

Hälsofrämjande etablering – Metodstöd ”hälsa”



Sveriges
Kommuner
och Regioner



Förord

Metodstödet är en del av slutrapporteringen av projekt Hälsöfrämjande etablering. Det är en dokumentation av de huvudsakliga aktiviteter som vi arbetade med under projekttiden. Genom metodstödet vill vi skapa möjligheter för spridning och implementering av arbetssätt, insatser och metoder.

Metodstödet består av sex delar och ett av dem håller du nu i din hand. Du hittar alla delar på SKRs hemsida där de är döpta efter sitt innehåll: Identifiering och kartläggning, Vägledning, Hälsa, Arbetsnära insatser, Öka samverkan samt Övrigt.

Metodstödet har arbetas fram av de sex delprojekt som utgjort kärnan i projektet. Delprojektledare och projektmedarbetare som haft ansvar över och genomfört aktiviteten som skrivit eller bidragit med information till respektive metodstöd. Ett särskilt tack till våra delprojektledare som hållit ihop arbetet lokalt.

Förhoppningen är att du som läsare ska kunna inspireras till att pröva en eller flera aktiviteter och utforma dem på ett sätt som passar just dina lokala förutsättningar och målgrupper..

Lycka till!



Innehåll

Hälsa	4
Hälsoskola (delprojekt Umeå)	4
Hälsoskola (delprojekt Nacka - Värmdö).....	16
Hälsoskola (delprojekt Malmö)	22
Hälsoskola (delprojekt Eskilstuna)	34
Hälsostöd (delprojekt Gävle).....	43
Hälsosamtal (delprojekt Malmö).....	51
Friskvårdsaktivitet (delprojekt Nacka-Värmdö)	68
Basal kroppskännedom (delprojekt Eskilstuna)	72



Hälsa

Hälsoskola (delprojekt Umeå)

Sammanfattning

71 kvinnor och 18 män, tillsammans 89 individer har tagit del av hälsoskolan i Umeå. Det har varit 12 olika grupper på språken dari/farsi, arabiska, somaliska, swahili och tigrinja. Nio grupper med kvinnor, två med män och en mixad. Syftet med hälsoskolan var att öka deltagarnas hälsolitteracitet¹ samt uppmuntra till att vilja att ta del av fysisk aktivitet utifrån deras egen förmåga. Hälsoskolans pass bestod av två delar: en teoridel på två timmar och en avslutande timme med någon form av träning. Tillsammans tre timmar per vecka i 11 veckor.

De teman vi haft var bland annat; Hur fungerar sjukvården? Egenvård, hur fungerar kroppen? Vanliga sjukdomar? Vardagsmotion, psykisk hälsa, jämställdhet och familjeliv och sexuell hälsa.

Projektet anställde en distriktsköterska, med lång erfarenhet av att möta nyanlända, och en hälsopedagog från SFI för att hålla i och ansvara för genomförandet av hälsoskolan. Hälsoskolan höll till i KFUM:s lokaler i centrum och träningen på ett gym i närheten.

Grupperna delades in efter språk och det fanns alltid kommunikatör eller tolk för att tillgängliggöra innehållet för deltagarna.

Vi valde även att ha könsuppdelade grupper, detta för att skapa en trygghet i gruppen och i och med det ett öppet samtalsklimat. Vi kan i efterhand se att det har fungerat bra men vi tror också att det finns fördelar med att blanda kvinnor och män i grupperna. Det finns stora vinster med att låta kvinnor och män, höra samma sak och tillsammans diskutera det aktuella temat med varandra. Vi tror

¹ [Hälsolitteracitet \(halsolitteracitet.se\)](http://halsolitteracitet.se)



att det skulle bidra till en ökad förståelse för varandra och för de krav som ställs på dem och deras nya roller i det nya landet.

Många deltagare har efter deras tid i hälsoskolan uttryckt att de lärt sig mycket och fått bättre förståelse över vad de kan göra själva för att må bättre.

Hälsoskolan verkar enligt dessa uttalanden vara en insats som stärkt kvinnor och mäns upplevda egenmakt.

Introduktion till metod

Innan projektet startade fanns en vilja från olika aktörer att starta upp en hälsoskola och nu skulle det äntligen bli verklighet. Även om det undervisas om hälsa på SFI i samhällsorienteringen så är behovet större än så. Att få lära sig förstå samhällets strukturer, och då speciellt hur sjukvården fungerar, hur kroppen fungerar och vad jag kan göra själv för att må bra, är alla viktiga komponenter för ett fungerande liv. Att dessutom få göra detta i en mindre grupp med tolk, och inte i en stor klass, underlättar för samtal och att man vågar fråga och berätta mera öppet.

Syftet med hälsoskolan var att öka hälsolitteraciteten hos deltagarna och att erbjuda fysisk aktivitet utifrån individens egen förmåga. Hälsoskolan bestod av två delar: en teoridel på två timmar och en timme med fysisk aktivitet.

Tillsammans tre timmar per vecka i 11 veckor.

Med hälsoskolan ville vi uppnå följande:

- Erbjuder en förstärkning av etableringsplanen så att den enskilde bättre kunde tillgodogöra sig insatser under etableringen samt i ett framtida arbete.
- Förbättra hälsan/höja den fysiska förmågan och visa vägar att behålla god hälsa för målgruppen.
- Öka kunskapen om hur en hittar rätt i sjukvården.
- Öka kunskapen om migrationsrelaterad stress och hälsa.



Parallellt med den teoretiska delen skulle deltagarna få träna tillsammans i gruppen och med personal. Hälsopedagogen skulle fungera som ett stöd och motivera deltagarna att hitta någon passande aktivitet. Vi ville också knyta an till föreningslivet för att få en långsiktig aktivitet som fortsätter även när hälsoskolan var slut.

Metodbeskrivning

Målgrupp

Deltagare i projektet som bedömdes vara i behov av en ökad hälsolitteracitet samt har ett behov av en hälsofrämjande insats med syfte att stärka deltagaren i sin process mot arbete eller studier.

Deltagande aktörer

De kompetenser vi använt oss av har varit:

- Distriktssköterska från Region Västerbotten
- Hälsopedagog från SFI
- Barnmorska från Region Västerbotten
- Tandhygienist från Region Västerbotten
- Rehabpersonal, fysioterapeut eller psykolog från Arbetsförmedlingen.
- Instruktorer på gymmet
- Instruktor via Korpen

Förutsättningar för att arbeta med metoden

För att genomföra en hälskola krävs resurser i form av personal, tolkar, lokal och material. Träning går att göra utan kostnader utomhus. Samt att någon har en samordnade roll och sköter sammansättning av grupper, kallelser och annan nödvändig administration.



Genomförande av metoden

Utformning och förberedelser

Under en workshop i juni-18, samlades personal från kommunen, regionen, SFI, Arbetsförmedlingen och Samordningsförbundet för att sätta ramarna för hälsoskolan.

Genom projektet anställdes en hälsopedagog från SFI och en distriktssköterska från regionen, båda på halvtid, för att leda och undervisa i denna. Dessutom anlätades en barnmorska och tandhygienist vid deras respektive pass om sexuell hälsa och munhygien/tobaksvanor.

Arbetet med att ta fram material till hälsoskolan gjordes löpande under hösten-18. Delvis utgick vi från Västra Götalandsregionens arbete och deras program med hälsoskola. Distriktssköterskan hade även viss erfarenhet av att ha utarbetat några lokala hälsoskolor för ett antal år sedan. Hälsopedagogen hade tidigare arbetat fram ett material genom ett tidigare ESF-projekt "Klara, färdiga, gå!" som riktade sig till kortutbildade, vilket också kom väl till pass. Viss revidering och utveckling gjordes utifrån våra behov och tankar om lämpliga ämnen och utifrån de horisontella principerna: jämställdhet, icke diskriminering och tillgänglighet.

Vårt mål var att stärka och medvetandegöra individen i deras väg fram till arbete och etablering i det svenska samhället.

En central lokal hyrdes av KFUM. Det var lätt att hitta dit från bussarna och nära till gymmet som vi anlätade. Lokalerna på KFUM var även handikappanpassade med exempelvis hiss upp från gatuplan till själva lokalerna, elektriska dörröppnare, tillgång till handikappanpassad toalett. Gymmet låg också det i gatuplanet.

Grupperna delades in efter språk och vi hade alltid kommunikatör eller tolk för att tillgängliggöra innehållet för deltagarna. I första hand försökte vi få till ett samarbete med samhällskommunikatörer. Då en majoritet av våra deltagare var illitterata ville vi ha en översättare med förståelse om målgruppen och



erfarenhet av att anpassa språket till en lämplig nivå. Vi eftersträvade också att boka in samma kommunikatör eller tolk på alla tillfällen för att skapa en så trygg grupp som möjligt.

Deltagarnas väg till hälsoskolan

I beredningsgruppen sammanställdes de aktualiseringar som gjorts till hälsoskolan och där efter sattes grupper samman. Grupperna delades in efter språk och kön.

Inför uppstarten av hälsoskolan kallades gruppens deltagare till en informationsträff på Arbetsförmedlingen där projektledare och Arbetsförmedlingens projektmedarbetare berättade om Hälsöfrämjande etablering och om hälsoskolan. Träffen genomfördes med tolk och det fanns alltid tid för frågor. Vid träffen fick varje deltagare en inbjudan i handen där det stod var och vilken tid vi skulle mötas upp inför det första tillfället. Projektledare och Arbetsförmedlingens medarbetare mötte upp gruppen på en central och välkänd plats och följde med till lokalen. Det för att undanröja eventuella hinder och undvika oro för att inte hitta.

På plats i lokalen fanns hälsoskolans personal som tog emot gruppen och startade igång hälsoskolans första tillfälle.

