personer med allvarliga kroppsliga sjukdomar
- Föräldrastödsprogram
- Svåra etiska frågeställningar⁵¹
- Användning av tolk
- Hederskultur och hedersvåld
- Kulturanpassat bemötande
- Arbets sätt vid HBTQ

⁴⁹ Programkansliet undersöker möjligheten att vidare utveckla konceptet Hälso skola/Hälsostöd, under arbetsnamnet "Hälsostöd plus".

⁵⁰ Programkansliet planerar för en dag om suicidprevention mars 2017.

⁵¹ Programkansliet planerar för en etikworkshop hösten 2017.

7. Referenser

Bath, Howard, 2008, *The Three Pillars of Trauma-Informed Care*, Reclaiming Children and Youth, Vol.17(3), p.17-21

Regeringskansliet, 2016, *Stora utmaningar som kräver samverkan*
<http://www.regeringen.se/artiklar/2016/03/stora-utmaningar-som-kraver-samverkan/>

Bisson JJ, et al. 2013 - *Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults (Review)*
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003388.pub4/pdf>

EPA 2014, *Guidance on Mental Health Care of Migrants*
<http://www.europsy.net/wp-content/uploads/2013/11/EPA-Guidance-on-Mental-Health-Care-of-Migrants.pdf>

Folkhälsomyndigheten, 2016, *Suicidprevention 2016 EN LÄGESRAPPORT OM DET NATIONELLA ARBETET MED ATT FÖREBYGGA SJÄLMORD*
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/30893/suicidprevention-2016-16150.pdf>

Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, 2016, *Delrapportering av regeringsuppdrag Stöd till genomförande av hälsoundersökningar*
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/om-myndigheten/uppdrag-styrdokument/pagaende/delrapport-regeringsuppdrag-halsundersokningar.pdf>

Gillies D, 2012 - *Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents (Review)*
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23877914>

Göteborgsregionens kommunförbund, *Ensamkommande barn och ungdomar – psykisk ohälsa och Traumasymptom*,
https://www.grkom.se/download/18.1d4b901414507a228c0d18/1479726411344/ensamkommande_psykisk_ohalsa_traumasymptom.pdf (Senast ändrad: 2016-06-08 23:54, nedladdad: 2017-02-21 14:47)

Hetrick et al 2010 *Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD)*
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007316.pub2/epdf/abstract>

Jongedijk R, 2014 - *Narrative exposure therapy: an evidence-based treatment for multiple and complex trauma*
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25511727>

Kate E Murray et al 2010 - *Review of Refugee Mental Health Interventions Following Resettlement: Best Practices and Recommendations*
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3727171/#!po=0.549451>

Kirmayer, L., 2011 - *Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care.*
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3168672/>

Lindencrona, F. 2008 *Strategiers for a health promoting introduction.*
<https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/38703/thesis.pdf?sequence=1>

Migrationsverket, 2017a, *Verksamhets- och utgiftsprognos 2017-02-07*.
https://www.migrationsverket.se/download/18.4100dc0b159d67dc614b0d/1486539367565/Migrationsverkets+prognos+2017_febr+P2-17.pdf

Migrationsverket, 2017b, <https://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Nyhetsarkiv/Nyhetsarkiv-2017/2017-02-07-Prognos-Stora-utmaningar-for-Migrationsverket-vantar-under-2017.html>

Patel et al 2014 - *Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors*
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009317.pub2/full#pdf-section>

Porter M, et al. JAMA. 2005 - *Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis*. - PubMed – NCBI
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/16077055/>

Pottie, K., 2011 - Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3168666/pdf/183e824.pdf>

SKL, 2016a - *Behovsanalyser i 17 landsting/regioner genomförda via webbformulär under aug-okt 2016*.

SKL, 2016b. *Förbättrade arbetssätt för hälsoundersökningar. Bakgrund, uppdrag och statistik. Hälsa i Sverige för asylsökande och nyanlända*.
<https://vimeo.com/album/4260661/video/189749112> (2017-02-17, 14:31).

SKL, 2016c. *Hälso- och sjukvård åt asylsökande under år 2015. Avdelningen för vård och omsorg. Sektionen för hälso- och sjukvård*.
<https://skl.se/download/18.1e6b67f157049021df84f20/1474291239461/PM-H%C3%A4lso-o-sjukv%C3%A5rd-asyls%C3%B6kande-2015-med-tabellbilaga.pdf> (2017-02-17, 14:31).

SKL, 2016d. *Positiv hälsoutveckling för asylsökande och nyanlända RAPPORT TILL SOCIALDEPARTEMENTET EFTER REGERINGSBESLUT S2015/06414/FS*,
http://www.uppdragpsyiskhalsa.se/wp-content/uploads/2016/05/Positiv-h%C3%A4lsoutveckling_nyanl%C3%A4nda_kortversion.pdf

Socialstyrelsen, 2015 – *Psykisk ohälsa hos asylsökande och Nyanlända migranter – ett kunskapsunderlag för primärvården*
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19664/2015-1-19.pdf>

Socialstyrelsen, 2016, *Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända*.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-10-13>

Socialstyrelsen, 2017a, *”Uppdrag om mottagande av asylsökande och nyanlända”*, <http://www.socialstyrelsen.se/omsocialstyrelsen>

Socialstyrelsen, 2017b, *”Uppdrag med anledning av det ökade mottagandet av ensamkommande barn m m”*,
<http://www.socialstyrelsen.se/omsocialstyrelsen>

Röda korsets Högskola, 2016, *Nyanlända och asylsökande i Sverige. En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor*.
<http://www.rkh.se/forskning/pagaende-projekt/forskningsstudie-om-halsa-och-levnadsvillkor-bland-flyktingar-och-asylsokande-i-sverige/>

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, 2016, *Stöd till genomförande av hälsoundersökningar*,

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/om-myndigheten/uppdrag-styrdokument/pagaende/delrapport-regeringsuppdrag-halsundersokningar.pdf>

UNICEF, 2016, *Möta barn på flykt*, <https://unicef.se/rapporter-och-publikationer/mota-barn-pa-flykt>

UNHCR, 2015, *Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians*, http://www.multiculturalmentalhealth.ca/wp-content/uploads/2015/11/2015_Culture_mental-health_Syrians-FINAL.pdf

U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases, 2015. *Guidelines for Mental Health Screening during the Domestic Medical Examination for Newly Arrived Refugees*
<https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/domestic/mental-health-screening-guidelines.html>

Uppdrag Psykisk Hälsa, 2017, *Sökresultat "Hälsostöd" i Verktysbanken*
http://www.uppdragpsykiskhalsa.se/asylsokande-och-nyanlanda/verktysbanken/?search_text=h%C3%A4lsost%C3%B6d&tool_level=&executor_organisation=&quality_assured=1 (2017-02-28, kl 13:32).

SCB, 2017, <http://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/in-och-utvandring/> (2017-02-15, kl 14:44)

Bilaga A. Resultat av nationell behovsanalys

Hösten 2016 fick samtliga landsting/regioner erbjudande om stöd för att genomföra en lokal behovsanalys för att identifiera kompetensutvecklingsbehov hos personalen gällande asylsökande och nyanlända. Syftet med behovsanalysen var att den skulle ligga till grund för en lokal plan för kunskapslyftet. Analysen omfattade hälsofrämjande och förebyggande insatser, insatser vid lindriga tillstånd och insatser vid medelsvår till svår psykisk ohälsa.

17 landsting/regioner antog erbjudandet: Blekinge, Dalarna, Gotland, Gävleborg, Halland, Jämtland/Härjedalen, Jönköping, Kalmar, Kronoberg, Norrbotten, Sörmland, Uppsala, Värmland, Västerbotten, Västernorrland, Västmanland och Örebro.

Underlag för de 17 landsting/regioner som genomförde behovsanalysen togs fram genom ett webbformulär (se bilaga E. Formulär för behovsanalys) som fylldes i av samordnaren utvalda personer i länet. Webbformuläret besvarades av totalt 310 personer med bred representation över olika verksamhetsområden, såsom exempelvis vårdcentraler, asylhälsor, barn- och ungdomshälsor, akutmottagningar, specialistpsykiatriska mottagningar, ambulansen, habiliteringsmottagningar, rehabmottagningar, Folkandvården, Migrationsverket, Smittskyddsenheten, Socialtjänsten, beroendecentra, asylboenden och integrationsenheter. Många av respondenterna var verksamhetschefer, enhetschefer och avdelningschefer.

Resultat

I Figur 13 redovisas de sammantagna resultaten av behovsanalyserna, med genomsnittligt resultat för de 17 deltagande landsting/regionerna.⁵²

Figur 13. Verksamhetsföreträdare som upplever behov av förstärkta insatser till asylsökande och/eller nyanlända (aug-okt 2016).⁵³



⁵² SKL, 2016, *Behovsanalys i 17 landsting/regioner genomförda via webbformulär under aug-okt 2016*

⁵³ Genomsnitt (medelvärde av medelvärde för de 17 landsting/regioner som använt programmets behovsenkät).

Behovsanalysen visar att en majoritet av de tillfrågade personerna upplevde behov gällande både främjande och förebyggande insatser och insatser för såväl lindrig, medelsvår som svår psykisk ohälsa. Flest respondenter uppgav ett behov av förstärkning för främjande och förebyggande arbete (78 procent "utbildning för personal om migration och psykisk hälsa", 75 procent "material och arbetssätt för att ge hälsoinformation"). De områden som lägst andel av respondenterna uppgav att de hade ett behov av var "förstärkning för att genomföra hälsoundersökningar" (31 procent) samt "insatser vid svår psykisk ohälsa" (47 procent). Över 60 procent uppgav behov kring "utbildning av personal vid lindrig, medelsvår respektive svår psykisk ohälsa hos asylsökande/nyanlända".

På efterföljande sidor ges en mer detaljerad resultatsammanställning per område i enkäten:



Främjande och förebyggande insatser



Lindrig till medelsvår psykisk ohälsa



Svår psykisk ohälsa



Lindrig till svår psykisk ohälsa

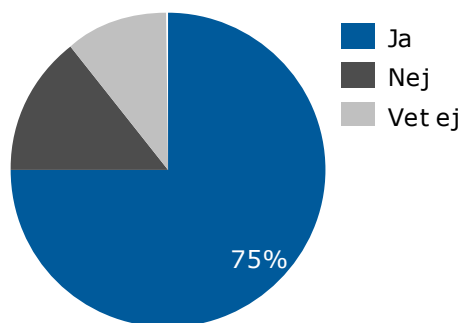
Främjande och förebyggande insatser

Behov av förstärkta material och arbetssätt för att ge hälsoinformation



Finns det ett behov?

Genomsnittlig svarsfördelning⁵⁴, %



Andel asylsökande med uppskattat behov

Genomsnittligt svarsintervall⁵⁵, %



Andel nyanlända med uppskattat behov

Genomsnittligt svarsintervall⁵⁶, %



Exempel på behov:

Material på olika språk med bilder, anpassade till olika grad av läs- och skrivkunnighet - gärna lokalanpassade

Material kring egenvård, hur man söker olika typer av vård, hur man söker vård i händelse av flytt, apotekets funktion

⁵⁴ Genomsnittlig svarsfördelning för respondenterna i de 17 deltagande landstingen/regionerna

⁵⁵ Respondenternas bedömning av andel asylsökande och nyanlända med behov av att erbjuda/utöka hälsofrämjande och förebyggande insatser. Genomsnittligt svarsintervall för respondenterna i de 17 deltagande landstingen/regionerna (valbara intervall: 0-25%, 25-50%, 50-75% eller 75-100%).

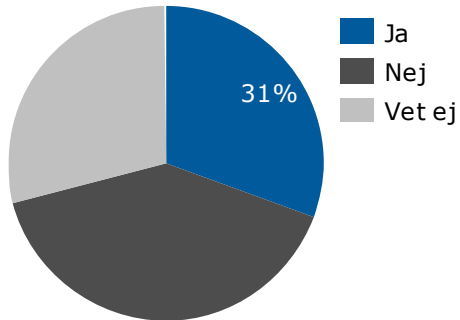
⁵⁶ Respondenternas bedömning av andel asylsökande och nyanlända med behov av att erbjuda/utöka hälsofrämjande och förebyggande insatser. Genomsnittligt svarsintervall för respondenterna i de 17 deltagande landstingen/regionerna (valbara intervall: 0-25%, 25-50%, 50-75% eller 75-100%).

Behov av förstärkta material och arbetsätt för hälsoundersökningar



Finns det ett behov?

Genomsnittlig svarsfördelning, %



Exempel på behov:

Material på olika språk, med bilder

Behov av information att skicka ut med kallelsen, samt kallelser på fler språk

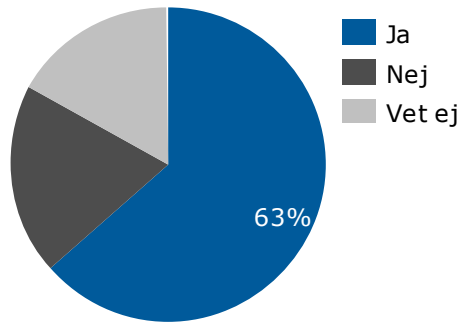
Förbättrade och standardiserade arbetsätt vad gäller kulturskillnader, effektivt arbete med tolk, rutiner för att tidigt fånga upp tecken på psykisk ohälsa

Behov av att erbjuda hälsofrämjande och förebyggande insatser



Finns det ett behov?