Hälsoskolans innehåll

Hälsoskolan bestod av två delar: en teoridel på två timmar och en timme fysisk aktivitet. Tillsammans tre timmar per vecka under 11 veckor. Varje tillfälle hade sitt eget tema där föreläsningar blandades med diskussioner och praktiska inslag. Vid tre tillfällen gästades hälsoskolan av föreläsare, det var vid sexuell hälsa, mun- och tandhälsa samt hälsa och arbete. Hälsoskolan bjöd deltagarna på frukt, kaffe och te i pausen. De teman vi använt oss av var:

Tillfälle 1

Introduktion. Presentation av hälsoskolan. Presentation av varandra. Göra namnskyftar. Förhållningsregler för att deltagarna ska känna sig trygga. Jämställdhet/familjeliv. Introduktion på gymmet.



Tillfälle 2

Hur fungerar vården? Hur gör man för att söka vård när man behöver? Hur fungerar en hälsocentral, personal, öppettider, komma i tid, tolk? Primärvårdsjouren, ”stora” akuten på sjukhuset. 112, 1177. Egenvård. Vad kan jag göra själv innan jag söker vård eller för att förbättra hälsan? Husapotek. Stödstrumpor, bra skor, glasögon, hörapparat, dricka vatten, rörelse. Antibiotikaanvändning. Skillnad på virus och bakterier. Vaccinering. Speciell info om influensavaccinering till de i riskgrupp.

Tillfälle 3

Hur ser kroppen ut? Visar och pratar utifrån ett skelett och en torso. Sjukdomar som kan uppstå. Skador. Vad är akut och inte akut?

Tillfälle 4

Kost och matvanor. Måltidsordning, matpyramiden. Proportioner. Vad är bra respektive dålig mat. Nyckelhålet. Ekologisk mat, Fairtrade. Varför inte socker? Varför ska vi äta?

Tillfälle 5

Psykisk hälsa. Normalisera. Alla kan må dåligt ibland. Vad händer i kroppen när vi är stressade, ledsna, deprimerade, arga? ”Här sitter sorgen-bild”. Fly-fäkta-frysa. Söka hjälp när jag behöver, att det inte är något man behöver skämmas för. Egna erfarenheter, uppräckta med rötterna och hur det påverkar en. Bra hemsida på arabiska SAHA. Vad kan jag göra själv för att må bättre? Har jag något knep?

Tillfälle 6

Sexuell hälsa. Barnmorska deltar och berättar om anatomi, MVC, cytologiprovtagning, mammografi, inkontinens, preventivmedel, graviditet, abort, klimakteriet, prostatabesvär. Smittskydd och dess lagar. Även andra lagar angående våldtäkt mm. Skyldigheter och rättigheter. Min kropp, jag bestämmer över den.



Tillfälle 7

Vardagsmotion. Vad är bra motion? Varför? Tips? Idéer. Vad kan man göra som är gratis? Fritidsbanken. Utegym. Program på tv, Youtube. Cykelskola via SFI och Vän i Umeå. Simskola/vattengymna via Vän i Umeå. Där finns även andra aktiviteter som är gratis. Att lära sig cykla är så mycket en demokrati och jämställdhetsfråga. Och tillgänglighet, för att lättare ta sig fram i samhället. Förenkla vardagen.

Tillfälle 8

Jämställdhet och familjeliv. Bakgrundsfakta till hur vi har gått tillväga i Sverige för att få ett mera jämlikt samhälle. Hur ser det ut i deras kulturer? FN:s folkhälsomål. Jämställdhet bra/dåligt? Pension, skilsmässa. Vem bestämmer i familjen? Vem gör vad? Arbetslivet – kan vem som helst ta vilket jobb som helst? Rätten till utbildning. Diskriminering. Vad kan jag göra om jag utsätts för det?

Tillfälle 9

Mun-och tandhälsa. Tandhygienist föreläser. Berättar om hur det ser ut i munnen. Viktigt med god tandhygien. Bra mat och måltidsordning. Vatten istället för läsk och söta drycker. Borsta tänderna på barnen till 12-årsåldern. Tobak och dess påverkan på mun- och kropphälsa. Praktisk övning med tandborstning och tugga lila tablett för att se vad som händer i munnen. Kostnader för tandvård. Viktigt att jobba förebyggande.

Tillfälle 10

Arbete och hälsa. Rehabpersonal från Arbetsförmedlingen medverkar. Varför jobba? Vad är ett jobb? Heltidsnormen. Jämställdhetsperspektivet. Vad är bra med att arbeta utanför hemmet? Balans i livet. Vägen in i ett arbete. Praktik/arbetsträning/extratjänst i kombination med SFI. Vad krävs för olika yrken? Kan vem som helst arbeta? Anpassningar som kan behövas. Vad kan Arbetsförmedlingen/arbetsgivaren bidra med för att underlätta vid någon funktionsnedsättning?



Tillfälle 11

Avslutning och sammanfattning. Vad har deltagarna lärt sig? Vad har varit bra eller dåligt? Repetition av lektionerna. Diplomutdelning och fest.

Konsekvenser av Coronapandemin

I april -20 blev vi tvungna att se över formen för hälsoskolan och hur vi kunde anpassa den till de restriktioner som infördes. Skulle vi avsluta hälsoskolan eller kunde vi hitta någon annan lokal där vi kunde hålla avstånd till varandra? Efter en del funderande och förfrågningar bestämdes att vi skulle flytta hälsoskolan utomhus. Då hade vi fått löfte om att hålla till på stora fotbollsläktaren vid Umeå Energi Arena, där vi hade tak över huvudet. Ramp fanns för att ta sig till läktaren. Filtar och sittdynor inhandlades och lånades ut. Vi höll även till utomhus vid ett närliggande kafé, som hade stängt dessa dagar, där det fanns sittplatser och även möjlighet att sitta under tak vid regn. Flera utomhusaktiviteter fanns att tillgå i området omkring såsom: utegym, promenadvägar i skogen intill, backträning då det är ganska kuperat runt området. Vid sista hälsoskolan september-20 tränade vi inomhus med Korpen. Vi hade då funktionell cirkelträning i en stor gympahall, där vi kunde träna coronasäkert. Hiss fanns om man inte kunde gå i trappen ner till lokalen.

Resultat

I hälsoskolan har 18 män och 71 kvinnor deltagit. Vilket motsvarar 95 % av alla våra deltagare. De allra flesta var kortutbildade. Deltagarna kom från Syrien, Afghanistan, Iran, Irak, Kuwait, Sudan, Eritrea, Somalia och Kongo.

Lärdomar

Hälsoskolan har varit väldigt uppskattad av deltagarna. De säger att de lärt sig mycket och fått bättre förståelse över vad de kan göra själva för att må bättre. Det har stärkt deras egenmakt. De har förstått värdet av att delta, jobba demokratiskt och mera jämställt tillsammans i familjerna och med varandra.



Flera av deltagarna hade önskemål om fler lektioner. Och många sa att det lärt sig mer svenska under hälsoskolan än på SFI.

De allra flesta har kommit regelbundet och i tid och deltagit aktivt under lektionerna.

Gruppverksamhet är en mycket bra arbetsform på många sätt. Viktigt att man då får vara samma personer i gruppen, känna trygghet av vad som sägs i gruppen, tystnadsplikt. Dessutom när man delger varandra sina egna erfarenheter, sätter ord på det (kanske för första gången), så förstår, och hör, man att man inte är ensam med sina upplevelser. Kanske första gången man får tala, och andra lyssnar, utan pekpinnar eller slag.

Språkhomogena grupper underlättar undervisningen betydligt.

Att ha kvinnor och män i olika grupper har ökat tryggheten i grupperna, speciellt kvinnorna har vågat prata/berätta mera fritt. Många kvinnor har hela sina liv levt väldigt utsatt och aldrig fått göra sin röst hörd. De har varit misshandlade både fysiskt och psykiskt, vilket gjort att de tystnat och marginaliserats. Det märktes nu bland annat genom att många pratade väldigt tyst, hade svårt i början av hälsoskolan att våga prata och berätta, men ju längre tiden gick desto mer pratade de och vågade berätta från sina upplevelser.

Vi kan i efterhand se att det har fungerat bra med uppdelade grupper men vi tror också att det finns stora fördelar med att blanda kvinnor och män. Det finns stora vinster med att låta kvinnor och män, höra samma sak och tillsammans diskutera det aktuella temat med varandra. Vi tror att det skulle bidra till en ökad förståelse för varandra och för de krav som ställs på dem och deras nya roller i det nya landet.

Viktigt med bra tolkar/samhällskommunikatörer. Det är också en fördel om man kan ha samma tolk under hela skolan för att öka följsamheten. Även en fördel om tolken är av samma kön som gruppen. Viktigt att tolken agerar neutralt och inte "översittare" eller berättar om egna erfarenheter (kan dock ibland vara av värde).



Det hade varit bra om lokalen varit utrustad med hörselslinga.

Det var bra att ha passet om psykisk hälsa någonstans i mitten av hälsoskolan eftersom vi då hade hunnit lära känna varandra lite grand och deltagarna kände sig trygga med oss lärare. I de första två hälsoskolorna använde vi oss av en psykolog från Röda Korset, men det blev inte så lyckat på grund av för teoretisk undervisning och av att en okänd person kom dit enbart för detta och sedan inte fanns med nästa gång, då det kunde vara nog så viktigt att finnas där för deltagarna eftersom de då kanske funderat en del och hade något de ville/behövde prata om.

En utmaning kan vara att undervisa på ett klokt sätt om det exempelvis är olika utbildningsnivå inom gruppen. Viktigt dock att använda ett enkelt språk och använda sig av bilder istället för mycket text.

Träning var ett vinnande koncept och har uppskattats mycket av deltagarna. Efter att först ha varit på ett gym, därefter ute på olika platser och sist ha cirkelträning, såg vi att det sistnämnda fungerade bäst. Där fick de träna tillsammans med en instruktör från Korpen utan andra personer (utomstående) i samma rum. Vilket gjorde dem mycket friare och de vågade mycket mera. Men att träna ute var också mycket bra, att hitta till olika utegym i staden kan vara ett sätt att ”erövra” staden och dess möjligheter.

Reflektioner

Att jobba med hälsoskola har varit mycket positivt och mötts av intresserade deltagare. De har fört vidare nya kunskaper till sin omgivning vilket ledde till ytterligare efterfrågan.

Flera kvinnor uttryckte en önskan om att deras män också skulle få gå hälsoskola. Viktig aspekt med tanke på att få samma undervisning angående hälsa och jämställdhet/familjeliv exempelvis.

Hälsoskola borde erbjudas till många fler individer, helst alla, som är nya i Sverige. Ju förr en får kunskap om exempelvis hur sjukvården fungerar, jämställdhet och demokratifrågor, tillgänglighet desto bättre blir förutsättningar



för ett inkluderande liv i det nya samhället som man nu lever i. Allt vi kan göra för att minska segregation och utanförskap är bra. Vi tror att hälsoskolan kan vara en viktig del i detta arbete.



Foto med några av hälsoskolans deltagare på väg i full fart framåt!

Litteraturlista

Gunilla Carlstedt och Annika Forssén, båda läkare. 2018. Arbete för livet. Djupintervjuer med 20 kvinnor uppvuxna i början av 1900-talet. Från olika samhällsklasser och miljöer.

Carl-Martin Allwood och Per Johnsson (red) 2009. Mänskliga möten över gränser. Vård och social omsorg i det mångkulturella samhället.

Anders Hansen, psykiatriker. 2016. Hjärnstark. Om hur fysisk aktivitet påverkar hjärnan.



Per Brinkemo, journalist. 2014. Mellan klan och stat. Handlar om Somalia och hur det har styrts genom åren.

Blir världen bättre? Rapport från WHO.

Qaisar Mahmoud, författare, pol.mag.examen i statsvetenskap. 2012. Jakten på svenskheten.

Hur ser det ut i Sverige? Hur tänker svenskarna?

Giulia Enders, läkare. 2018. Charmen med tarmen.

Minna Forsell, psykolog. 2018. Att arbeta med tolk. Om konsten att arbeta med tolk.

Soheila Fors. 2015. Kärleken blev mitt vapen. En självbiografi av en kvinna upp vuxen i Iran och hennes resa till Sverige. Hedersvåld.

SCB-statistik om Jämställdhet

DRW, Disabled Refugees Welcome. Rapport

Ann Fernholm, doktor i molekylärbiologi, journalist. 2014. Ett sötare blod. Om hur sockret påverkar kroppen.

Mia Clase och Lina Nertby Aurell, dietister. 2016. Food Pharmacy. Skriver om tarmen, mat, goda bakterier, inflammation.

Frida Durell, läkare. 2017. Mat, myt och vetenskap. Om myter och pr/reklam om olika kosten, matvanor med mera. Vad händer i kroppen när jag äter?

Hjärnkoll 2020. Att möta vuxna med erfarenhet av migration och psykisk ohälsa.

FN:s och Sveriges folkhälsomål.

Västra Götalands rapport/beskrivning om deras hälsoskola.



Hälsoskola (delprojekt Nacka - Värmdö)

Sammanfattning

Hälsoskolan med Transkulturellt centrum (TKC), (Transkulturellt Centrum - Region Stockholm, u.d.) påbörjades hösten 2019 och har genomförts med fem starter varav två dari-, två arabisk- och en somalisk-/swahilitalande grupp. Totalt har 32 projektdeltagare deltagit i olika närvarograd varav 25 kvinnor och 7 män. Enligt TKC:s egna utvärderingar har responsen varit övergripande positivt och drygt 50% har uppgivit att man gjort stegförflyttning i samband med deltagande i insatsen. Med ökad hälsolitteracitet har också drygt 40 % uppgett att de fått ökad egenmakt tack vare hälsoskolan.

I hälsoskolan har man träffats 5-6 gånger och lyssnat till föredrag och deltagit i gruppsamtal kring fem olika teman. Teman som berörts har varit Hälsoskolan, migration och hälsa, fysisk aktivitet och hälsosam mat, stress & sömn samt egenmakt. Det sjätte tillfället har varit praktiskt och inneburit att man besökt matvarubutik och apotek för att ta del av rekommenderade mat- och egenvård.

Introduktion till arbetssätt/metod

Tidigt i samordningsförbundet VärNa:s delprojekt upprättades kontakt med Region Stockholms kunskapscentrum TKC. TKC började sin verksamhet 1999 då Stockholmsregionen blev alltmer mångkulturellt och man såg behov av att stärka vårdpersonalens kompetens i transkulturella frågor (landsting, u.d.). TKC har parallellt med utbildningsinsatser för vårdpersonal erbjudit hälsokommunikation riktad till nyanlända och personer med bristande kunskaper i svenska språket. Fram till och med 2018 anlätades TKC för att hålla hälsodelen i Samhällsorienteringen i Nacka och Värmdö kommuner m.fl. Under 2019 valde Centrum för samhällsorientering i Stockholms län att återta också hälsodelen i egen regi och TKC är inte längre en del av Samhällsorienteringen (SO) som erbjuds Nacka & Värmdö (Nacka Kommun, 2019) (Värmdö



kommun, u.d.). TKC har i Hälsöfrämjande etablerings delprojektet hos VärNa levererat gruppverksamhet med hälsoskola för delprojektets deltagare. Upplägget har utgått från de moduler som tagits fram av TKC och valts ut med hänsyn tagen till den nulägesanalys som gjorts av målgruppens behov inom hälsoområdet.

Teman som berörts:

1. Introduktion - hälsa
2. Migration och hälsa
3. Fysisk aktivitet och hälsosam mat
4. Stress & sömn
5. Egenmakt - ex. egenvård
6. Praktisk tillämpning - besök matvaruhandel och apotek

Metodbeskrivning

Målgrupp: (Deltagare i ESF projektet Hälsöfrämjande etablering.) Nyanlända och personer med behov av att främja hälsa och förebygga ohälsa.

Deltagande aktörer: TKC, kunskapscentrum inom Region Stockholm. Arbetar i detta upplägg på uppdrag av Samordningsförbundet VärNa.

Kompetenser: Personalen hos TKC har olika professioner inom vården och har bl a kompetens inom transkulturell psykiatri, hälso- och sjukvård och tandvård. De har samtliga egen migrationsbakgrund och kunnande inom hälsa och levnadsvanor och håller kurserna på respektive hemspråk. De språk som inte funnits representerade bland TKC:s hälsokommunikatörers har vi tagit in i form av språktolkar.

Förutsättningar för att arbeta med metoden: I delprojektet har samarbetet med TKC förankrats i Region Stockholms Hälso- och sjukvårdsförvaltning, Arbetsförmedlingen och Kommunerna Nacka och Värmdö. Lokal för 10-12 deltagare (i delprojektets fall VärNa:s lokaler). Dator / skärmplatta för användning av bildspel (tillhandahållet av TKC och vid enstaka tillfälle av VärNa:s medarbetare).



Genomförande av metoden

Samtliga deltagare i delprojektet har tillfrågats om Hälsoskola och merparten har accepterat. Schemaplanering har gjorts med TKC och vi har planerat för en träff per vecka och språkgrupp. Vi har utgått från de största språkgrupperna och började med Dari och Arabiska. Deltagarnas hälsostatus och förutsättningar att delta i gruppaktivitet har gjorts med Kommunernas representanter. Deltagarnas planeringar har gått igenom av Arbetsförmedlingens representant i projektgruppen och där det inte funnits krock med befintlig planering har kallelse skickats ut. De Värmdöboende deltagarna har vid första kurstillfället fått stöd att hitta till kurslokalen tillsammans med kommunens språkstödjare. Varje tillfälle har varit två timmar med en paus på 15 minuter i mitten.

Kostnader/vinster:

Varje kursdag har kostat projektet 500 kr, per kurs alltså 2 500-3 000 kr.

Resultat

32 deltagare (25 kvinnor/7 män) har tagit del av insatsen och 14 av dessa har redovisat en ökad upplevd egenmakt i den skriftliga och muntliga återkoppling som givits efter genomförd hälsoskola. Av dessa 32 har hälften (16) visat på en positiv stegförflyttning. I den skriftliga och muntliga feedback har deltagarna främst nämnt värdet av de berörda ämnena, att vikten av fysisk aktivitet har lyfts fram vilket ökat hälsan hos de med framförallt diabetes. De praktiska besöken till apotek och livsmedelsbutik har uttryckts gett ökad kunskap om hälsosam och bra mat samt vilken egenvård som är möjlig att använda och inte belasta vårdssystemet i onödan. Ledarna har dessutom lyft att samtalen har berört deras erfarenhet av trauman och stress. Gruppdiskussionerna med god gruppdynamik där deltagarna delat sina erfarenheter, upplevelser och problem och en form av enklare gruppterapi. Ledarna beskriver att de kunnat stärka individens egenmakt att påverka sin hälsa och i längden också sina liv i positiv riktning. Som exempel beskriver en deltagare att dennes barn påpekat att denne verkar må mycket bättre och även att dennes syn på saker och ting förändrats



till det bättre. Också andra deltagare har bekräftat den bilden för egen del och deltagarna har uttryckt önskemål om att få denna typ av insats tidigare i deras etableringsprocess.

Lärdomar

Framgångsfaktorer -

- att hälsokommunikatörerna har egen erfarenhet av migration och är utbildade inom hälsoområdet då det givit både tillit och trygghet i att det som sägs stämmer.
- att hälsokommunikatörerna har varit flexibla i kurstillfällena och kunnat göra avsteg från bildspelen för att möta deltagarnas behov av innehåll och diskussioner.
- att vi haft relativt små grupper då det skapat trygghet att dela med sig om sina erfarenheter och frågor.
- att språkbakgrunden varit densamma hos deltagarna så att de kunnat bygga upp vänskapsrelationer där kommunikationen inte är ett hinder.
- att deltagarna haft olika tid i Sverige och olika erfarenheter och utmaningar på vägen då de kunnat dela med sig och stötta varandra inom det som var och en klarar av.
- att TKC är en relativt liten organisation, närheten och enkelheten i samarbetet har därmed blivit påtaglig.