Genomsnittlig svarsfördelning, %



Andel asylsökande med uppskattat behov

Genomsnittligt svarsintervall, %



Andel nyanlända med uppskattat behov

Genomsnittligt svarsintervall, %



Exempel på behov:

Råd- och stödinsatser inom kost, motion, hygien, sexuell hälsa, munhälsa, rökning, missbruk, vaccination, vanliga sjukdomar

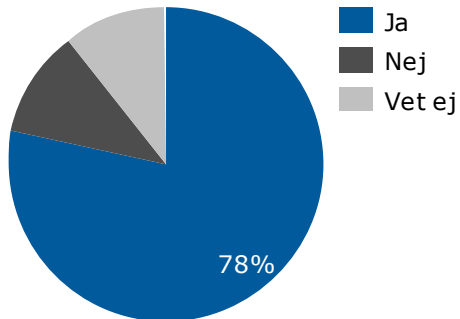
Psykosociala insatser i grupp för att stärka psykisk hälsa, t ex stöd vid sömnsvårigheter

Behov av att erbjuda/utöka utbildning för personal om migration och psykisk hälsa



Finns det ett behov?

Genomsnittlig svarsfördelning, %



Exempel på behov:

Behov av utbildning kring transkulturell kompetens, bemötande, förståelse för hur psykisk ohälsa kan ta sig i uttryck, suicid, oro, ångest, migrationsstress, baskunskap kring trauma

Behov hos samtliga personalgrupper som kommer kontakt med asylsökande och nyanlända – särskilt integrationshandläggare, boendepersonal och barnmorskor

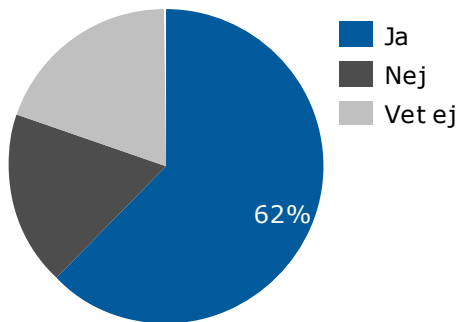
Lindrig till medelsvår psykisk ohälsa

Behov av att erbjuda/utöka insatser vid lindrig till medelsvår psykisk ohälsa



Finns det ett behov?

Genomsnittlig svarsfördelning, %



Andel asylsökande med uppskattat behov

Genomsnittligt svarsintervall, %



Andel nyanlända med uppskattat behov

Genomsnittligt svarsintervall, %



Exempel på behov:

Behov av samtalsstöd (kring bl.a. oro och suicid), traumastöd, krishantering. Gärna gruppbehandling

Behov av att fler professioner kan utföra olika typer av insatser, såsom t ex samtalsstöd

Utökad info kring vad man själv kan göra för att förbättra sitt mående

Utökade insatser kring sömnproblem, psykosociala insatser inom primärvården och språk- och kulturanpassade insatser

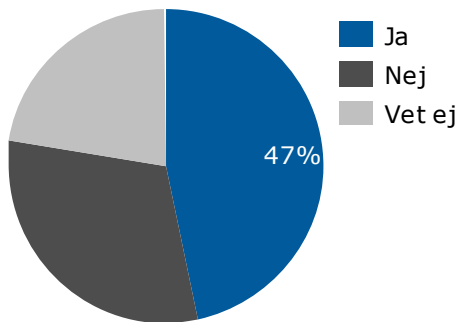
Svår psykisk ohälsa

Behov av att erbjuda/utöka insatser vid svår psykisk ohälsa



Finns det ett behov?

Genomsnittlig svarsfördelning, %



Andel asylsökande med uppskattat behov

Genomsnittligt svarsintervall, %



Andel nyanlända med uppskattat behov

Genomsnittligt svarsintervall, %



Exempel på behov:

Insatser inom psykiatrisk specialistvård, däribland trauma-behandling och insatser kring självmordsförsök, depression och ångest, samt bättre tillgång till dessa

Insatser gällande psykiatrisk specialistvård för barn

Bättre samverkan mellan vårdinstanser t ex BUP, psykiatrimottagningar, tandvård och primärvård

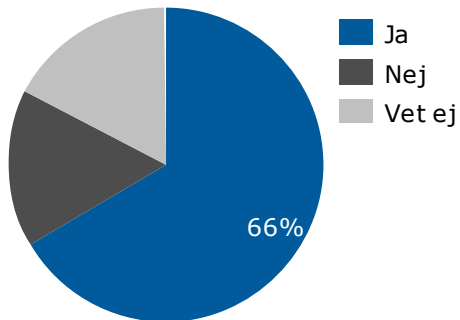
Lindrig till svår psykisk ohälsa

Behov av att erbjuda/utöka utbildning för personal om lindrig till svår psykisk hälsa



Finns det ett behov?

Genomsnittlig svarsfördelning, %



Exempel på behov:

Transkulturell kompetens, bemötande, tryggt omhändertagande

Behandlingsmetodik kring kris, PTSD, migrationsstress, självskadebeteende, suicidtankar och tortyrerfarenheter

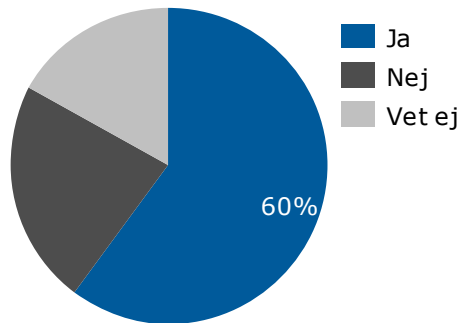
Behov hos bl.a. primärvård och boendepersonal

Behov av att erbjuda/utöka handledning för personal om lindrig till svår psykisk hälsa



Finns det ett behov?

Genomsnittlig svarsfördelning, %



Exempel på behov:

Stöd i svåra samtal, debriefing, skuld känslor

Kring kulturmöten, bemötande och behandling, kommunikation med tolk

Förslagsvis handledning i grupp

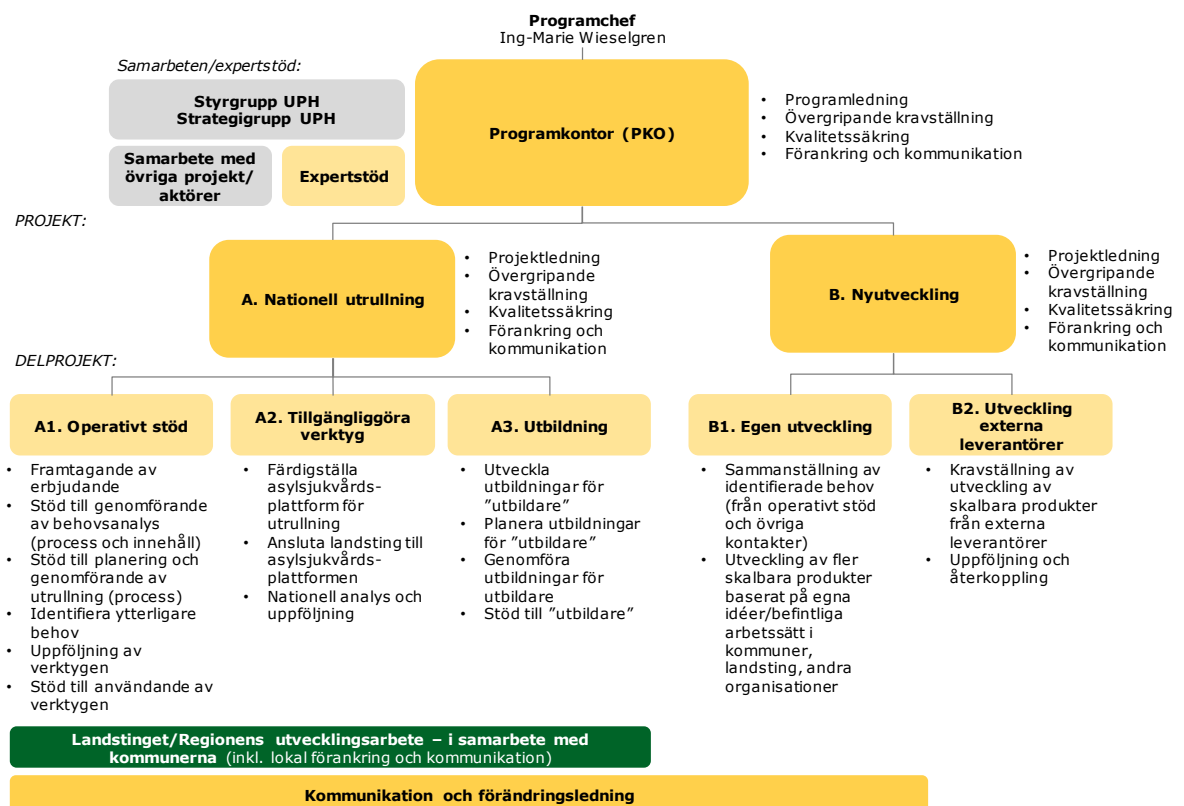
Bilaga B. Beskrivning av genomförande av programmet

B1. Programledning

Programorganisation

För genomförande av programmet formulerades en programorganisation bestående av två projekt – A. Nationell utrullning och B. Nyutveckling. Nationell utrullning utgör huvuddelen av programarbetet och syftar till att sprida resultaten från förstudien⁵⁷. Nyutveckling syftar till att utveckla nya arbetssätt och material utifrån behov som identifieras i arbetet med nationell utrullning. Programmet leds av programchef Ing-Marie Wieselgren och stöds av ett programkontor. För samtliga projekt och delprojekt finns utsedda projektledare samt teammedlemmar.

Figur 14. Programorganisation för Hälsa i Sverige



Landstinget/regionernas lokala utvecklingsarbete i samarbete med kommunerna är grunden för genomförande av den nationella utrullningen.

A. Nationell utrullning omfattar tre delprojekt med målet att ge landsting/regioner operativt stöd i genomförande av kompetenslyftet, tillgängliggöra verktyg i form av en plattform för styrning och uppföljning av asylsjukvården samt utveckla och anordna nationella utbildningar.

B. Nyutveckling omfattar utveckling av nya material, arbetssätt och hela utbildningar både internt inom programmet, med stöd av expertorganisationer och kommuner, landsting/regioner samt externa leverantörer.

Ett exempel på ett nyutvecklingsarbete med stöd av extern leverantör är

⁵⁷ SKL, 2016d

programmets samarbete med Linköpings Universitet för utveckling av en insats som består av Kognitiv Beteendeterapi (KBT) på nätet för asylsökande och nyanlända med lindriga tillstånd av psykisk ohälsa.

Ett annat exempel är samarbetet med Svensk-Somaliska läkarföreningen som tar fram conceptualiserad information om psykisk hälsa/ohälsa för den svensk-somaliska befolkningen.

Programmet har samarbetat och samverkat med ett stort antal olika experter, projekt och aktörer vilket beskrivs i mer detalj i nästa avsnitt. Programmet har även haft stöd av ordinarie styrgrupp och strategigrupp för Uppdrag psykisk hälsas arbete.

Samarbete och samverkan

De senaste årens flyktingsituation har accentuerat behovet av fungerande samverkan, både mellan myndigheter inom staten, mellan stat, kommun och landsting och mellan den offentliga och privata/ideella sektorn. Uppdrag Psykisk Hälsa har ett nära samarbete med myndigheter, länsstyrelserna, frivillig- och civilsamhällesorganisationer och andra aktörer som jobbar med asylsökandes och nyanländas psykiska hälsa.

För att asylsökande och nyanlända ska ges ett samordnat och effektivt stöd krävs också goda samverkansformer inom länen, bland annat mellan landsting, kommuner, länsstyrelser och civilsamhälle.

Programmet har regelbundet samverkat med **Socialstyrelsen** och **Folkhälsomyndigheten**, som har pågående regeringsuppdrag som rör asylsökandes och nyanländas hälsa. Inom ramen för arbetet med Socialstyrelsens rapport om hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända medverkade programmet i workshops med personal inom mödrahälsovård, förlossningsvård samt vård till barn och unga.

Programmet har deltagit i de **referensgruppsmöten Myndigheten för delaktighet, MFD**, haft om asyl- och etableringsfrågor för personer med funktionsnedsättningar. Vi har lämnat uppgifter till och haft synpunkter på myndighetens rapport om situationen för personer med funktionsnedsättning i den svenska asyl- och etableringsprocessen.

Programmet har även hållit i möten med företrädare för **Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Migrationsverket** samt flera av landets **länsstyrelser** för att diskutera utmaningar kring asylsökande och nyanlända med psykisk ohälsa.