Fallgropar -

- Vår tillit till TKC:s planerande och organisatoriska förmåga har varit stor. Delprojektet har förväntat sig såväl kompetens inom ämnesområdet och det organisatoriska. Den organisatoriska har dock varit bristfällig och det i sin tur har påverkat delprojektets framförhållning i kontakt med deltagarna.
- TKC har haft begränsad eller helt saknat tillgång till hälsokommunikatörer i vissa språkgrupper och det har begränsat delprojektets kapacitet att erbjuda hälsoskola till alla deltagare.
- Då delprojektets medarbetare arbetat deltid i projektet har deras deltagande vid hälsoskolan bortprioriterats och möjligheten att fånga upp behov och erfarenheter har begränsats.



- Delprojektets utbud av olika insatser har varit begränsat och insatsen hälsoskola har ensam inte täckt samtliga behov hos deltagarna.
- I samband med Covid-19 pandemin stod vi handfallna i att erbjuda digital hälsoskola och ser att ett visst mått av digital kontakt inte är fel. Kanske kan det komplettera även insatser som sker i fysiskt form och vid behov kan insatsen fortsätta trots svårigheter till fysiska möten.

Reflektioner

Lokala tips: Hälsoskola fyller en viktig funktion för alla människor mer eller mindre oavsett när i etableringsprocessen den kommer in och vi tror oss se att även de utan ohälsa kan dra nytta av informationen dock kanske med ett justerat innehåll. Att blanda kvinnor och män är inte fel men det kan finnas ett värde i att också samla könen ett och ett. I enlighet med horisontella principer finns för och nackdelar med de olika uppläggen och därmed rekommenderas man se över flexibilitet i olika upplägg. Delprojektet har sett en efterfrågan på att ha hälsoskola för hela familjer, det är svårt som ensam familjerepresentant att göra bestående förändringar i en familj och likadant är det svårt att se alla familjemedlemmars olika behov. När SO framåt integrerat hälsa i kursen och lagt till fler timmar är det svårt för projektet att säkert bedöma huruvida hälsoskola behövs i samma utsträckning men med tanke på TKC:s hälsokommunikatörers specifika bakgrund och erfarenhet bör deras bidrag till målgruppens ökade hälsolitteracitet inte underskattas.

TKC: Förstärk ämneskompetensen med organisatorisk kompetens så att centrumet kan möta de behov av samordning som finns ute i regionen så att man inte riskerar förlora uppdrag p g a bristande kapacitet.

Nationell nivå: Upprätta Transkulturella centrum i fler regioner - det är ett oerhört värdefullt kunskapscentrum. Främst för att de både utbildar vårdpersonal och erbjuder hälsokommunikation för nyanlända och andra med migrationsbakgrund om hälsa och levnadsvanor på deras eget språk.



Referenser

- landsting, H. o. (u.d.). *Uppdragsbeskrivning TKC*. Hämtat från <https://www.transkulturelltcentrum.se/globalassets/verksamheter/transkulturellt-centrum/om-oss/bilaga-2-uppdragsbeskrivning-2018.pdf>
- Nacka Kommun*. (den 30 juli 2019). Hämtat från Samhällsorienteringen: <https://www.nacka.se/forskola-skola/vuxenutbildning/so/>
- Transkulturellt Centrum - Region Stockholm*. (u.d.). Hämtat från <https://www.transkulturelltcentrum.se/>
- Värmdö kommun*. (u.d.). Hämtat från Samhällsorientering: <https://www.varmdo.se/barnochutbildning/lardigsvenska/samhallsorientering.4.5024007816e4121cb57c0c1c.html>



Hälsoskola (delprojekt Malmö)

Sammanfattning

Hälsoskola var en av de fyra huvudaktiviteter som gavs som förslag från det nationella projektkansliet redan under planeringsfasen av projektet men har varit frivillig för delprojektet.

Då hälsan är central för flera olika delar av individens etableringsprocess och delprojekt Malmö dessutom fick tillgång till såväl läkare via Region Skåne och specialistfunktioner från Arbetsförmedlingen, i form av psykolog, arbetsterapeut och socialkonsulent, beslutades att Hälsoskola skulle erbjudas projektdeltagarna. I Malmö fanns vid tidpunkten ingen befintlig Hälsoskola att remittera till eller samarbeta med, varför aktiviteten planerades och genomfördes av projektmedarbetarna.

Delprojektet i Malmö har sett att denna gruppaktivitet var ett uppskattat och värdefullt komplement till övriga insatser. Dels för att identifiera och uppmärksamma individuella hälsohinder, resurser och behov. Dels som redskap för att öka individens egenmakt och motivera till hälsofrämjande val i områden där individen själv kan göra en förändring.

Hälsoskolan erbjöds samtliga projektets deltagare och upplägget var på 10 träffar med olika teman inom hälsa och egenvård. Alltid med tolk och i slutna grupper för att skapa trygghet och förutsättning för god gruppdynamik eftersom metodiken bygger på dialog, inte bara på att ge information om migrationsrelaterad stress och hälsa.

Syftet med Hälsoskolan är att ge målgruppen tillgång till information, kunskap och praktiska verktyg, för ökade möjligheter att själv råda över sin situation och utifrån egna resurser och behov göra hälsofrämjande val i vardagen. Även att bidra till ökade förutsättningar för målgruppen att mer självständigt navigera i hälso- och sjukvårdssystemet och utifrån egna behov söka och få vård, information, råd och stöd mer effektivt. Det vill säga, skapa möjligheter för ökat handlingsutrymme och ökad egenmakt.



Introduktion till arbetssätt/metod

Idén till Hälsoskola som insats i Hälsosfrämjande etablering kom från en workshop som det nationella projektkansliet höll i april 2017 med nyckelpersoner från relevanta aktörer. Hälsoskola var redan då en insats som använts och testats av flera regioner och kommuner med gott resultat (Uppdrag psykisk hälsa. 2016).

Hälsan är central för flera olika delar av etableringsprocessen. Vi vet i dag att migranter i Sverige ofta har sämre hälsa än infödda och vi vet att det är många olika faktorer som påverkar (Zdravkovic et al. 2016.). Exempelvis förhållanden i hemlandet, olika förkunskaper och kulturella skillnader i syn på hälsa, själva migrationsprocessen och hur integrations- och etableringsprocessen fortskrider efter ankomsten till Sverige. En viktig fråga är i vilken grad vården i Sverige har tillräckliga möjligheter att effektivt fånga upp och behandla migrationsrelaterad ohälsa. En annan väsentlig fråga är i vilken grad individen under etableringsprocessen ges förutsättningar att förstå och använda sig av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet.

Studier visar att individens hälsotillstånd påverkar chanserna till god etablering men man ser också det omvända, att en välfungerande etableringsprocess påverkar hälsotillståndet positivt (Vilhelmsson et al. 2015.). En reflektion är att en välfungerande etableringsprocess sannolikt inkluderar möjligheter för individen att erövra förståelse för hur det svenska hälso- och sjukvårdssystemet fungerar och därmed också ges bättre förutsättningar att mer effektivt söka och få rätt typ av vård och stöd i hälsorelaterade frågor.

I Malmö fanns vid delprojektets start inte någon befintlig Hälsoskola att samarbeta med eller remittera till, varför insatsen fick skapas och utföras av projektmedarbetarna inom ramen för projektet.

Det övergripande syftet med Hälsoskolan var att bidra till ökad egenmakt. Att genom ökad kännedom om hälso- och sjukvården och om hälsorelaterade ämnen öka deltagarnas möjligheter att råda över sin egen situation, exempelvis göra val och ta hälsosfrämjande beslut i vardagen. Även ökade förutsättningar för



deltagarna att mer självständigt navigera i hälso- och sjukvårdssystemet för att söka och få information, vård, råd och stöd mer effektivt.

Metodiken bygger på dialog, det vill säga inte bara på att ge information utan att också gemensamt reflektera över och samtala om den information som ges. Metoden bygger också på viss flexibilitet att anpassa innehållet för att fånga upp och möta olika behov i olika grupper.

En utgångspunkt för Hälsoskolan i Malmö var antagandet att ökad kunskap om det sammanhang vi ingår i, kan bidra såväl till ökad känsla av trygghet som till ökad egenmakt samt att detta är hälsofrämjande i sig. Ett andra antagande var att ökad kunskap om hälso- och sjukvårdssystemet hos målgruppen även kan leda till ökade förutsättningar för vården att använda sina resurser mer effektivt.

Metodbeskrivning

Målgrupp

Målgruppen för Hälsoskolan var densamma som för delprojektet i övrigt, dvs nyanlända kvinnor och män i etableringsuppdraget (och upp till sex månader därefter), där det fanns signaler eller misstanke om ohälsa och/eller funktionsnedsättning.

Delprojektets samtliga deltagare erbjöds möjlighet att delta i Hälsoskolan. En individuell bedömning av eventuella hinder för att delta i gruppverksamhet gjordes även, så att insatsen i sig mötte upp de behov individen hade och inte försämrade individens hälsosituation. Dock uteslöts inte någon som själv önskade delta.

Deltagande aktörer

I Malmö arbetade flera olika yrkeskompetenser med Hälsoskolan, i olika omfattning i olika faser av projektet. Från Arbetsförmedlingen deltog psykolog, socialkonsulent och arbetsterapeut. Från Region Skåne deltog läkare och från



Malmö stad arbetsmarknadssekreterare. Den inledande planeringen av insatsen gjordes av delprojektets läkare, psykolog, arbetsterapeut och socialkonsulent.

Teamet kring Hälsoskolan bestod av en samtalsledare som följde och höll samman gruppen, samt olika professioner som var ansvariga för att bidra med sin fördjupade kompetens kring olika teman. Samtalsledaren för Hälsoskolan behövde ha god kännedom om deltagarna och om aktuella ämnen, samt kunskap om gruppdynamik och av att arbeta med tolk i grupper.

Hälsoskolan utfördes på svenska med tolkar på deltagarnas respektive språk på plats. Vi nämner detta här eftersom tolkarna också är viktiga aktörer. Intentionen var att använda samma tolkar till samtliga grupptillfällen, för bättre flyt och ökad kvalitet i tolkningen samt ökad trygghet för deltagarna, men detta var inte möjligt med de tolkavtal som fanns. Om tolken är auktoriserad och har erfarenhet av att tolka i grupp där det samtidigt förekommer tolkar på flera olika språk är det en väsentlig fördel.

Förutsättningar för att arbeta med metoden

Förutsättningar att arbeta med Hälsoskolan fanns under tidsramen för delprojektet. Det var inledningsvis resurskrävande insats då planering och utformning av innehåll skall byggas. Stommen till innehållet lades inför första gruppen, därefter pågick successivt en förändrings- och förbättringsprocess i metoden utifrån de erfarenheter som gjordes. Förändringar i personalsammansättning i projektgruppen innebar också att planeringen även inför andra och tredje gruppen innebar merarbete, både vad gäller innehåll, logistik och schema.

Ett gemensamt förhållningssätt kring metoden och samsyn om syfte och mål för insatsen är en förutsättning. Förankring i samtliga organisationer som bidrar med medarbetare till arbetet med Hälsoskolan krävs också.

Genomförande av metoden



Eftersom det inte fanns någon befintlig Hälsoskola i Malmö som projektet kunde remittera deltagare till fick medarbetarna i projektet själva bygga och utföra hälsoskolan. Samtliga tillfällen genomfördes i Arbetsförmedlingens lokaler i Malmö.

Grunden i gruppverksamheten var 2 medarbetare per grupp tillfälle som hade ansvar för gruppen samt det aktuella temat. En av dessa medarbetare deltog vid samtliga tillfällen och fungerade som samtalsledare och sammanhållande för gruppen, samt som stand-in vid eventuell frånvaro. Den andra medarbetaren skiftade och bestod av olika professioner vid olika tillfällen beroende på tema. Medverkande i Hälsoskolan under projektets gång var som nämnts ovan arbetsterapeut, läkare, psykolog, socialkonsulent och arbetsmarknadssekreterare.

Varje hälsoskola bestod av 10 tillfällen, en gång per vecka och varje tillfälle var 2 timmar, inklusive en kort paus. Tiden för gruppen anpassades efter deltagarnas SFI-schema. Därför hölls en grupp på eftermiddagen och en grupp på förmiddagen, för att ingen skulle missa värdefulla undervisningstimmar i SFI. Så gott som alla deltagare studerade SFI och kom antingen direkt från SFI till Hälsoskolan, eller begav sig till SFI direkt efter aktiviteten. Vatten fanns alltid på plats för deltagarna, ofta även frukt.

Tolkar fanns på plats för samtliga språk och alltid flera olika språkgrupper samtidigt. Varje grupp var ca 12 deltagare åt gången. Inga deltagare påbörjade insatsen efter start, för att möjliggöra en sluten grupp med samma deltagare under hela insatsen. Detta för ökad trygghet i gruppen, främja dialog och för att ge alla samma tillgång till information och kunskapshöjning inom de olika teman som hälsoskolan innefattade. Fokus för Hälsoskolan var hälsa och egenvård.

Innehåll:

- **Introduktion**
Genomgång av Hälskolans innehåll, upplägg på träffar, schema, trygghet i gruppen, respekt för varandras integritet, hantering av information, sekretess med mera.
- **Sjukvården i Sverige**



Genomgång av hur hälso- och sjukvårdssystemet är uppbyggt i Sverige, när/var söker man vård för vad, egenvård, apotek, högkostnadsskydd. Att ta kontakt med vården och rätten till tolk. Bra att tänka på inför planerat vårdbesök, användning av 1177, etc.

- **Balans i livet**

Genomgång av deltagarnas dagliga aktiviteter och aktivitetsbalans; vad gör jag för mycket/för lite av, vad mår jag bra av att göra, finns det förändringar i min vardag jag kan göra som jag skulle må bra av.

- **Fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet, vikten av att röra på sig och aktivitet vid olika tillstånd. Motionens påverkan på hälsan, sömnen och måendet. Kontakt med fysioterapeut på högkostnadsskydd etc.

- **Kost**

Kostens betydelse för hälsan generellt. Kost för specifika hälsotillstånd. Hälsosamma matvanor.

- **Psykisk hälsa och ohälsa**

Vanliga stressreaktioner samt vanliga reaktioner efter migrationsrelaterad stress och krigsrelaterade upplevelser. Vilken hjälp finns att få från vården och hur kan man hjälpa sig själv i vardagen.

- **Sömn**

Sömnens påverkan på hälsan, faktorer som påverkar sömnen, sömnstörningar, egenvård, avslappning och andning.

- **Smärta**

Vad är smärta, olika typer av smärta/smärtmekanismer. Egenvård i samband med smärta och hantering av receptfria smärtstillande mediciner.

- **Förälder och familj i ett nytt land**

Utmaningar i föräldralivet i Sverige, hur kan jag stötta mitt barn i det nya sammanhanget, hur fungerar kontakten med skola/förskola. Föräldrastöd. Alkohol, droger, tobak. Våld i nära relationer. Värderingskartan.

- **Avslutning**

Repetition och samtal om vad deltagarna tar med sig. Utvärdering. Tider till individuella möten vid behov av uppföljningar.

Vid varje tillfälle fick deltagarna information om själva temat men fokus låg sedan på dialog, samtal, frågor och reflektion kring ämnet. Varje gång inleddes med en återkoppling till förra tillfället, för att förankra och fånga upp frågor eller



knyta samman lösa trådar. Det var viktigt att etablera dialog samtidigt som det också var viktigt att vara tydlig med att det var frivilligt för var och en att dela med sig eller ej.

Metodiken byggde på dialog och inte bara på att ge information, varför de olika tillfällena också formades av deltagarnas behov i respektive grupp. Informationen för varje tillfälle baserades på en grundläggande nivå och byggdes sedan ut efter behov och önskemål i varje grupp, baserat på följdfrågor, intresse och samtal i gruppen.

I vissa teman ingick praktiska övningar. Exempelvis att kartlägga egna aktiviteter över en dag, berätta om en vanlig dag och reflektera över balansen i vardagen. Även reflektion kring egna möjligheter att göra små förändringar i vardagen som kan leda till bättre hälsa.

Delar av kursmaterialet sammanfattades och delades ut vid varje tillfälle. Alla deltagare fick en mapp att samlade materialet i och möjlighet att skriva ner eller markera information som var särskilt viktigt för var och en.

Inledningsvis delades också ett lättöverskådligt schema ut med tydlig information om samtliga tillfällen som dag, tid, plats, pauser och innehåll, samt mobilnummer och mailadress till gruppledare. Efter önskemål från deltagarna delades dessutom ett intyg ut vid avslut med information om genomgången Hälsoskola, period, innehåll och antal tillfällen.

Gruppledaren hade god kännedom om samtliga deltagare och vid oväntad frånvaro kontaktades alltid deltagaren för att signalera att personen saknades i gruppen, ofta direkt i anslutning till start för möjlighet att ansluta. Deltagare med minnesproblematik fick vid önskemål inledningsvis påminnelse inför start, i syfte att skapa möjlighet till tydlig rutin. I ett par fall etablerades kontakt med kontaktperson eller boendestöd för ökat stöd att komma till Hälsoskolan och kommande aktiviteter.

Syftet med Hälsoskolan var att ge deltagarna tillgång till information och kunskap, för att öka deltagarnas möjligheter att själva navigera i områden som rör hälsa, skapa förutsättningar till ökat handlingsutrymme och ökad egenmakt.



Resultat

I utvärdering av Hälsoskolan har deltagare och projektmedarbetare uttryckt uppskattning för aktiviteten, både för innehåll och genomförande. Deltagare har bland annat uppgett att det var givande att möta olika professioner med kunskap om olika områden avseende hälsa, och att detta tillsammans med kontinuitet i samtal och reflektion gav en helhet. Kunskap förmedlades på ett avdramatiserande sätt vilket ökade möjligheten att ta upp frågor ur ett generellt perspektiv, men också individuella svårigheter fick utrymme för de som ville fråga eller bara berätta och dela med sig.

Ett mervärde av aktiviteten var att projektmedarbetare fick ytterliga kunskap om deltagarna, vilket gjorde att planeringen för den enskilda individen tog större steg framåt. Deltagarnas styrkor och kompetenser synliggjordes och kunde stärkas. Även misstänkt ohälsa och/eller funktionsnedsättningar kunde tydliggöras, och relevant stöd sätts in. Personalen såg hur deltagarna fungerade i grupp och hur närvaro och arbetsintensitet fungerade. Aktiviteten gav också möjlighet att bygga relationer i gruppen, såväl mellan projektmedarbetare och deltagare som deltagare emellan. Många gånger kom deltagare tidigare eller stannade längre för att mötas och samtala. Några deltagare önskade fortsätta mötas efter aktivitetens slut.

Gruppdynamiken bidrog till att samtal och reflektioner fick djup och draghjälp, även kring teman som kan uppfattas som känsliga.

Hälsoskolan gav stöd till deltagarna men gav också ringar på vattnet i form av att den kunskapsförhöjning som kom deltagarna till handa inte stannade där utan togs med till familjen/partner/barn. Flera deltagare uttryckte att de hade önskat att deras partner, barn eller annan släkting hade kunnat delta.

Utifrån produktionsmålet har 80% av deltagarna aktivt deltagit i Hälsoskolan.

En majoritet av deltagarna var mellan 40–59 år gamla och saknade skolbakgrund. I målgruppsanalysen av delprojektets samtliga 98 deltagare hade 89% hälsorelaterade hinder i form av psykisk ohälsa och 61% i form av fysisk ohälsa. I många fall hade deltagarna både fysiska och psykiska hälsohinder. 85 % av



deltagarna uttryckte att de mådde dåligt och deltagare med fysisk smärtproblematik uppgick till 50%.

Delprojektet kan inte redovisa någon förändring gällande dessa siffror som resultat av deltagande i aktiviteten. Däremot berättade deltagarna om ökad känsla av trygghet efter genomgången Hälsoskola och många berättade om ett eget ökat hälsofokus och om val i vardagen gällande exempelvis rörande kost, avslappning och fysisk aktivitet.