På internationell nivå har programmet haft telefonmöten med **FNs flyktigorgan IOM**, projektet Re-Health, om pilotprojektet kring Personal Health Record, europeisk hälsojournal för migranter. Ett par medarbetare har deltagit i pilottest av en EU-finansierad e-utbildning på engelska till vårdpersonal och chefer i ämnet migration och hälsa. Projektet har vid flera tillfällen lämnat uppgifter till de månadsrapporter EUs byrå för mänskliga rättigheter sammanställer om flyktingsituationen i medlemsländerna.

Programmet har deltagit i en forskar- och praktikerträff hos **Barnombudsmannen** med anledning av BO:s fördjupningsstudie om nyanlända barns rätt till hälso- och sjukvård, samt deltagit på flera av RFSUs nätverksmöten om sexualupplysning och SRHR för nyanlända.

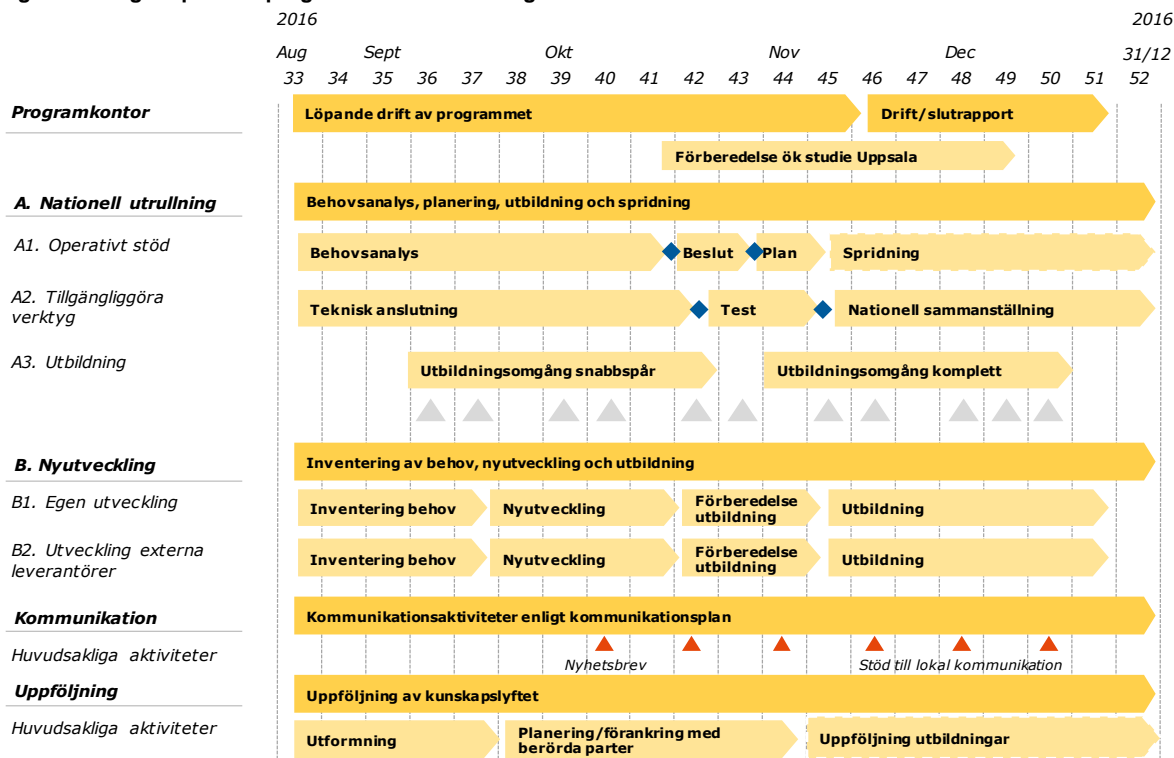
Andra organisationer som programmet samarbetar med är bl. a. **Röda Korset, Rädda Barnen, Syntskadades Riksförbund och Läkare utan gränser.**

Programledning

Programkontoret leder programmet och dess huvudsakliga arbetsuppgifter har omfattat löpande programledning, övergripande kravställning gentemot projekt och delprojekt, kvalitetssäkring samt förankring och kommunikation.

Som grund för programledningen utvecklades en övergripande programplan.

Figur 15. Programplan för programmet Hälsa i Sverige hösten 2016



För löpande programledning upprättades programdokument för respektive delprojekt; projektbeskrivning (word), projektplan (excel), statusrapport (ppt).

En mötesstruktur upprättades också enligt nedan:

- Varje vecka sammankallas Projektledare, delprojektledare och teammedlemmar (vid behov) till *Projektstatusmöte*. Syftet med projektstatusmötena är dels att samordna arbetet inom projektet och dels att arbeta med frågor som berör samtliga delprojekt och/eller bevaka beroenden mellan delprojekt.
- Varje vecka sammankallas Programägare, Programledare, Projektledare, representanter för kommunikation och externa kontakter samt Projektadministratör till *Programstatusmöte*. Till detta möte förbereder respektive projekt en uppdaterad statusrapport med planerade och genomförda aktiviteter, identifierade risker samt behov av beslut från programkontoret.

Kommunikation

Kommunikationen inom programmet har huvudsakligen skett direkt med personal och ledning i kommuner och landsting genom dialog inom det operativa stödet och i samband med utbildningstillfällen. Landstingen och regionerna har också fått konkret stöd i sin interna kommunikation genom förslag på strategi för deras kommunikationsarbete.

Programmets omfattande samarbets- och samverkansarbete har varit en annan central kanal för extern kommunikation om programmet.

I tillägg till extern kommunikation genom samverkan och deltagande på möten, konferenser och andra forum har ett nyhetsbrev skickats ut varannan eller var tredje vecka till de personer som anmält att de vill ha nyhetsbrevet via Uppdrag Psykisk Hälsas hemsida.

B2. Stöd till landsting/regioner

Landstingen och regionernas arbete är grunden för att genomföra kunskapslyftet och programmet formerades därför för att skapa förutsättningar för effektiv och skalbar nationell och lokal utbildning och spridning av kunskaper. Genomförandet skedde i tre faser; behovsanalys, planering och utbildning och spridning och för att stödja genomförandet erbjöds både finansiellt och operativt stöd. Programmet genomfördes under hösten 2016 med fortsatt lokal spridning under första kvartalet 2017.

Finansiellt och operativt stöd

Landsting och regioner som antog erbjudandet om att delta i programmet fick del av statliga medel för att möjliggöra genomförande av behovsanalys samt frigöra tid för en lokal samordnarfunktion. Till stöd för samordnarna erbjöds operativt stöd från programkansliet på SKL.

Finansiellt stöd

Vid start erbjöd programmet landstingen/regionerna en enhetssumma på 300 000 kr för att underlätta arbete med behovsanalysen. Utifrån resultatet av behovsanalysen fattade landstinget/regionen beslut om landstinget/regionen önskade delta i utbildnings- och spridningsdelen av programmet. Vid beslut om att delta fanns möjlighet till ytterligare ekonomiskt stöd under förutsättning att landstinget/regionen åtog sig att genomföra lokal spridning samt att återrapporera satsningen till SKL. I underlaget för beslut om ytterligare ekonomiska medel ingick resultatet av behovsanalysen, en översiktlig plan för lokal spridning av kunskaper i landstinget/regionen (till vilka verksamheter och till hur många personer) samt ett åtagande om återrapporering. Samtliga landsting/regioner beslutade sig för att delta i programmet och ytterligare ekonomiska medel fördelades baserat på befolkningsunderlag. Sammanlagt uppgick det ekonomiska stödet till mellan 400 000 kr och 1,1 miljon kronor per landsting/region.

Operativt stöd

Vid uppstart av programmet efterfrågades att varje landsting/region skulle utse en samordnare för Hälsa i Sverige. Samordnarens roll är att koordinera och samordna programarbetet under de tre programfaserna.

Som stöd till samordnarnas arbete erbjöd SKL:s programkansli vägledningsdokument för varje programfas med tidsplan och detaljerade förslag på aktiviteter, inklusive exempelvis färdigskrivna mallar för beslutsdokument, mejlutskick och återrapporeringsdokument. Till detta erbjöds stöd av en person som agerade processledningsstöd genom löpande mejl- och telefonsupport. Samtliga landsting och regioner har tagit del av stödet som var frivilligt att ta del av och anpassades till lokala förutsättningar.

Genomförande i tre faser

1. Behovsanalys

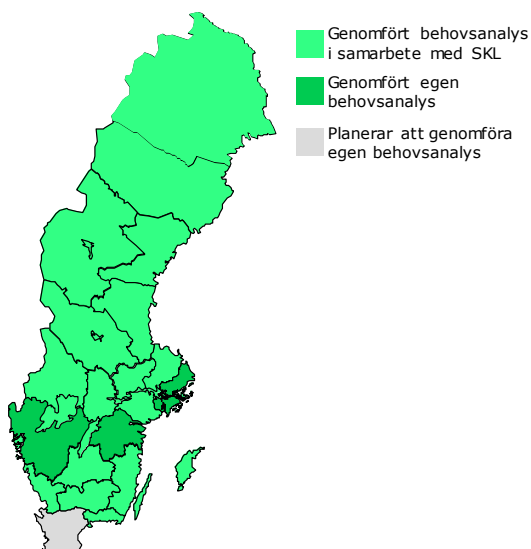
Behovsanalysen syftade till att identifiera behov av samordning och utveckling i arbetet gällande vård och omsorg till asylsökande och nyanlända. I 17 landsting och regioner genomfördes behovsanalysen inom ramen för programmet. I

övriga tre landsting och regioner hade behovsanalyser nyligen genomförts vilka användes som underlag för sammanställning av de lokala kompetensförstärkningsbehoven.

I de 17 landsting och regioner som valde att genomföra behovsanalysen inom ramen för programmet skickades ett webbformulär ut (se bilaga E) till utvalda verksamhetsföreträdare som fick ge sin bild av behovet. Förslag på webbformulär togs fram och administrerades av SKL. Vissa landsting/regioner gjorde mindre justeringar i webbformuläret för att anpassa det utefter lokala förutsättningar.

Landstingen/regionerna fick därefter stöd i att analysera resultatet och att se vilka av programmets utbildningar och verktyg som matchade identifierade behov. Stöd gavs även i form av ett förslag på beslutsunderlag för hur landstinget/regionen skulle ta del av och sprida kunskaperna, som landstinget/regionerna sedan kunde färdigställa utifrån lokala rutiner för beslut. Det sista steget i behovsanalysen var att samordnaren föredrog beslutsunderlaget i lämpligt beslutsforum i landstinget/regionen som fattade beslut om att gå vidare till utbildnings- och spridningsfasen.

Figur 16. Landsting/regioner som genomfört behovsanalys



2. Planering

Efterföljande beslut om fortsatt programdeltagande baserat på behovsanalysen detaljerade samordnarna förslag på en spridningsplan för hur kunskapen från de nationella utbildningarna skulle spridas inom landstinget/regionen, med stöd av SKL. Samordnaren utvecklade därefter spridningsplanen och identifierade spridningsledare/utbildare, i dialog med verksamhetsföreträdare och medarbetare. Spridningsledarnas uppdrag är att delta i de nationella utbildningarna och ansvara för att genomföra den lokala spridningen av utbildningarna.

Samordnaren arbetade därefter för att säkerställa att identifierade spridningsledare anmält sig till de nationella utbildningstillfällena (i Stockholm). För att stötta samordnarna i detta arbete skickade SKL veckovisa mejl med översikt över vilka personer från landstinget/regionen som var anmälda till vilka utbildningstillfällen. Detta arbetsätt har lyfts fram som effektivt, då det möjliggjorde för samordnaren att se vilka personer som anmält

sig, vilka som behövde påminnas om anmälan samt vilka som anmält sig på eget initiativ och därmed skulle inkluderas i spridningsarbetet.

För att säkerställa att spridningsledarna anmäldes i god tid till de nationella utbildningarna uppmanades samordnarna att identifiera och anmäla spridningsledarna parallellt med att landstingets/regionens beslut om deltagande i programmet inväntades.

Stor vikt lades vid lokal anpassning och varje landsting/region valde den modell för spridning som passade deras lokala förutsättningar. Vissa landsting/regioner valde att skicka ett större antal personer till de nationella utbildningarna som åtog sig mindre spridningsuppdrag, medan andra skickade ett mindre antal som åtog sig större spridningsuppdrag.

Som inriktning för att utforma spridningsmodellen gavs dock en övergripande rekommendation om att säkerställa att merparten av deltagarna vid de nationella utbildningarna hade uppdraget att utbilda utbildare lokalt. Dessa lokala utbildare uppskattades sedan kunna utbilda cirka 30-50 medarbetare under första kvartalet 2017, den huvudsakliga tidsperioden för lokal spridning utifrån programmets perspektiv. SKL rekommenderade även landstingen/regionerna att anmäla minst två spridningsledare per utbildning för att göra spridningen mindre personberoende.

Under planeringsfasen tog samordnarna, i samarbete med landstingets/regionens kommunikationsavdelning, fram en kommunikationsplan för hur programmet skulle kommuniceras i landstinget/regionen. SKL bistod med en mall för kommunikationsstrategi, men uppmanade även landstinget/regionen till att samarbeta med landstinget/regionens lokala kommunikationsavdelning för att gå igenom lämpliga tidpunkter, kanaler, budskap och intressenter för intern och extern kommunikation.

3. Utbildning och spridning

Under den nu pågående⁵⁸ utbildnings- och spridningsfasen är samordnarens roll att stödja och följa upp genomförandet av spridningsplanen. Spridningen utifrån spridningsplanen omfattar tre huvudsakliga aktiviteter:

- Nationell utbildning
- Lokal utbildning
- Uppföljning

Nationell utbildning

Först deltar spridningsledarna i de nationella utbildningarna som anordnas av SKL i Stockholm. På de nationella utbildningarna får deltagarna material och stöd för att kunna utbilda andra utbildare och personalgrupper lokalt. Merparten av de nationella utbildningarna genomfördes under hösten 2016 men ett antal utbildningar med hög efterfrågan erbjuds även våren 2017. Vid tidpunkten för sammanställningen av denna rapport återstår fem nationella utbildningstillfällen.

I samband med de nationella utbildningstillfällena fyller de som ska utbilda andra i en personlig spridningsplan. Dokumentet är framtaget av SKL som stöd i planeringen av den lokala spridningen med syftet att hjälpa spridningsledaren att:

- Tydliggöra sitt spridningsmål

⁵⁸ Per februari 2017

- Formulera sin plan för att nå målet
- Rapportera status till samordnaren i sitt landsting/region

Inför att spridningsledarna deltar i de nationella utbildningarna meddelar samordnarna sina spridningsledare om förslaget till personligt spridningsmål, med utgångspunkt i landstingets/regionens övergripande spridningsplan. De personliga spridningsplanerna är även ett verktyg för samordnarna för att följa status om spridningen i landstinget/regionen, och är samordnarnas underlag för att sammanställa status för spridningen till landstings-/regionledningen och SKL.

Lokal utbildning

Under de lokala utbildningarna använder utbildarna material och stöd från de nationella utbildningarna för att utbilda andra utbildare och personal lokalt. De lokala utbildningarna planeras utifrån mål i landstingets/regionens övergripande spridningsplan och/eller utifrån egendefinierade mål. Samordnarna finns som stöd till utbildarna men har en begränsad roll i detta moment.

Uppföljning

Under spridningsfasen följer samordnarna upp genomförda spridningsaktiviteter utifrån den övergripande spridningsplanen, och åiterrapporterar resultatet. Detta sker genom att spridningsledarnas personliga spridningsplaner med senaste status samlas in och sammanställs i en samlad spridningslogg.

Åiterrapporteringen görs dels till landstings-/regionsledningen och dels till SKL som rapporterar vidare till regeringen. Första tillfället som den samlade spridningsloggen sammanställts är i februari 2017 (inför framtagande av denna rapport). För att följa spridning kommer en andra uppföljning och sammanställning att ske i slutet av mars månad 2017.

Under Utbildnings- och spridningsfasen anordnades två nätverksträffar för samordnarna för att ge dem möjlighet att träffas och utbyta erfarenheter och framgångsfaktorer. En nätverksträff planeras även att hållas i slutet av mars för att säkra fortsatt spridningsarbete på lokal nivå.

Programmet planerar även att anordna en resultatkonferens med politiker, samordnare för programmet, medarbetare och chefer i landsting/regioner, expertorganisationer, m.fl. våren 2017. Resultatkonferensen syftar till att åiterrapportera resultatet av spridningen och lärdomar kring spridningsmetoden samt blicka framåt mot återstående utmaningar och förslag på hur vi kan skapa förutsättningar för integration och psykisk hälsa.

Framgångsfaktorer

I sitt arbete att genomföra programmet beskriver samordnarna ett antal framgångsfaktorer.

För att driva arbetet framåt:	<ul style="list-style-type: none">• Ha en tydlig beslutspunkt och ett beslut på ledningsnivå• Visa på problemet/behovet• Nära kontakt med ledningen• Övertyga om att om man tar sig tiden för att delta i programmet idag sparar man tid och höjer sin kvalitet senare
För att identifiera personer som ska delta i utbildningarna:	<ul style="list-style-type: none">• Envetenhet• Skicka <u>personliga</u> mail• Göra sig känd som samordnare• Visa på problemet/behovet
För att säkra spridningen:	<ul style="list-style-type: none">• Hitta nyckelpersoner som kan ta kunskapen vidare• Lägga ambitionen på rätt nivå för utbildarna - viktigt att inte ställa för höga krav, då kanske personerna inte vågar prova, och sprida budskapet att man kan sprida på många olika sätt.• Anordna en planeringsdag/spridningsseminarium efter utbildningarna i Stockholm• Vara med på första utbildningstillfället på hemmaplan för att kunna ge feedback• Skicka personer som ska utbilda på coachutbildning för att bygga förtroende att stå inför grupp• Ha en kommunikatör nära knuten till arbetet för att få hjälp med att:<ul style="list-style-type: none">• Se över hemsidan, bland annat genom att tillgängliggöra information från kursen "Vad hela organisationen bör veta! (HiS1)" på landstingets/regionens hemsida• Utforma inbjudningar till utbildningar och nyheter på landstingets/regionens hemsida• Generellt hålla kommunikationen kort och koncis• Tänka brett när man bjuder in till utbildningstillfällena - ställa sig frågorna:<ul style="list-style-type: none">• Vilka fler skulle ha nytta av att få ta del av utbildningsinnehållet?• Vilka fler yrkesgrupper skulle patienten som berörs av utbildningen kunna träffa?• Vilka behöver vi ha en samlad bild med?
För att säkra samarbete kring frågorna:	<ul style="list-style-type: none">• Hitta och arbeta nära samverkansgrupper – exempelvis Kommunförbunden• Samarbeta med politiken

Feedback från samordnarna

Samordnarna har givit feedback till SKL både löpande under programmets genomförande samt genom en webbenkät. Resultatet på webbenkäten visar att SKL:s stöd varit uppskattat.

I de 17 landsting och regioner som genomförde behovsanalysen inom ramen för programmet upplevde 76 procent av samordnarna stödet landstinget/regionen fick av SKL kopplat till genomförandet av behovsanalysen som bra eller mycket bra.

I dessa landsting/regioner upplevde även 94 procent av samordnarna att stödet kopplat till planeringen och genomförandet av spridningen som bra eller mycket bra. Samordnarna lyfte särskilt fram att det förarbete som gjorts i form av vägledningsdokument och mallar m.m. underlättade deras arbete.

Samordnarna uttryckte vidare som positivt att programmet har lagt fokus på genomförandet och drivit på det operativa arbetet. Samordnarna lyfter att det har varit uppskattat att programmet under genomförandet varit lyhörda, flexibla och tillmötesgående angående de olika landstingens/regionernas förutsättningar och behov. Samordnarna beskrev stödet som snabbt, tillgängligt, tydligt, strukturerat, pedagogiskt och behjälpligt. Den personliga kontakten uppskattades särskilt.

Något annat som uttrycktes som värdefullt var nätverksträffarna som möjliggjorde möten med andra samordnare för att utbyta erfarenheter.

Samordnarna uttryckte även positiv feedback kring informationen och stödmaterialet och poängterar särskilt betydelsen av att ha det tillgängligt som kunskapskälla även efter programmets slut, och därigenom ligga till grund både för löpande arbete och för att kunna vara bättre förberedda om antalet asylsökande till Sverige ökar kraftigt igen.

B3. Utveckling och genomförande av nationella utbildningar

En betydande del av programarbetet har syftat till att utveckla, planera, och genomföra utbildningar för utbildare, samt att stötta utbildarna i sitt arbete. Nedan beskrivs hur utbildningarna utvecklades och genomfördes.

I slutet av denna delbilaga återfinns en översikt med kort beskrivning av innehåll och tilltänkt målgrupp per utbildning.

Utveckling

Utbildningar togs fram för att möta behov på samtliga nivåer

Utbildningarna som togs fram inom programmet utvecklades för att på bästa möjliga vis svara mot de behov som identifierades genom landstingens och regionernas behovsanalyser.

Utbildningar utvecklades för att möta behov på samtliga tre nivåer; hälsofrämjande och förebyggande insatser, insatser vid lindriga tillstånd och insatser vid medelsvår till svår psykisk ohälsa.

Indelningen av utbildningarna i tre behovsnivåer speglar i viss mån hur hälso- och sjukvårdsinsatser är organiserade i Sverige. I princip ges hälsofrämjande insatser inom ramen för folkhälsoarbetet, insatser vid lindrig problematik av primärvården och insatser vid svår psykisk ohälsa av specialistpsykiatri eller motsvarande verksamheter. I praktiken finns ofta överlapp mellan olika vårdnivåers uppdrag. Insatser som ges av primärvård eller specialist kan till exempel ha främjande och förebyggande beståndsdelar, till exempel genom att ge orienterade upplysningar kring hur svensk hälso- och sjukvård fungerar.

För att spegla detta har en viktig förutsättning i utbildningssatsningen varit att möjliggöra för landstingen och regionerna att själva identifiera vilka de önskar ska delta vid respektive utbildning. Detta har gjorts genom att via hemsidan, utbildningskataloger med mer tillgängliga tydliga beskrivningar på exempel på yrkeskategorier som är lämpliga att delta vid respektive utbildning (se Figur 19).

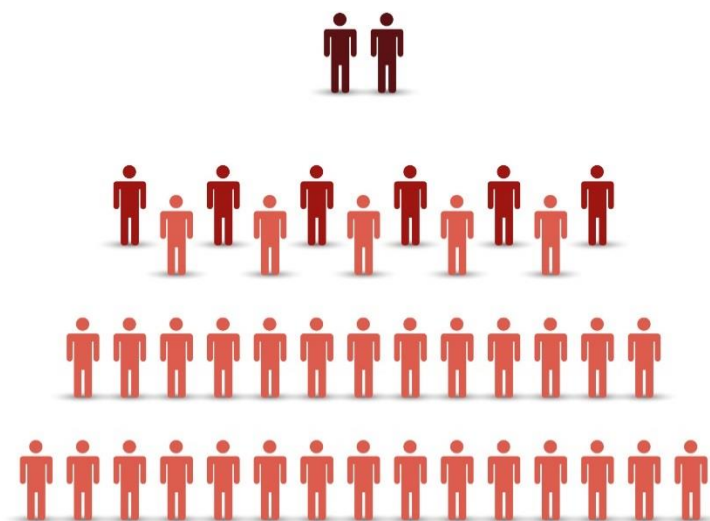
Utvecklingen utgick från metoden att ”utbilda utbildare”

För att på kort tid kunna utbilda stora personalgrupper utvecklades kunskap, material och arbetssätt som stödjer spridningsmetodiken ”utbilda utbildare” (engelska: ”train-the-trainer”). Metodiken innebär i programmet att vi nationellt utbildar utbildare/spridningsledare som genom utbildningarna får kunskap och verktyg för att sprida regionalt och lokalt.

Inledningsvis samarbetade programmet med ett utbildningsföretag som bidrog med relevant erfarenhet av att ta fram utbildningar och material som stödjer spridningsmetodiken ”utbilda utbildare”.

För att möjliggöra mesta möjliga spridning har vi genomgående tagit fram stödmaterial både för att utbilda andra utbildare, och stödmaterial för att utbilda direkt till personalgrupper.

Figur 17. Illustration över spridningsmetodiken ”utbilda utbildare”



Framgångsfaktorer för att möjliggöra mesta möjliga spridning:

- Utvecklat manualer med tips och förslag på hur man planerar och genomför en utbildningarna på egen hand för olika målgrupper, inklusive förslag på olika körscheman
- Genomgående publicerat talarstöden i Powerpoint på webben, så att deltagarna enkelt kan ladda hem dokumenten och anpassa dem efter lokala förutsättningar
- Tagit fram filmer som stöd för utbildning på hemmaplan
- Erbjudit alla spridningsledare stöd från SKL för att anpassa materialet till sina egna lokala förutsättningar
- Erbjudit livesända webinarier (även tillgängliga i efterhand via webben) för spridningsledare med repetition av det utbildarmaterial som finns att tillgå, eventuella nyheter om materialet, och tips på hur det kan användas för spridning (ca 20-30 min långa)
- Använt digitala kanaler och verktyg för att tillgängliggöra utbildningar och material (se mer detaljerad beskrivning nedan)

Utbildarmaterial som tydligt visar hur kunskaperna kan spridas vidare, och hur man anpassar materialet till lokala förutsättningar, har genomgående varit uppskattat av deltagarna.