Rent konkret bidrog Hälsoskolan till att delprojektets medarbetare fick fördjupad kunskap om deltagarnas resurser och behov samt att stöd och insatser kunde sättas in eller justeras därefter. Som tidigare nämnt bidrog således Hälsoskolan i många fall till mer effektiv planering för individen. En förutsättning för detta var det teambaserade arbetssätt som delprojektet använde sig av i verksamhetsöverskridande samarbetsteam med gemensamma ärendegenomgångar, vilket beskrivs i separat som mer övergripande metodstöd för själva delprojektet.

Lärdomar

En lärdom är att aktiviteten skulle kunna fylla behov för fler än de som ingick i projektets målgrupp. Exempelvis för utrikesfödda (inte bara nyanlända) som ska ut i arbete eller studier och som är i behov av sammansatt stöd, men också för utrikesfödda som varit länge i Sverige och står längre från arbetsmarknaden.

En utmaning kan vara att erbjuda insatsen till deltagare med olika modersmål i samma grupp. Det är viktigt att tolkarna gör sitt uppdrag och enbart tolkar det som sägs. Likaså är det viktigt att tolkarna och inte blir en del av diskussionen/samtalet, något som samtalsledare ibland fick uppmärksamma och avleda. Om det är möjligt att använda samma tolkar till samtliga tillfällen med en grupp är det att föredra. Kvaliteten på tolkningen förbättras om tolkarna får en chans att upparbeta viss förståelse för ämne och arbetssätt, något som är särskilt viktigt när det handlar om teman som kan vara känsliga.



En annan utmaning kan vara att anpassa upplägg och innehåll till nivå som passar alla deltagares förmåga att ta till sig information, då grupperna kan bestå av deltagare med väldigt olika erfarenheter och förkunskaper, olika utbildningsnivå och olika lång vistelsetid i Sverige. Detta upplevdes inte som något stort problem i delprojektet, då informationen baserades på en grundläggande nivå och att individerna i respektive grupp därefter bestämde sin egen nivå utifrån följdfrågor och samtal i gruppen.

Reflektioner

Ett råd är att i första hand, om man funderar kring denna typ av insats, inventera om det finns etablerade alternativ som går att samarbeta med eller hänvisa till. Insatsen är resurskrävande i planering av scheman och sammanställning av innehåll, men blir alltmer lönsam ju längre det finns möjlighet att arbeta med insatsen.

Om en befintlig Hälsoskola finns att remittera till, överväg att undersöka om det är möjligt att i första hand etablera samarbete, snarare än att enbart remittera. Detta för att tillvarata några av de synergieffekter som ligger i möjligheten ta del av fördjupade samtal om hälsorelaterade ämnen med deltagarna i grupp och att omhänderta den information som framkommer.

Om flera olika aktörer är involverade när Hälsoskola planeras och genomförs är det viktigt att definiera vem som är samverkanspartner och göra tydliga överenskommelser, så att de aktörer som möter målgruppen vet vad deras respektive uppdrag innebär.

Fundera över om det är möjlighet att genomföra grupper med endast en språkgrupp i taget för att skapa en lugnare miljö. Att hålla aktiviteter med flera olika språkgrupper samtidigt kan vara en utmaning, särskilt när aktiviteten bygger på dialog. Samtidigt kan mångfalden i sig bidra till dynamik i samtal och reflektioner kring erfarenheter eller synvinklar och det är bättre att ha en grupp med tolkar på flera olika språk samtidigt än att avstå från att utföra insatsen.



Grupper med både kvinnor och män har många fördelar men det är också värt att reflektera över om Hälsoskolan innehåller teman där uppdelning av gruppen i kvinnor/ män skulle gynna deltagarna.

En reflektion är att vården skulle kunna vinna på ett samarbete kring liknande aktiviteter, som ett sätt att skapa bättre förutsättningar för mer effektiv resursanvändning. Vi vet i dag att migranter i Sverige ofta har sämre hälsa än infödda och vi vet att det är många olika faktorer som påverkar. En aspekt av detta är i vilken grad individen ges förutsättningar att förstå och mer effektivt använda sig av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet.

En annan aspekt är möjligheten för vården att tidigt fånga upp och vägleda vidare personer med tecken på exempelvis migrationsrelaterad ohälsa, istället för att ofta enbart få kännedom om de fysiska effekterna i form av högt blodtryck, smärta, diabetes etc.

En reflektion är också att en god etableringsprocess - som inkluderar möjligheter för individen att erövra förståelse för hur det svenska hälso- och sjukvårdssystemet fungerar och därmed också ger individen bättre förutsättningar att mer effektivt söka och få rätt typ av vård/stöd i hälsorelaterade frågor - även skulle bidra till att vården avlastas en del av de många extra besök som i dag sker på grund av oro eller missförstånd.

Kanske skulle sådana ökade möjligheter till såväl upplevd som reell egenmakt för individen dessutom kunna medföra mer direkta positiva effekter på hälsa och mående?



Referenser

Uppdrag Psykisk Hälsa (2016). *Migration och hälsa*.

<https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/asylsokande-och-nyanlanda/om-vara-utbildningar/halsoskola/>

Vilhelmsson Andreas, Östergren Per-Olof, Björngren Cuadra Carin (2015). *Hälsa i centrum för etableringsprocessen. Bedömning av arbets- och prestationsförmåga inom etableringen av nyanlända*. Malmö högskola (MiM) 2015.

Zdravkovic Slobodan, Grahn Mathias, Björngren Cuadra Carin. (2016). *Kartläggning av nyanländas hälsa: MILSA enkätstudie*. Delrapport från MILSA – forskningsbaserad stödplattform för migration och hälsa. Malmö högskola MiM 2016.



Hälsoskola (delprojekt Eskilstuna)

Sammanfattning

I Eskilstunas delprojekt har hälsoskola varit en av metoderna som använts i syfte att nå resultatuppfyllelse i projektet. Alla deltagare har deltagit i utbildningsprogrammet. Hälsoskolan bedrivs av projektpersonal som tidigare varit med och utvecklat metoden i Eskilstuna. Olika teman, alla med koppling till ämnet hälsa, behandlas under regelbundna gruppträffar, där gruppen också drar nytta av att vara tillsammans och stötta varandra. Mycket fokus ligger på att skapa förtroendefulla relationer mellan gruppleddare och deltagare, samt på att kontinuerligt forma ett innehåll som motsvarar deltagarnas behov och förväntningar. Hälsoskolan är i regel ett uppskattat inslag, även om det behöver kompletteras med fler delar för att kunna sägas leda fram till ökad anställningsbarhet.

Introduktion

Hälsoskolan har i Eskilstuna utvecklats inom ramen för ett tidigare ESF-projekt: IntegrationsBygget i Sörmland (IBIS). Det projektet bedrevs mellan 2016-2018. Hälsoskolan utvecklades gemensamt av en fysioterapeut och en distriktsköterska från en vårdcentral som då var lokal projektägare. Upplägget inspirerades av en hälsoskola som bedrivs på en hälsocentral i Norrköping. Personalen där har skrivit en FoU-rapport som i hög utsträckning ligger till grund för Eskilstunas upplägg. Rapporten heter ”Primärvårdsbaserad hälsoinformation i grupp till ofrivilligt migrerade” och är från 2013.



Metodbeskrivning

Målgrupp

I projektet har målgruppen för hälsoskolan varit projektets målgrupp, dvs nyanlända kvinnor och män som omfattas av Arbetsförmedlingens etableringsuppdrag och som misstänks ha någon form av ohälsa/funktionsnedsättning. Män och kvinnor som nyligen avslutat etableringsuppdraget (inom sex månaderna) ingår också i målgruppen.

Hälsoskolans nuvarande format passar främst personer i behov av att bli insatta i det svenska samhällets sätt att bedriva hälso-och sjukvård (nyanlända). Innehållet har även under flera år bearbetats för att kunna tilltala personer med låg utbildningsnivå, erfarenheter säger dock att även personer med högre utbildning brukar finna innehållet intressant.

Grupprocessen underlättas av att gruppdeltagarna har någonting gemensamt, att nyligen ha kommit till landet är ett bra exempel på det. Gruppdynamiken är i sig en viktig aspekt av hälsoskola som metod.

Deltagande aktörer

Hälsoskoleledare som ansvarar för att:

- Har enskilda, kartläggande samtal med deltagare före hälsoskolan samt uppföljande enskilda samtal med individuell rådgivning efteråt.
- Planera schema för gruppträffar, ordna undervisningslokal, boka tolkar mm.
- Planera innehållet i undervisningen, ta fram material och/eller hålla materialet uppdaterat och anpassat efter gruppen.
- Bedriva undervisningen.

Personen eller personerna som ska leda hälsoskola bör ha följande kvalifikationer:

- Kunskap inom och intresse för de ämnen som behandlas
- Pedagogisk fallenhet, vilja och kunna leda en grupp och skapa goda relationer med gruppdeltagare



- Kunna och/eller vilja att lära sig tolkanvändning i grupp

Hälsoskola kan bedrivas av en eller två personer. Fördelen med att vara två är att fler kompetenser kan täckas in, om man ser till att personerna ifråga kompletterar varandra kunskapsmässigt på ett bra sätt. Ett gott samspel kan då uppstå, innebärande att medan den ena står för innehållet under ett pass kan den andra ta ett större ansvar för vad som sker i gruppen, vara behjälplig med praktiska saker som utrustning och ramar samt berika innehållet med hjälpsamma inspel och frågor utifrån gruppens mottagande.

En annan variant, som använts inom ramen för Eskilstunas delprojekt i Hälsosfrämjande etablering, är att en person leder hälsoskola. För att bredda kompetensen bjuds med fördel gästföreläsare in för att hålla i vissa teman och då tar hälsoskoleledaren den biträdande rollen som beskrivs ovan, utifrån att relationsskapande med gruppmedlemmarna har etablerats. Gästföreläsare från sjukvården är ett moment som stärker sjukvårdens samöre med projektet och har varit mycket uppskattat av deltagarna.

Hälsoskolan är en metod som kräver platstolk. Denne bör vara av en kaliber som gör gruppdeltagarna trygga. De viktigaste faktorerna är:

- Kunnig i svenska och det för tolkningen aktuella språket
- Professionell i sin roll som tolk, innebär: tolkar i jagform, är neutral och opartisk, lyder under tystnadsplikt.