Utöver de utbildningar som specifikt togs fram för att möta landstingens/regionernas breda spridningsbehov identifierades, i samarbete med samordnarna, kompletterande utbildningar med något lägre krav på materialet för spridning. Detta gällde temadagen om Hälsoskola, temadagen ”Nyanlända som resurs” (HiS4) samt temadagen ”Forum om psykisk hälsa för chefer och beslutsfattare: Rätt insatser, i rätt tid på rätt nivå” (HiS13). Inom programmet erbjöd vi också en tvådagars utbildning i ”Lifespan Integration – metod vid traumatiska minnen” (HiS8) som ger kunskaper och färdigheter i den terapeutiska behandlingstekniken Lifespan Integration för traumatiska minnen och PTSD.

Digitala kanaler bidrog till att göra utbildningarna spridningsbara

Digitala kanaler stöder programmets spridningsmodell genom att vara skalbara, ständigt uppdaterade och tillgängliga för alla som har tillgång till en dator.

De första versionerna av utbildningarna baserades huvudsakligen på befintligt digitalt material som producerats av SKL, myndigheter eller andra organisationer. Under programmets gång har vi producerat skräddarsytt material som ger bra förutsättningar för lokal spridning.

Digitala kanaler: Quickchannel

- Utbildningarna inom programmet har spelats in med professionell video-utrustning som förutom ljud och bild fångar talarstöd, filmer och allt som presenteras på skärmen i lokalen (talarstöd i Powerpoint eller motsvarande). Alla inspelade utbildningar finns tillgängliga och kan spelas upp via Uppdrag psykisk hälsas hemsida. Inspelningarna är indelade i separata kapitel, vilket gör att man enkelt kan välja att spela enskilda föredrag om man inte är intresserad av hela utbildningen från början till slut.

Digitala kanaler: Vimeo

- Ett stort antal filmer (drygt 40 stycken) har spelats in inom ramen för programmet, och publicerats på Uppdrag Psykisk Hälsas Vimeo-kanal <https://vimeo.com/psykiskhalsa>
- Alla filmer är fria att spela upp och att ladda ner. Under utbildningarna uppmuntrar vi alla spridningsledare att ladda hem filmerna och spela upp dem från datorns hårddisk för bästa möjliga kvalitet och för att undvika att vara beroende av att ha tillgång till webben under själva utbildningstillfället. Antalet verkliga filmvisningar är därmed större än antalet visningar på webben.

De fem mest visade filmerna inom projektet under perioden 1 juli till 31 december framgår av listan nedan:

Figur 18. Mest visade filmer i programmet Hälsa i Sverige

Film	Antal visningar
1. Ing-Marie Wieselgren om höstens arbete	588
2. Hälsa i Sverige: ett kunskapslyft inom asylsökande och nyanlända	371
3. Hälsostöd gruppträff 4: Kost och motion - språk svenska	168
4. Hälsostöd gruppträff 2: Migration och hälsa - språk svenska	161
5. Hälsostöd gruppträff 3: Trauma och stress - språk svenska	149

De två första filmerna är generella filmer om programmet, vilka även ingår som moment i vissa utbildningar. Film 3-5 är del i insatsen Hälsostöd som är en av de mest uppmärksammade utbildningarna inom programmet.

Utvecklingen av innehåll tillsammans med expertorganisationer och medarbetare i regioner och landsting

Utbildningarna har utvecklats med utgångspunkt i framgångsrika arbetssätt som identifierats i landsting, regioner och andra huvudmän samt med stöd av experter från bland annat Transkulturellt Centrum och Röda Korset, forskare från Karolinska Institutet, Uppsala universitet, Linköpings universitet, Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. Merparten av utbildningsinnehållet togs fram inom ramen för förstudien men viss nyutveckling gjordes för att svara mot en del av landstingens/regionernas behov. Framför allt har utvecklingsarbetet inriktats på att göra utbildningsinnehållet så spridningsbart som möjligt.

Genomförande

Utbildningar hölls på nationell nivå där deltagarna träffades fysiskt, vilket skapade engagemang och dialog

Under de inledande utbildningstillfällena fick vi feedback att vi hade avsatt för lite tid för diskussioner, erfarenhetsutbyten och möjligheter att knyta nya kontakter. Detta justerades löpande under utbildningsprogrammet. I flera fall förbereddes bordsplacering, i några fall med olika placering under för- och eftermiddag, för att säkerställa bästa möjliga förutsättningar för nätverkande. Detta var uppskattat bland deltagarna.

Stort antal anmälningar genom låga barriärer för att anmäla sig i kombination med tydlig kommunikation

Det har varit enkelt att anmäla sig till utbildningarna, som genomgående har varit kostnadsfria för deltagarna. All information om utbildningarna har löpande publicerats på webben, vilket förenklat spridningen genom samordnarna och i andra kanaler. Deltagare har kunnat anmäla sig direkt via webben, endast i undantagsfall har vi haft förkunskapskrav där en dialog med samordnarna i respektive landsting/region varit nödvändig.

Spridningseffekter har under programmets gång uppstått genom att tidigare deltagare, såväl på eget initiativ som på vår uppmaning, har informerat kollegor och sina nätverk om utbildningarna och rekommenderat dem.

I flera fall har vi också proaktivt marknadsfört utbildningarna mot olika identifierade målgrupper, i första hand mot den kommunala sektorn och mot myndigheter och organisationer, för att komplettera det kommunikationsarbete som landstingens/regionernas samordnare har bedrivit.

Utbildningarna gavs i flera kursomgångar

Genom förstudien hade flera betydande utbildningsbehov identifierats. Med dessa behov som utgångspunkt erbjöds ett antal olika utbildningar redan innan deltagande landsting/regioner haft möjlighet att göra behovsanalysen (omgång 1). Dessa utbildningstillfällen var trots kort framförhållning välbesökta och uppskattade, och framför allt gav de möjlighet att testa olika upplägg på utbildningarna tidigt i processen vilket i sin tur gav värdefulla erfarenheter och möjlighet att anpassa och utveckla utbildningarna till de olika målgruppernas behov under programmets gång. De mest efterfrågade utbildningarna gavs också vid fler tillfällen från oktober och fram till mitten av november månad (omgång 2).

Inför utbildningsomgång 3 (18 november till 16 december) togs en utbildningskatalog fram, med webben som den huvudsakliga kanalen för kontinuerligt uppdaterad information om de olika utbildningarna. Under omgång 3 erbjöds alla de breda utbildningarna för spridningsledare, de mest efterfrågade vid fler än ett tillfälle.

Deltagarna motiverades till att sprida vidare

En majoritet av deltagarna uppger att de har ett uppdrag som spridningsledare inom sin organisation, men det fanns också en stor andel av deltagarna som inte hade ett uttalat spridningsuppdrag. Genomgående har budskapet till deltagarna – före, under och efter utbildningstillfället – varit att uppmuntra till spridning med devisen ”ingen kan göra allt, men alla kan vi göra något” som utgångspunkt.

Spridning har varit en röd tråd under alla utbildningar, och många övningar har handlat om hur man själv arrangerar och sprider kunskapen vidare. Den personliga spridningsplanen har erbjudits som stöd för planering, samordning och uppföljning.

En blandning mellan SKLs egna och externa talare användes

Utvärderingarna visar att externa föreläsare har varit uppskattade inslag, såväl experter som starka personliga berättelser av personer som själva har erfarenhet av migration och psykisk ohälsa. Programmet tog in flera externa talare för att komplettera SKLs egna experter, och blandningen av egna och externa talare ses som en framgångsfaktor.

Feedback på utbildningstillfällena samlades in

I samband med varje enskilt utbildningstillfälle har deltagarna fått möjlighet att lämna feedback på utbildningsdagen via ett formulär, anonymt om man så önskar. Deltagarna har betygsatt varje enskilt moment och sin samlade upplevelse av dagen, samt gett kommentarer och förslag på hur utbildningen kan utvecklas till nästa tillfälle. Tack vare en god svarsfrekvens har det funnits en god bild av utfall och utvecklingsbehov. Feedback och önskemål samlades även in i direkt dialog med deltagarna, under och efter utbildningstillfället.

Översikt utbildningar

I Figur 19 beskrivs kort programmets erbjudna utbildningar, inklusive syfte/innehåll och förslag på personalgrupp som är lämplig att gå utbildningen för att utbilda vidare till andra utbildare och/eller personalgrupper.

Figur 19. Översikt över utbildningar i programmet Hälsa i Sverige

Erbjuden utbildning från Hälsa i Sverige för att möta behov	Kort beskrivning av innehåll	Personalgrupp
HiS1. Informationsmaterial för asylsökande och nyanlända	Kursen ger en samlad bild av vilka källor och tjänster som ger kunskap om samhällsservice och rättigheter under asyl- och etableringsprocessen samt verktyg för att förmedla informationen anpassat efter olika målgruppers behov.	<p>Personer i sitt arbete möter asylsökande och nyanlända och själva behöver grundläggande kunskaper om samhällsservice och rättigheter under asyl- och etableringsprocessen samt vägleder och svarar på samhällsorienterande och hälso- och sjukvårdsrelaterade frågor från asylsökande och nyanlända</p> <p>Personer som arbetar med information och kommunikation</p>
HiS2. Hälsoinformation och hälsostöd för asylsökande och nyanlända	Kursen ger kunskap och verktyg för att ge hälsoinformation om svensk hälso- och sjukvård och egenvård samt metodik för att ge hälsostöd vid lindrig psykisk ohälsa, i grupp eller enskilt.	<p>Utbildad vårdpersonal som i sitt arbete ger asylsökande och nyanlända information och svenskt sjukvårdssystem och grundläggande egenvård*</p> <p>Personer som arbetar med information och kommunikation</p> <p>*T ex hälsokommunikatörer, sjuksköterskor</p>
HiS3. Hitta rätt – stöd till ensamkommande ungdomar	Kursen ger kunskap om och verktyg för att stödja ensamkommande ungdomar	<p>Chefer, verksamhetsledare, utbildare och personal som möter ensamkommande ungdomar.*</p> <p>*T ex chefer och personal på boenden, chefer och personal på ungdomsmottagningar och andra första linjeverksamheter, socialtjänst</p>
HiS4. Nyanlända som resurs	Dagen handlar om hur nyanländas kunskap och erfarenheter kan tillvaratas, för att stödja andra som kommer nya till Sverige och som en del av hela samhällets stöd.	<p>Chefer och beslutsfattare Aktörer/funktioner med kontaktytor gentemot nyanlända*</p> <p>*T ex samordnare för nyanlända-frågor inom landsting och kommuner, kommunikations- och informationsansvariga inom landsting och kommuner, religiösa samfund, landsföreningar, frivilligsektor</p>
HiS5. Förstärkta arbetssätt för hälsoundersökningar	Kurser ger kunskaper och verktyg för att öka genomförandegraden och kvalitén på de hälsoundersökningar som erbjuds asylsökande.	<p>Personal inom primärvården/asyl-sjukvården som arbetar med och genomför hälsoundersökningar</p> <p>Samordnare för nyanlända-frågor inom landsting och kommuner</p>

Erbjuden utbildning från Hälsa i Sverige för att möta behov	Kort beskrivning av innehåll	Personalgrupp
		Kommunikations- och informationsansvariga inom landsting och kommuner
HiS6. Migration och psykisk hälsa – GRUNDKURS	Kursen ger grundläggande kunskaper om hur migration påverkar psykisk hälsa, hur psykisk ohälsa kan ta sig uttryck i olika kulturer och enkla verktyg hur du kan bemöta personer som upplever migrationsstress.	Personer <u>utan</u> sjukvårdsutbildning som i sitt arbete möter asylsökande och nyanlända* * T ex boendepersonal (asylboenden, äldreboenden), förskola, skola, socialtjänst, hemtjänst, fritid, civilsamhälle, religiösa samfund, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Migrationsverket
HiS7. Insatser vid trauma hos asylsökande och nyanlända	Kursen ger kunskap och verktyg för att ge stöd och vård vid trauma.	Team* och chefer inom primärvård och specialistpsykiatri * T ex läkare, sjuksköterskor, skötare, psykologer, kuratorer, dietister, fysioterapeuter, arbetsterapeuter
HiS8. Lifespan Integration – metod vid PTSD och traumatiska minnen	Kursen ger kunskaper och färdigheter i en ny behandlingsmetod vid posttraumatiskt stressymptom (PTSD)	Terapiutbildade (steg 1), psykologer inom primärvård och specialistpsykiatri. Obs! Krav på deltagare är att de ska vara minst tvåspråkiga: svenska +vanligt förekommande språk hos asylsökande/nyanlända.
HiS9. Migration och psykisk hälsa – FÖR PRIMÄRVÅRDEN	Kursen ger kunskap om hur migration påverkar psykisk hälsa, om hur psykisk ohälsa kan ta sig uttryck i olika kulturer och hur primärvården* kan möta asylsökandes och nyanländas behov av psykosociala insatser.	Team* och chefer inom primärvården Kan också vara aktuell för: barnhälsovård, mödrahälsovård, somatik * T ex läkare, sjuksköterskor, psykologer, kuratorer, dietister, fysioterapeuter, distriktssköterskor, hemsjukvårdspersonal
HiS10. Migration och psykisk hälsa – FÖR ELEVHÄLSAN	Kursen ger kunskap om hur migration påverkar psykisk hälsa, om hur psykisk ohälsa kan ta sig uttryck i olika kulturer och hur elevhälsan* kan möta nyanlända elever.	Team* inom elevhälsan, rektorer och elevhälsochefer Kan också vara aktuell för: ungdomsmottagningar *Skolläkare, skolsköterskor, skolpsykologer, skolkuratorer, professioner med specialpedagogisk kompetens
HiS11. Migration och psykisk hälsa – FÖR SPECIALIST-PSYKIATRIN	Kursen ger kunskap om hur migration påverkar psykisk hälsa, om hur psykisk ohälsa kan ta sig uttryck i olika kulturer och hur specialistpsykiatri* kan möta asylsökandes och nyanländas behov av psykiatriska insatser.	Team* och chefer inom specialistpsykiatri Kan också vara aktuell för: habilitering * T ex läkare, sjuksköterskor, skötare, psykologer, kuratorer, dietister, fysioterapeuter, arbetsterapeuter

Erbjuden utbildning från Hälsa i Sverige för att möta behov	Kort beskrivning av innehåll	Personalgrupp
HiS12. Leda grupper i förändring och implementering	Kursen ger kunskap och verktyg för att leda grupper i utvecklingsarbete. Kunskapen kan till exempel tillämpas i gruppverksamheter riktad till asylsökande och nyanlända, eller vid implementering av nya arbetssätt för personalen inom en organisation.	Personer som i sitt arbete leder olika typer av grupper, t ex grupper av asylsökande och nyanlända eller personal för att genomföra verksamhetsutveckling* *T ex samordnare för frågor om asylsökande och nyanlända, personer som ska leda hälsostödsgrupper eller hälsoskola, utbildare/spridningsledare med lokalt ansvar för spridning av Hälsa i Sverige i landsting/regioner och kommuner.
HiS13. Dag för chefer och beslutsfattare	Dagen ger tillfälle till en gemensam diskussion kring vården och stödet till asylsökande och nyanlända på kort och längre sikt utifrån de behovsanalyser som genomförts.	Politiker, högre tjänstemän och chefer i landsting, kommuner och länsstyrelser, personer med ansvar för uppföljning (t ex controller, verksamhetsutvecklare) samt övriga aktuella aktörer* *T.ex. Migrationsverket, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen
HiS14. Hälsoskola	Under denna dag presenteras erfarenheter och resultat av konceptet Hälsoskola för nyanlända i Sverige. Ansvariga för att utveckla och genomföra Hälsoskola ger råd och vägledning kring hur man etablerar och genomför insatsen.	Personal som har i uppdrag att utreda och/eller implementera Hälsoskola: chefer, verksamhetsledare, läkare, sjuksköterskor, psykologer, kuratorer, dietister, fysioterapeuter, distriktsköterskor, med flera personalgrupper inom primärvården.
Suicidprevention (kommande utbildning mars 2017)	Konkreta erfarenheter och handfasta råd om suicidprevention med inriktning både specifikt för ensamkommande barn och ungdomar och generellt för målgruppen asylsökande och nyanlända	Vård och omsorg (asyl- och integrationshälsa, primärvård, första linjens psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, specialistpsykiatri); Boenden; Elevhälsan; Socialtjänsten; Myndigheter och civilsamhälle

B.4 Utveckling och anslutning till Asylsjukvårdsplattformen

Bakgrund

Asylsjukvårdsplattformen utvecklades utifrån ett identifierat behov av ett verktyg för att stödja landsting och regioner att planera för att möta vårdbehovet hos asylsökande.

Behovet identifierades under den förstudie som genomfördes under hösten 2015-vintern 2016 av Uppdrag psykisk hälsa inom SKL tillsammans med Landstinget i Värmland⁵⁹.

I förstudien framkom ett behov av ett styrning- och planeringsverktyg då produktion och behov av asylsjukvård kan variera kraftigt över tid. För att kunna anpassa produktionen av asylsjukvård i perioder med både större och färre antal asylsökande utvecklades Asylsjukvårdsplattformen.

Genomförande

Under 2016 erbjöds landsting och regioner att kostnadsfritt ansluta till Asylsjukvårdsplattformen. Nio landsting och regioner har hittills anslutit till plattformen och ytterligare två landsting och regioner kommer att ansluta under 2017⁶⁰.

För att stötta landsting och regioner under anslutningsprocessen utformades ett flertal vägledningsdokument som beskrev anslutningen. En produktbeskrivning och informationsfilm om Asylsjukvårdsplattformen togs fram för att sprida information om plattformens syfte och innehåll⁶¹.

Samtliga landsting och regioner har fått stöd för att underlätta anslutning till Asylsjukvårdsplattformen. Stödet har innefattat projektledning i form av vägledningsdokument samt mejl-, telefon- och skype-avstämningar samt tekniskt stöd gällande kommunikation och validering av datainskick och tekniska frågor.

För att dra nytta av anslutningen på bästa sätt har alla anslutna landsting också erbjudits lokala utbildningstillfällen. Under dessa tillfällen går utbildare från SKL tillsammans med respektive landsting/region igenom hur Asylsjukvårdsplattformen kan användas i det operativa arbetet för att bidra till stärkt planering och uppföljning av asylsjukvården. Utifrån utbildningen tas en plan fram för hur informationen i Asylsjukvårdsplattformen ska användas och spridas i organisationen. Fyra landsting har hittills⁶² genomgått utbildningen med cirka 10-12 deltagare vardera. Tre landsting/regioner är inbokade och två håller på att planera in utbildningstillfällen.

Asylsjukvårdsplattformens nytta och funktion

Genom Asylsjukvårdsplattformen kan anslutna landsting och regioner få stöd med att planera och följa upp asylsjukvården. Analyserna i plattformen innehåller data på landsting, kommun och mottagningsnivå och det är därför

⁵⁹ SKL, 2016d

⁶⁰ Per 20/2 2017 är följande anslutna: Blekinge, Gävleborg, Kalmar, Kronoberg, Stockholm, Sörmland, Värmland, Västmanland och Östergötland.

⁶¹ Finns tillgänglig på Uppdrag psykisk hälsa, <http://www.uppdragpsyiskhalsa.se/asylsokande-och-nyanlanda/stod-till-landsting-och-regioner/>

⁶² Per 25 februari 2017

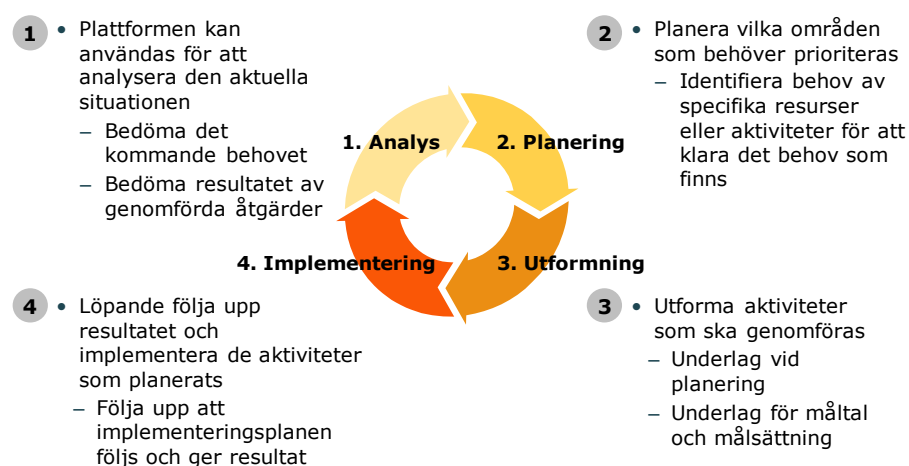
möjligt att se den aktuella produktionen av utförda insatser för asylsökande och det uppskattade kommande behovet. Landsting och regioner kan med hjälp av plattformen se vilka kommuner och vårdenheter som har ett ökande eller minskat behov av asylsjukvård.

Asylsjukvårdsplattformen:

- Möjliggör förstärkt produktionsplanering och uppföljning av asylsjukvården
- Är ett enkelt sätt att inom landstinget sprida, och för intressenter på olika nivåer, tillgodogöra sig kunskap om asylvårdssituationen
- Möjliggör erfarenhetsutbyte mellan landsting och regioner rörande asylsjukvårdssituationen och hur vården möter upp mot behoven

Informationen kan användas för att prioritera vilka områden som behöver resurser för att möta de behov som finns. Plattformen uppdateras månadsvis och det går därför att löpande följa upp resultatet av de aktiviteter som utformas och implementeras för att förbättra asylsjukvården.

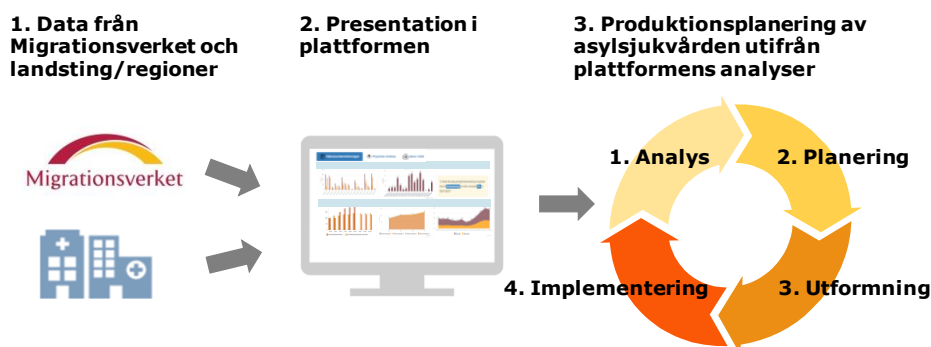
Figur 20. Illustrativ översikt över hur plattformen kan användas för produktionsplanering och uppföljning



Innehåll och uppbyggnad

Plattformen är en teknisk plattform som samlar in data från Migrationsverket avseende asylflöden och från landstingen rörande olika vårdinsatser. Utifrån dataunderlagen kan beräkningar av vårdbehov och produktion genomföras och presenteras i tydliga visuella grafer i den webbaserade plattformen.

Figur 21. Teknisk beskrivning av Asylsjukvårdsplattformen



Plattformen består idag av tre huvudsakliga vyer. Den första vyn ger en överblick över behov och produktion av hälsoundersökningar, den vyn andra insatser för psykisk hälsa⁶³ och den tredje vyn utvalda insatser inom övrig vård. Varje vy består av en översikt och en fördjupning av analyser, vilka beskrivs i Figur 22 nedan.

Figur 22. Vyer i Asylsjukvårdsplattformen



Varje vy erbjuder en översikt och en fördjupning:

Översikt	<ul style="list-style-type: none"> Översikten ger en överblick över hur den aktuella produktionen förhåller sig till aktuellt och kommande behov
Fördjupning	<ul style="list-style-type: none"> Fördjupningen ger detaljerad information om aktuell produktion/behov exempelvis per kommun, per mottagning

För att analyserna i plattformen ska överensstämja med landstingen och regionernas lokala kännedom om uppskattat behov av insatser, kan analyserna kompletteras med ett antal variabler t.ex. uppskattad andel asylsökande med behov av hälsoundersökningar och insatser för psykisk hälsa. Analyserna i plattformen anpassas på så vis till enskilda landsting och regionens situation.

Lärdomar om asylsjukvårdsdata i landsting och regioner

Under anslutningsprocessen framkom vissa begränsningar i asylsjukvårdsdata för anslutna landsting och regioner. Några av de begränsningar som framkom berörde felregistreringar, begränsad tillgänglighet till data från privata vårdenheter, avsaknad av enhetliga rutiner för registreringar av asylsjukvård i länet/regionen eller registreringsrutiner som försvårade sammanställningar av data. Detta resulterade i att behovet av löpande avstämningar med landsting och regioner var extra stort för att kvalitetssäkra och validera inskickad data.

⁶³ Insatser för psykisk hälsa består av besök hos psykolog, psykoterapeut, psykiatriker, kurator och/eller asylsökande har fått en psykiatrisk diagnos och/eller besök på psykiatrisk klinik/mottagning

Arbetet under anslutningsprocessen upplevdes bidra till en förhöjd medvetenhet kring datakvalitet och datatäckning av asylsjukvårdsdata hos 8 av 12 personer som var involverade under anslutningsprocessen⁶⁴.

För att hantera skillnader i registreringar av asylsjukvård mellan olika landsting och regioner justerades Asylsjukvårdsplattformens definitioner under anslutningsprocessen. Ett exempel som belyser detta är att vissa landsting och regioner använder flera olika diagnos- och åtgärds-koder för att registrera hälsoundersökningar. För att hantera variationen i diagnos- och åtgärdssättning anpassades begreppsbestämningen för hälsoundersökningar för att matcha rutinen i respektive landsting och region.