Förutsättningar för att arbeta med metoden

- Tillgång till deltagare som kan sättas ihop i ändamålsenliga grupper sett till antal och språk
- Tillgång till ändamålsenliga lokaler
- Tillgång till personal: hälsoskoleledare + tolk
- Tillgång till gästföreläsare
- Personalen behöver tid för planering och utveckling av undervisning samt förkovring i aktuella ämnen
- Tid, för att hinna djupdyka i varje tema och låta alla komma till tals samt säkerställa att allt tolkas.
-



Genomförande av metoden

Struktur

Hälsoskolans upplägg ser ut som följer:

Gruppträffar en gång per vecka under 10 veckor. Grupperna innehåller minst 8 och max 15 personer. Män och kvinnor går i samma grupp. Träffarna pågår i tre timmar med paus. Två eller tre grupper har pågått parallellt med varandra under projektet.

Innehåll

Programmet som utvecklats består av följande teman:

- Gruppintroduktion + svenska hälso-och sjukvårdssystemet

Regler och ramar för hälsoskolan och gruppen. Rättigheter och skyldigheter som patient, tips på hur man kan bidra till en god vård. Sjukvårdsupplysningen med information på olika språk.

- Mat och hälsa (dietist)

Livsmedelverkets rekommendation om hälsosamma matvanor samt utifrån det diskussioner om likheter och skillnader i matkulturer.

- Egenvård

Om vanliga sjukdomstillstånd som man förväntas ta hand om på egen hand, apotekets funktion, barnperspektivet, virus och bakterier, vaccin och antibiotikaanvändning. Smittskydd och vikten av handtvätt (ett tema som blivit högaktuellt på senaste...)

- Fysisk aktivitet

Om kroppens olika funktioner och hur beroende vi är av att röra oss för att må bra. Utgångspunkt i de allmänna rekommendationerna om fysisk aktivitet samt konkreta tips på rörelser och vardagsmotion.



- Tandhälsa

Om tandvården i Sverige, vikten av att sköta sina tänder, kosten, rökning, barnperspektivet.

- Levnadsvanor

Om hälsans påverkbarhet, de viktigaste orsaksfaktorerna kopplat till våra vanligaste folkhälsoproblem.

- Sexuell hälsa

*Om hur svensk lag förhåller sig till sex och äktenskap.
Fortplantningsorganen kopplat till hälsa. Även myten om mödomshinnan och förbud mot kvinnlig könsstympning.*

- Stress och migration (kurator)

Om psykisk hälsa och migration, vad som är hjälpsamt och hur man kan söka vård.

- Vardagsstruktur (arbetsterapeut)

Gruppdiskussion och tips om hur man lägger upp ett fungerande vardagsliv med bra rutiner när man kommer till ett nytt sammanhang.

- Gruppavslut med repetition av alla teman

Säkerställande av att de absolut viktigaste har nått fram. Insamlande av deltagarnas intryck och reflexioner och diplomutdelning.

Innehållet har tagits fram med utgångspunkt i målgruppens behov dvs vanliga sökorsaker inom sjukvården, vanliga frågeställningar som framkommit i samtal med målgruppen och vanliga tillstånd hos befolkningen i allmänhet. Delvis anpassas innehållet också löpande utifrån vilka frågor som kommer upp och vad deltagarna tycker är intressant. Följande tabell är hämtad från rapporten ”Ikke-vestlige indvandrere – karakteristika, jobparathed og aktive indsatser”. Den är en del av det danska BIP-projektet och skrevs 2018. Tabellen är en indikation



på vilka medicinska områden som är lämpliga att integrera i en hälsoskola, utifrån förekomst:

Tabel 6. Brug af receptpligtig medicin seks måneder op til første BIP-måling

	IKKE-VESTLIG BAGGRUND	DANSK/VESTLIG BAGGRUND	ALLE I BIP
Livsstilsrelateret	24%	22%	23%
Smertestillende	28%	30%	29%
Antipsykotisk	8%	12%	11%
Angstrelateret	5%	8%	7%
Antidepressiva	18%	31%	28%
Misbrugsrelateret	4%	9%	8%

Note: Livsstilsrelateret medicin er medicin i ATC-klasserne A02, A10, B01 og C. Smertestillende produkter er i ATC-klasserne M01 og N02. Antipsykotisk dækker over produkter med ATC-kode N05A. Angstrelaterede produkter er defineret som ATC-koderne N05B og N05C. Antidepressiva har kode N06A. Misbrugsrelateret medicin dækker over produkter med ATC-koder N07BB, N07BC og R03.

Som ovanstående teman indikerer har fokus i hälsoskolan legat på förebyggande av sjukdomar och ohälsa. Det rehabiliterande förhållningssättet, dvs att man ser till människors resurser snarare än problem, och arbetar mot att främja självständighet har genomsyrat alla möten med deltagarna. Alla samtal och all undervisning har skett med platstolk.

Hälsoskolan har inletts och avslutats med enskilda hälsosamtal med deltagarna. Därmed har gruppledaren kunnat etablera en relation med deltagarna samt på ett tidigt stadium kunnat kartlägga eventuella behov av sjukvårdsinsatser. Hälsoskoleledaren har emellertid inte bokat in deltagarna på sjukvårdsbesök i någon hög utsträckning. Tyngdpunkten har istället legat på att förklara hur man på egen hand söker sjukvård och hur man själv kan bidra till en god vård.



Kostnader/vinster

Någon ekonomisk analys av hälsoskolan har inte gjorts inom ramen för projekt Hälsöfrämjande etablering.

Det gjordes däremot av företaget payoff inom ramen för IBIS-projektet. Då undersöktes sjukvårdskonsumtionen före och efter deltagande i hälsoskolan. Resultaten visar en minskad vårdkonsumtion bland de undersökta deltagarna enligt nedan beskrivning.

För den ena undersökta gruppen på 13 personer innebär förändringen i vårdförbrukning minskade sjukvårdskostnader motsvarande 50 300 kr per år. Siffrorna indikerar att vårdkategorin ”övriga besök i primärvård” har ökat, till skillnad från resterande kategorier. En trolig orsak är att deltagarna har anammat ett mer specifikt vårdsökarbeteende, och därmed fått hjälp av exempelvis sjukgymnaster, kuratorer och sjuksköterskor med spetsuppdrag i högre utsträckning än tidigare.

Som komplement till undersökningen genomfördes en gruppomgång med 7 somalisktalande kvinnor, som rekryterades utifrån *kriteriet att de hade en hög vårdkonsumtion i föreläget*. I denna grupp minskade vårdkonsumtionen i kategorin övriga besök i primärvård från 60 till 11 besök per år. Besöken i specialistvården ökade däremot, orsaken är svår att fastslå men hypotesen är att deltagarna i denna grupp hade ett större behov av sjukvårdsinsatser och kunde få rätt hjälp för sina besvär till skillnad från tidigare. Den totala skillnaden i vårdkonsumtion, med alla vårdkategorier inräknade, innebar för den undersökta gruppen en minskad kostnad på 7800 kronor per år.

Resultaten visade alltså på en tendens till minskad sjukvårdskonsumtion, som kraftigt tilltog om deltagarna valdes ut med kriteriet hög konsumtion i föreläget.

Resultat

Återigen har hälsoskolan inte stått i fokus för utvärderingen av projekt Hälsöfrämjande etablering, däremot gjorde den det i IBIS. Resultaten visade då



att deltagarnas upplevda hälsa förbättrades av hälsoskolan, särskilt gällande psykiska hälsoproblem. Detta mättes med hjälp av enkäter. Ett annat viktigt genomslag är de förändringar i levnadsvanor som uppgavs av deltagarna i form av utökade antal måltider, kostvanor bestående av mer grönsaker och mindre socker, ökad fysisk aktivitetsnivå, införskaffande av gymkort och tränings skor samt rökstopp och minskning av rökning. Deltagarna har inom ramen för båda projekten också beskrivit att de i hög grad upplever sig ha fått nya kunskaper, särskilt om egenvård samt om det svenska hälso-och sjukvårdssystemet.

Lärdomar

Målgruppsanalys, tydlig målformulering och uppföljning.

I allmänhet riskerar hälsoskola att bli en alltför ospecifik verksamhet avsedd för precis alla som behöver hälsa. Alla har ju en kropp och en hälsa att förhålla sig till men utifrån att det är en metod blir det viktigt att det finns en tydlig tanke med vad man vill åstadkomma. Vilka ska man vända sig till, på vilket sätt och hur ska man följa upp resultatet är viktiga frågor att ta vidare.

Analfabetism

En indelning av deltagare baserat på utbildningsnivå är att föredra. Det ger ffa personer som helt saknar skolbakgrund bättre förutsättningar att hänga med. Undervisningen kan då helt anpassas utifrån att deltagarna i gruppen har låg eller ingen utbildningsnivå, vilket blir konstigt om några har gått många år i skola. Även om själva ämnena är universella är formatet i hur de presenteras viktigt för att det ska nå fram till alla på ett bra sätt.

Tolk

Eftersom metoden innebär tolkanvändning är så språkhomogena grupper som möjligt att föredra. Detta ställer till med mycket vid deltagarrekrutering och gruppansättning men är trots allt ett ofrånkomligt faktum.



Reflektioner

Svensktalande gruppdeltagare - intressant att spinna vidare på.

Under en gruppomgång provade man i Eskilstuna att låta några svenskfödda personer från kommunens försörjningsstöd delta i hälsoskolegruppen. Några av dem tyckte att det blev jobbigt med tolkningen i klassrummet medan andra tyckte det innehåll var så spännande att det inte störde. Dessa ställde frågor och deltog i gruppdiskussionerna vilket självklart berikade verksamheten med fler perspektiv och en känsla av allmänmännisklighet. Det vore mycket intressant att följa om fler ger så på ett blandat upplägg med hälsoskola.