Tidpunkt för när en hälsoundersökning registreras kan även variera mellan vårdaktörer där vissa enheter rapporterar insatsen efter besök 1, efter besök 2 alternativt när ersättning söks. Likaså är det olika när landsting och regioner har fullgod data och därför har de själva fått avgöra när de månadsvisa överföringarna av asylsjukvårdsdata ska överföras till plattformen.

I samband med avstämningarna framkom även att landsting och regioner har begränsad tillgänglighet i att få fram uppgifter på antal asylsökande som väntar på hälsoundersökningar. Ett flertal landsting och regioner rapporterar om svårigheter med att retroaktivt ta fram uppgifter då deras nuvarande system endast tillåter ögonblicksbilder. I dessa system saknas ofta tillräcklig filtreringsfunktion då de nuvarande listorna innehåller nyfödda barn vilka inte ska erbjudas hälsoundersökning samt asylsökande som flertalet gånger har tackat nej eller uteblivit från hälsoundersökning. I vissa fall rapporteras att listorna innehåller asylsökande som fortfarande väntar på hälsoundersökning trots att de flyttat till länet för mer än 10 år sedan.

Baserat på ovan beskrivna skillnader kring rutiner vid registrering av asylsjukvård krävs att dessa variationer noga kartläggs inför att en plattform som Asylsjukvårdsplattformen utvecklas. Löpande avstämningar med varje landsting och region har därför varit en förutsättning för att kunna anpassa plattformen och kvalitetssäkra data.

⁶⁴ Webenkät till involverade personer under anslutningsprocessen under februari 2017.

Bilaga C. Antal anmälda deltagare per landsting/region och nationell utbildningsmodul till och med 3 februari 2017

	HiS1. Vad hela organisationen bör veta!	HiS2. Hälsoinformation och hälsostöd för asylsökande och nyanlända	HiS3. Hitta rätt – stöd till ensamkommande ungdomar	HiS4. Nyanlända som resurs	HiS5. Förstärkta arbetssätt för hälsoundersökningar	HiS6. Migration och psykisk hälsa - GRUNDKURS	HiS7. Insatser vid trauma hos asylsökande och nyanlända	HiS8. Lifespan Integration – metod vid PTSD och traumatiska minnen	HiS9. Migration och psykisk hälsa - FÖR PRIMÄRVÅRDEN	HiS10. Migration och psykisk hälsa - FÖR ELEVVÅRDEN	HiS11. Migration och psykisk hälsa - FÖR SPECIALIST-PSYKIATRIN	HiS12. Att leda gruppperksamhet och förändringsarbete vid nya arbetssätt	HiS13. Forum om psykisk hälsa för chefer och beslutsfattare: t tid, på rätt nivå	HiS14. Hälsoenkola	TOTALT
Blekinge	3	0	0	0	0	3	8	3	3	0	4	0	10	0	34
Dalarna	2	3	26	0	3	1	0	0	0	4	3	8	3	5	58
Gotland	1	1	1	1	0	3	6	4	2	3	1	0	1	2	26
Gävleborg	2	8	9	5	2	2	2	0	3	1	2	1	2	1	40
Halland	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Jämtland/ Härjedalen	1	4	0	1	1	5	1	0	5	3	6	3	1	0	31
Jönköping	6	12	10	0	0	3	0	0	14	0	8	0	0	8	61
Kalmar	1	3	27	5	4	4	0	1	6	3	2	2	1	0	59
Kronoberg	2	0	3	2	0	0	2	1	5	3	6	1	0	2	27
Norrbottnen	2	2	2	0	3	0	4	2	2	5	3	2	1	0	28
Skåne	3	1	23	0	1	0	1	0	1	11	2	0	3	0	46
Stockholm	9	41	42	3	11	79	0	0	9	57	3	5	5	3	267
Sörmland	4	8	25	4	4	7	3	3	5	10	2	3	7	3	88
Uppsala	0	6	4	2	2	13	0	0	4	4	1	2	2	1	41
Värmland	1	3	3	1	11	0	5	4	0	4	4	2	2	1	41
Västerbotten	1	0	0	0	0	1	0	0	1	9	3	0	1	1	17
Västernorrland	6	2	5	2	5	0	2	2	6	2	0	7	2	3	44
Västmanland	3	3	41	0	3	22	0	0	3	16	5	1	5	1	103
Västra Götaland	4	13	12	1	4	2	4	0	5	1	2	3	0	2	53
Örebro	1	7	32	0	1	0	0	0	6	10	0	0	2	0	59
Östergötland	0	0	2	2	0	4	1	0	11	2	0	0	0	0	22
Övriga	2	1	29	6	1	87	0	0	2	4	1	2	3	2	140
TOTALT															1286

Bilaga D. Teoretisk bakgrund och evidens

I denna bilaga redovisas underlag för stöd och behandling till asylsökande och nyanlända utifrån evidens, beprövad erfarenhet och policydokument.

Om tolkanvändning

- Om det är svårt att ordna med en tolk fysiskt på plats kan telefontolkning ofta vara ett utmärkt alternativ
- Det är önskvärt att arbeta kontinuerligt med samma tolk om det fungerar bra mellan tolk och patient
- Innan mötet är det värdefullt att förbereda tolken på mötets fokus och klargöra eventuella samspelsutmaningar mellan tolk och patient (t.ex. kön, ålder, kulturell tillhörighet). Förtydliga för tolken att denne ber behandlaren om att formulera om sina yttranden om det är svårt för patienten att förstå eller att uttrycka sig.
- Under mötet är det värdefullt att förtydliga roller och frågor som sekretess för tolken
- Upprätthåll fokus på patienten och inte på tolken
- Efter mötet är det värdefullt att föra dialog med tolken, att ge tolken möjlighet till debriefing och planera gemensamt för kommande möten

Om att skapa förutsättningar för ett bra patientmöte

- Använd bedömningsverktyg för att normalisera problem förknippade med tabu/stigma
- Hantera patientens förväntningar på att behandlaren ska vara en expert i maktställning
- Förklara på ett pedagogiskt sätt att symtom på psykisk ohälsa är vanligt hos asylsökande och nyanlända och de kan ta sig lite olika uttryck såsom kroppsliga symtom samt att det finns bra hjälp att få.
- Som behandlare, ge en kort information om behandlare-patient-samarbetet
- Inled med öppna frågor till patienten. Var nyfiken och uppmärksam på tecken på trauma, men avvakta till rätt tillfälle med att lyfta frågorna och pressa *inte* med frågor. Det finns risk att det kan väcka starka reaktioner utifrån den känslomässiga laddning som dessa erfarenheter har. Exempel på formulering för att normalisera trauma utan att pressa: ”Många flyktingar är kanske inte medvetna om att stressfyllda livssituationer och händelser som de upplevt kan ha långvarig påverkan på deras hälsa. De allra flesta flyktingar upplever kortvariga psykologiska och sociala utmaningar som ett resultat av själva etableringsprocessen. Det är normalt och helt förväntat. Om du upplever att dessa symtom är omfattande och påverkar ditt liv negativt och/eller om du har tankar på att skada dig själv eller andra så är du alltid välkommen att be om hjälp” (fritt översatt från US HSS Guidelines)

Om arbetssätt vid ohälsa relaterad till migrationsstress och posttraumatiskt stressyndrom (PTSS)

Forskningen kring effekter av psykoterapeutiska behandlingsmetoder för asylsökande och nyanlända är begränsad. Olika typer av psykiatriska sjukdomstillstånd kan vara vanligare hos asylsökande och nyanlända beroende på de svåra omständigheter som många har erfarit under perioden innan, under och efter migration.

- Använd befintlig metodik för bedömning, behandling och uppföljning som för andra personer med samma tillstånd som inte är asylsökande eller flyktingar. Anpassa stöd och behandling utifrån ett personcentrerat arbetssätt med särskild hänsyn tagen till de särskilda biopsykosociala förutsättningar som finns hos varje patient
- Var uppmärksam på tecken och symtom på post-traumatisk stress och PTSS (såsom oförklarliga somatiska symtom, sömnstörningar eller psykiatriska sjukdomsbilder såsom depression eller paniksyndrom)
- Genomför *inte* rutinscreening för traumaexponering eftersom att trycka på för att berätta om traumatiska händelser hos de som fungerar väl kan skapa problem p.g.a. erfarenheternas starka känslomässiga laddning
- Vid lättare problem: erbjud psykopedagogiskt stöd om trauma och dess effekter
- Insatser som bedriver ett aktivt arbete med de kroppsliga symtomen och förnimmelser som patienten upplevde i samband med den traumatiska händelsen förordas
- Den direkta traumabearbetningen tonas ofta ner till förmån för känslomässiga reaktioner, som ofta ställs mer i fokus än de kognitiva
- Vid posttraumatiskt stressyndrom (PTSS) indikerar forskning stöd för KBT och narrativ terapi samt gruppbehandling
- Den samlade bedömningen av den begränsade forskning som finns för psykologiska behandlingsmetoder visar att det finns stöd för att följande insatser, särskilt KBT, fungerar åtminstone upp till en månad efter behandling:

*Individuell
traumafokuserad
KBT (TF-KBT)*

Det verkar som om den mest framgångsrika KBT-behandlingen inbegriper en effektiv kulturanpassning, CA- CBT (Culturally Adapted CBT). En variant av KBT som innehåller ett antal tekniker som hjälper en person att komma förbi sitt trauma genom att aktivt fokusera tankar och beteenden som hänger ihop med traumaerfarenheterna

*Prolonged
Exposure (PE)*

En variant av traumafokuserad KBT som utgår från att ångestsjukdomar, såsom PTSS, beror på patologiska psykologiska rädslostrukturer där olika delar associeras på ett sätt som inte motsvarar verkligheten. Man genomför två olika typer av exponeringar, in vivo (i verkligheten) och i fantasin. Genom guidat stöd från psykoterapeuten kan patienten gradvis ändra sin uppfattning om världen omkring sig.

*Narrative-
Exposure
Therapy (NET)*

En psykologisk behandlingsmetod kan användas framgångsrikt vid komplexa traumapresentationer. NET utgår från att trauma hantering alltid sker nära relaterad till den traumatiska händelsen och i relation till en persons totala livshistoria. Metodiken startar med att man lägger upp en livslinje med tydliga symboler; blommor för positiva händelser och stenar för traumatiska erfarenheter, ljus för sorg och pinnar för aggressiva händelser i en kronologisk livslinje. I terrapin processas livslinjen i kronologisk ordning där både positiva och negativa erfarenheter lyfts fram och bearbetas. Berättelsen avslutas med ett skrivet vinnesmål. NET (Narrative Exposure Therapy) har visat effekt i studier med asylsökande och nyanlända

	flyktingar i Europa, samt flyktingar som vistas på flyktingläger i Afrika.
<i>Eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR)</i>	En psykologisk behandlingsform som hjälper en person att omprocessa minnena av en traumatisk händelse. Terapin inkluderar att återkalla påfrestande trauma-relaterade minnesbilder, uppfattningar och kroppsliga erfarenheter medan terapeuten guidar ögonrörelser från sida till sida. Det har visat sig ge mer positiva minnesbilder av de traumatiska erfarenheterna.
<i>Brief Trauma Treatment (BTT)</i>	BTT utvecklades i ett format som kan ges 20-30 minuter per session, vilket är överensstämmande med primärvårdens struktur. Metoden bygger på tre huvudområden: <ol style="list-style-type: none"> 1) Psykoedukation om trauma och effekter av trauma 2) Beteendeaktivering för både aktiviteter som upplevs positiva och sådana aktiviteter som undviks för att de väcker olust och besvärliga minnen 3) Motiverande stöd för att engagera sig i aktiviteter som upplevs positiva (t.ex. att kunna delta i verksamhet som känns positiv och att kunna fungera väl i olika roller i hemmet och i samhället etc.) <p>Alla tre komponenterna valdes av pragmatiska anledningar (e.g., lätta att lära ut, sprida och implementera), och för att de har starkt stöd i forskningen (Nathan & Gorman, 2007).</p>

Om arbetssätt i primärvården vid depression

- Vid lätta depressiva symptom erbjuda utbildning i egenvård och uppföljning för att bedöma utveckling
- Vid medelsvåra till svåra symptom använda en "stepped-care" modell där man startar med psykoedukation och antidepressiv medicinering, tät uppföljning och rådgivning anpassad till den kulturella kontexten
- Om det finns tillgång till adekvat behandling mot depression (se bl.a. Socialstyrelsens riktlinjer) kan initial bedömning rekommenderas med både systematisk klinisk intervju och bedömning/självskattningsinstrument såsom PHQ-9 eller motsvarande instrument (översatt och validerat för målgruppen)
- Personer med depression kan ofta själva rapportera somatiska symptom såsom trötthet, smärta etc. Vid misstanke om depressionsdiagnos se till att patienten får en säkerställd kontakt för att påbörja behandling.
- En systematisk bedömning av förluster, stressorer och symptom är av vikt för att skapa en god klinisk helhetsbild

Om farmakologiska behandlingsinsatser för vuxna

Socialstyrelsens kunskapsöversikt beskriver att det finns många studier som ger evidens för att antidepressiva mediciner, i första hand s.k. SSRI (t.ex. Fluoxetin [42-44] och Sertralin [45, 46]) och SNRI (t.ex. Venlafaxin [47]) har effekt vid depressioner, ångestsyndrom och PTSS. Vid PTSS påverkar framgångsrik mediciner framförallt återupplevande av den traumatiska händelsen och andra symptom som utgör kärnan i PTSS-syndromet.

Europeiska Psykiatriska Föreningens (EPA) riktlinjer för läkemedelsbehandling beskriver att det finns ett omfattande stöd i forskningen för att kulturella drag påverkar biologiska faktorer som i sin tur kan påverka hur läkemedel fungerar i kroppen.

Särskilda hänsyn

- Tiden till att läkemedel får en tydlig initial påverkan vid PTSS kan ofta vara uppemot 7-8 veckor, alltså nära dubbelt så lång som för en initial effekt vid depression eller ångest
- Socialstyrelsen betonar att detta och biverkningar som patienten kan få, ofta leder till att patienten avbryter behandlingen
- Det är särskilt stor risk för avbrott om motivationen är låg och informationen har varit begränsad
- Olika språk hos behandlare och patient och olika föreställningar om sjukdomen och behandlingen ökar risken för avbrott i behandlingen om det inte hanteras systematiskt
- Mot denna bakgrund föreslås täta uppföljningar och motivationshöjande insatser för att rätt dos och behandlingstid ska uppnås.

Referenslista för Bilaga D. Teoretisk bakgrund och evidens

- Bissonn JI, et al. 2013 - *Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults (Review)* <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003388.pub4/pdf>
- EPA 2014, *Guidance on Mental Health Care of Migrants* <http://www.europsy.net/wp-content/uploads/2013/11/EPA-Guidance-on-Mental-Health-Care-of-Migrants.pdf>
- Gillies D, 2012 - *Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents (Review)* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23877914>
- Hetrick et al 2010 *Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD)* <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007316.pub2/epdf/abstract>
- Jongedijk R, 2014 - *Narrative exposure therapy: an evidence-based treatment for multiple and complex trauma* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25511727>
- Kate E Murray et al 2010 - *Review of Refugee Mental Health Interventions Following Resettlement: Best Practices and Recommendations* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3727171/#!po=0.549451>
- Kirmayer, L., 2011 - *Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care.* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3168672/>
- Patel et al 2014 - *Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors* <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009317.pub2/full#pdf-section>
- Porter M, et al. JAMA. 2005 - Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. - PubMed <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/16077055/>
- Pottie, K., 2011 - *Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3168666/pdf/183e824.pdf>
- Socialstyrelsen, 2015 – *Psykisk ohälsa hos asylsökande och Nyanlända migranter – ett kunskapsunderlag för primärvården* <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19664/2015-1-19.pdf>
- U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases, 2015. *Guidelines for Mental Health Screening during the Domestic Medical Examination for Newly Arrived Refugees* <https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/domestic/mental-health-screening-guidelines.html>

Bilaga E. Formulär för behovsanalys

Nedan visas det webbformulär för behovsanalys som togs fram av SKL. Vissa landsting/regioner gjorde mindre justeringar i webbformuläret för att anpassa det utefter lokala förutsättningar.

Formulär för behovsanalys – inom programmet "Hälsa i Sverige för nyanlända och asylsökande"

Regeringen har beviljat SKL och SKL:s medlemmar stöd för att sprida och implementera effektiva arbetsätt för att främja nyanlända och asylsökandes hälsa. Arbetet koordineras av SKL i programmet "Hälsa i Sverige - för nyanlända och asylsökande." Första fasen i arbetet är att landsting/regioner och kommuner själva identifierar vilka behov av utveckling och samordning som behövs, inom de delar som programmet "Hälsa i Sverige" omfattar.

Detta formulär, som vi kallar "Formulär för behovsanalys" är ett verktyg för att skapa förståelse av vilka behov ert landsting/region samt kommuner har.

Om formuläret:

I det första steget ombeds du att fylla i dina kontaktuppgifter, detta för att samordnare i landstinget/regionen ska kunna kontakta dig inom ramen för det fortsatta arbetet. Därefter följer 10 frågor, med underfrågor, i två avsnitt om behov av material och arbetsätt för att främja en positiv hälsoutveckling hos asylsökande och nyanlända. Formuläret uppskattas ta cirka 10-15 minuter att fylla i.

Svara utifrån din bild av behoven hos asylsökande och nyanlända samt med fokus på just din verksamhets perspektiv.

Definition av centrala begrepp i detta formulär:

Asylsökande – en utländsk medborgare som tagit sig till Sverige och begärt skydd, men som ännu inte fått sin ansökan slutligt prövad av Migrationsverket och/eller migrationsdomstol.

Nyanländ – en person som under de senaste åren ankommit till Sverige och beviljats uppehållstillstånd. Förstudiens fokus är nyanlända med flyktningbakgrund, så vid frågor om nyanlända svara utifrån din bild av behoven i den målgruppen.

*Obligatorisk



Kontaktuppgifter till dig som fyller i formuläret

1. Landsting/Region/Kommun *

2. Namn (för- och efternamn) *

3. Organisatorisk enhet (ex. avdelning/enhet) *

4. Roll/titel *

5. Mejladress *

6. Upprepa mejladress

7. Mobilnummer (07XXXXXXXX) *

Behov hos alla asylsökande och nyanlända

Nedan ställs ett antal frågor om behov hos alla asylsökande och nyanlända, med fokus på de områden som ingår i programmet "Hälsa i Sverige". I nästa avsnitt ställs frågor om behov kopplat till asylsökande och nyanlända med psykisk ohälsa samt övriga behov.

8. 1) Har ni behov av förstärkt material och arbetssätt för att ge hälsoinformation till asylsökande och nyanlända? *

Beskrivning: Med ovan avses material (på olika språk samt anpassat till olika kulturer och grad av läskunnighet) och arbetssätt för att stärka kunskapen om hälsa, svensk hälso- och sjukvård och hälsoundersökning hos alla asylsökande och nyanlända.
Markera endast en oval.

- Ja
 Nej
 Vet ej

9. Om ja på fråga 1), beskriv behoven:

10. Om ja på fråga 1), uppskatta hur stor andel asylsökande respektive nyanlända som har behov av hälsoinformation? *

Markera endast en oval per rad.

	0-25%	26-50%	51-75%	76-100%	Vet ej
Asylsökande	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nyanlända	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. 2) Har ni behov av förstärkt material och arbetssätt för att genomföra hälsoundersökningar av asylsökande? *

Beskrivning: Med ovan menas arbetssätt och material för att öka genomförandegraden och kvaliteten i de hälsoundersökningar som genomförs.
Markera endast en oval.

- Ja
 Nej
 Vet ej

12. Om ja på fråga 2), beskriv behoven:

13. 3) Har ni behov av att erbjuda/utöka utbildning för personal om migration och psykisk ohälsa? *

Beskrivning: Med ovan menas utbildning för att stärka allmän kunskap och medvetenhet kring psykisk ohälsa samt transkulturell kompetens hos personal som möter asylsökande och nyanlända.

Markera endast en oval.

- Ja
 Nej
 Vet ej

14. Om ja på fråga 3), beskriv vilken typ av utbildning som behövs och vilken/vilka personalgrupper som har behovet:

15. Om ja på fråga 3), uppskatta hur stor andel inom denna/dessa personalgrupper som har behov av utbildningen: *

Markera endast en oval per rad.

	0-25%	26-50%	51-75%	76-100%	Vet ej
Personal med behov av utbildning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. 4) Har ni behov av att erbjuda/utöka hälsofrämjande och förebyggande insatser för asylsökande och nyanlända? *

Markera endast en oval.

- Ja
 Nej
 Vet ej

17. Om ja på fråga 4), beskriv behoven:

18. Om ja på fråga 4), uppskatta hur stor andel asylsökande respektive nyanlända som har behov av hälsofrämjande och förebyggande insatser:

Markera endast en oval per rad.

	0-25%	26-50%	51-75%	76-100%
Asylsökande	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nyanlända	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Behov hos asylsökande och nyanlända med psykisk ohälsa

19. 5) Har ni behov av att erbjuda/utöka insatser för asylsökande/nyanlända med lätt till medelsvår psykisk ohälsa? *

Beskrivning: Med ovan menas insatser för att hantera lätt till medelsvår psykisk ohälsa motsvarande t.ex. råd- och stöd insatser, behandling för lätt till medelsvår psykisk ohälsa i primärvården samt traumabehandling i primärvården.

Markera endast en oval.

- Ja
 Nej
 Vet ej

20. Om ja på fråga 5), beskriv behoven:

21. Om ja på fråga 5), uppskatta hur stor andel av asylsökande respektive nyanlända som har behov av insatser vid lätt till medelsvår psykisk ohälsa: *

Markera endast en oval per rad.

	0-25%	26-50%	51-75%	76-100%	Vet ej
Asylsökande	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nyanlända	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. 6) Har ni behov av att erbjuda/utöka insatser för asylsökande/nyanlända med svår psykisk ohälsa? *

Beskrivning: Med ovan menas behandling för svår psykisk ohälsa motsvarande behandling inom specialiserad vård, med kunskap om nyanländas behov och transkulturell kompetens.

Markera endast en oval.

- Ja
 Nej
 Vet ej

23. Om ja på fråga 6, beskriv behoven:

24. Om ja på fråga 6), uppskatta hur stor andel av asylsökande respektive nyanlända som har behov av insatser vid svår psykisk ohälsa:

Markera endast en oval per rad.

	0-25%	26-50%	51-75%	76-100%	Vet ej
Asylsökande	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nyanlända	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. 7) Har ni behov av att erbjuda/utöka handledning för personal om vård av asylsökande och nyanlända med psykisk ohälsa? *

Beskrivning: Med ovan menas allmän rådgivning och handledning kring migrationsstress, kulturmöten, tolk och kommunikation samt konsultation kring specifika patientärenden.

Markera endast en oval.

- Ja
 Nej
 Vet ej

26. Om ja på fråga 7), beskriv vilken typ av handledning som behövs och vilken/vilka personalgrupper som har behovet:

27. 8) Har ni behov av att erbjuda/utöka utbildning för personal om vård av asylsökande och nyanlända med psykisk ohälsa? *

Beskrivning: Med ovan avses utbildning för att öka den grundläggande kunskapen om möjliga utmaningar i patientmötet, kulturella aspekter av symtom och beskrivningar av besvär m.m.

Markera endast en oval.

- Ja
 Nej
 Vet ej

28. Om ja på fråga 8), beskriv vilken typ av utbildning som behövs och vilken/vilka personalgrupper som har behovet:

29. Om ja på fråga 8), uppskatta hur stor andel inom denna/dessa personalgrupper som har behov av utbildningen: *

Markera endast en oval per rad.

	0-25%	26-50%	51-75%	76-100%	Vet ej
Personal med behov av utbildning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. 9) Vilka ytterligare behov har ni av insatser, material och arbetssätt för att förbättra hälsan hos asylsökande och nyanlända? Beskriv:

31. 10) Vilka behov har ni kopplat till samordning och koordinering av arbetet med asylsökande och nyanlända? Beskriv:

32. Övriga behov/kommentarer:

Bilaga F. Ekonomisk redovisning

Hälsa i Sverige för asylsökande och nyanlända	i tkr
Erhållna medel 2016	30 000
Medel att fördela till landstingen	-15 000
Asylsjukvårdsplattformen (drift och stöd)	-847
Personal kansli	-3 306
Utbildning	-9 746
Material/nyutveckling (samarbeten med externa aktörer m.m.)	-3 856
Spridning (utbildningstillfällen, paketering av utbildningar m.m.)	- 5 890
Övrigt	-1 089
SUMMA att återbetala	12

Fördelning per landsting/region	Fördelning*
Blekinge	500 000
Dalarna	600 000
Gotland	400 000
Gävleborg	600 000
Halland	700 000
Jämtland/Härjedalen	500 000
Jönköping	700 000
Kalmar	600 000
Kronoberg	500 000
Norrbottn	600 000
Skåne	1 100 000
Stockholm	1 100 000
Sörmland	600 000
Uppsala	700 000
Värmland	600 000
Västerbotten	600 000
Västernorrland	600 000
Västmanland	600 000
Västra Götaland	1 100 000
Örebro	600 000
Östergötland	700 000
Asylsjukvårdsplattformen (uppstart och it-utveckling)	500 000
Inera (1177 på webben)	500 000
Summa	15 000 000

* Samtliga landsting och regioner tilldelades initialt 300 000 kr samt sedan ett extra tillägg (100 000 – 800 000 kr) beräknat enligt fem storleksklasser baserade på antalet invånare.

Hälsa i Sverige för asylsökande och nyanlända

Slutrapport för nationell spridning av insatser från förstudien om positiv hälsoutveckling för asylsökande och nyanlända

Upplysningar om innehållet
Ing-Marie Wieselgren, ing-marie.wieselgren@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2017

Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se. ISBN/Beställningsnummer nr