Referenser

- Mossberg-Maghsoudi R-M, Waldemarson H, Primärvårdsbaserad hälsoinformation i grupp till ofrivilligt migrerade. Rapport-FoUrnalen 2013:5
- Ikke-vestlige indvandrere. Karakteristika, jobparathed og aktive indsatser Væksthusets Forskningscenter 1. udgave, 1. oplag 2018.
<http://vaeksthusets-forskningscenter.dk/>
- Hult J, Grauers Y, Utvärdering av IBIS s 12-16. Oxford Research och PayOff December 2018.



Hälsostöd (delprojekt Gävle)

Sammanfattning

Traumatiska händelser i hemlandet eller i samband med flykt och ovisshet kring framtiden i ett nytt land gör att många asylsökande och nyanlända drabbas av psykisk ohälsa. För personer med lindrigare former av psykisk ohälsa kan hälsofrämjande insatser stabilisera och förbättra det psykiska måendet. Hälsostöd i grupp syftar till att förbättra hälsan hos asylsökande och nyanlända med tecken på lindrigare former av psykisk hälsa på grund av stress som uppstått i samband med migration. Hälsostöd som metod utgörs av olika träffar och leds av en gruppledare. Ämnena behandlas i dialogform för att deltagarna ska utforska frågor tillsammans, lyssna aktivt och skapa en öppenhet för olika svar och förhållningssätt. Ämnen för träffarna är bland annat hur migration kan påverka psykiskt mående, hur man söker vård till rätt vårdinstans och vad man själv kan göra för att påverka sin hälsa. Gemensamt för de ämnen som behandlas är att det syftar till att skapa förståelse och förutsägbarhet samt öka upplevelsen av sammanhang och egenmakt. Gruppledaren har vanligen erfarenhet från människovårdande eller stödjande arbete. Kunskap och vana av att leda grupper och gruppdialoger är en fördel. I detta metodstöd är funktionerna som medverkar psykolog, sjukgymnast, socialkonsulent och medarbetare/handledare med utbildning inom psykologi, hälsa och friskvård vilket också har bidragit till det holistiska hälsotänket som genomsyrat metoden.

Introduktion

Hälsostödets syfte är att bidra till ökad hälsa och medvetenhet om hälsa och egenvård hos nyanlända. Den ska öka medvetenheten om kopplingen mellan psykisk ohälsa och fysisk ohälsa och bidra till att bryta stigmat kring psykisk ohälsa. På det sättet blir det även lättare att identifiera ohälsa och/eller funktionsnedsättning. Hälsostödet ska bidra till att öka den upplevda hälsan hos den nyanlända samt att ge en känsla av ökad egenmakt. Det kan därmed bidra



till en allmän förbättring av hälsotillståndet och att den nyanlända kan närma sig arbetsmarknaden. För hela gruppen Hälsostödsdeltagare associeras Hälsostöd med ökad hälsolitteracitet, framförallt med avseende på symtom och stigma kring psykisk ohälsa liksom var man söker vård för sådana problem (Priebe, Löve, Wrede, Jonasson, Hermansson, 2019). Vid bedömning om vilka som ska få Hälsostödet, görs ingen selektion kring vilka individer som bedöms behöva Hälsostödet, utan alla bedöms behöva ta del av det. Metoden bygger på Metodstödet för Hälsostöd från Uppdrag Psykisk Hälsa och har sedan byggts på med de träffar som behövs för att öka på individens hälsolitteracitet, egenmakt och stegförflyttning mot arbete. Därför har även tematräffar som handlat om jämställdhet, vägledning mot arbete och att arbeta med funktionsnedsättning mm inkluderats i upplägget. Dessa har genomförts i regi av projektmedarbetarna själva.

Metodbeskrivning

Målgrupp

Nyanlända män och kvinnor i åldern 20 – 64 år inskrivna i Arbetsförmedlingens Etableringsprogrammet eller Jobb – och utvecklingsgarantin, eller inom 2 år efter avslutat Etableringsprogrammet (eller tidigare Etableringsplan). Som har uttalad ohälsa och/eller funktionsnedsättning eller där det finns misstanke om.

Aktörer

- Projektmedarbetare (handledare) från Arbetsförmedlingen
- Projektmedarbetare (handledare) från Gävle kommun
- Projektmedarbetare (psykolog) från Arbetsförmedlingen
- Projektmedarbetare (sjukgymnast) från Arbetsförmedlingen
- Projektmedarbetare (socialkonsulent) från Arbetsförmedlingen
- Projektmedarbetare (SIUS-konsulent) från Arbetsförmedlingen
- Region Gävleborg – (upphandlat enligt LOU, vissa delar av Hälsostödet) – funktioner inom vården (ex. sjuksköterska, sjukgymnast och barnmorska)
- Utomstående föreläsare/aktörer vid enstaka tillfällen



Förutsättningar

- 1 – 2 handledare i grupp (med någon form av kompetens inom hälsa och friskvård eller dyl.)
- Tolk och/eller språkstöd
- Lokal med tillgång till dator och projektor för att kunna visa filmer mm. alternativt att det sker helt digitalt (om möjligt)
- Ekonomi om det krävs ersättning för de som ska hålla i träffarna.
- Budget för om Hälsoskolan ej finns upphandlad redan, för att kunna upphandla och köpa dessa träffar
- Tillgång till dator och projektor för att kunna visa filmer mm.

Genomförande

Inför planering och utveckling av metoden sattes målet att ge deltagarna i kursen där Hälsostödet ingår, en kunskapshöjande insats för att öka känslan av egenmakt och öka hälsolitteraciteten. I detta hade vi också hypotesen att det även skulle bli lättare att identifiera ohälsa och funktionsnedsättning.

Metodbeskrivning & Gruppledarguide Hälsostöd

Se bilaga

Filmer Hälsostöd

Det finns ett flertal filmer på olika språk på Uppdrag psykisk hälsa. Filmerna som ingår i metodstödet är:

- Introduktion om vad Hälsostödet är
- Hur flykten kan påverka hälsan
- Stress och sömn
- Känslor
- Mat och fysisk aktivitet
- Tobak, alkohol och narkotika



- Sexuell hälsa
- Vårdcentralens roll

Filmerna finns på språken arabiska, tigrinja, somaliska och dari.

De olika hälsostödsträffarna hålls av olika funktioner utifrån kompetens i innehållet för träffen. Dessa moment utförs av funktioner inom vården med rätt kompetens för den träffens tema:

- Hur flykten påverkar hälsan
- Hälsocentrallens roll
- Barnhälsa
- Sexuell hälsa
- Tobak, alkohol och narkotika



Exempel på temainnehåll:

Kalendervecka torsdagar FM 9.00- 12.00 samt EM 13.00- 16.00	Kurs vecka 2018	Aktivitet	Aktör
V 36	1	Hur kan flykten påverka hälsan	Region Gävleborg
V 37	2	Sjukvårdssystemet, vårdcentralens roll	Region Gävleborg
V 38	3	Stress / känslor	Vi själva
V 39	4	Sömn	Vi själva
V 40	5	Fysisk aktivitet/ motion	Vi själva
V 41	6	Tobak, narkotika och alkohol (spelberoende?)	Region Gävleborg
V 42	7	Mat och hälsa	Vi själva
V 43	8		
V 44	9	Stress / känslor, uppföljning	Vi själva
V 45	10	Fysisk aktivitet/motion	AF AR- professioner
V 46	11	Ångest, oro, trauma, PTSD	Psykolog AF
V 47	12	Uppföljning av ångest, oro, trauma, PTSD	Vi själva
V 48	13	Sexuell hälsa	Region Gävleborg
V 49	14	Barnhälsa	Region Gävleborg
V 50	15	Funktionsnedsättning	AF AR- professioner
V 51	16	Uppföljning/avslut	Vi själva



Hälsostödsträffarna ingår i ett kursupplägg där deltagarna träffas under en längre period, 12 - 16 veckor, enligt ett schema med 3 träffar i veckan, där Hälsostödet utgör 1 träff i veckan.

Basen är det metodmaterial som finns på www.uppdragpsyiskhalsa.se och sedan utökat med fler teman på hälsostödsträffarna.

Vårt upplägg:

- Max 10 deltagare i varje grupp. Män och kvinnor i olika åldrar.
- Schemalagt med 16 veckor i grupp och 16 träffar med hälsotema.
- 1 dag/veckan.
- Förmiddagsgruppen kl. 09:00-12:00 och Eftermiddagsgruppen kl. 13:00-16:00.
- Vi har 2 handledare/projektmedarbetare i varje grupp. Beroende på tema på gruppträffen så varierar det vilka funktioner som håller i gruppträffen (se bild & beskrivning innan).
- 1 Tolk och/eller 1 språkstöd. Det som kan avgöra om det ska vara tolk eller språkstöd är hur avancerat ämnet som ska diskuteras är, men utgångspunkten ska vara att tolk ska användas så ofta som möjligt och att språkstöd är mer som ett komplement och en "kultur-överbyggare".

Lärdomar

Handledarnas kunskap om hälsolitteracitet och hur nivån på detta påverkar personerna och hur de tar till sig informationen. Förförståelse att deltagarna ofta har låg hälsolitteracitet och att det kräver anpassningar i arbetssätt för att deltagarna utifrån där personen befinner sig.

Hälsostödet är en viktig del av den hälsofrämjande insatsen för att öka just hälsolitteraciteten hos de nyanlända och ge ökad egenmakt att ha kunskap om hälsa och egenvård. Vilka ämnen som ska ingå har varit en del av metodutvecklingen och har vuxit fram utifrån vad som har varit av intresse hos deltagarna, och främst deras uttryckta behov från den feedback som har getts. Den här förmågan att anpassa innehållet något efter deltagarnas behov stöd i en rapport som kom 2019 (Priebe, Löve, Wrede, Jonasson, Hermansson, 2019).



Men innehållet har också formats fram från den kunskap som funnits hos projektmedarbetarna och med deras kompetens. Baktanken har hela tiden varit vad som kan tänkas ge den bästa helhetskunskapen kopplat till att öka individens hälsolitteracitet och göra en stegförflyttning mot arbetsmarknaden.

En av lärdomarna är att det är viktigt att handledarna som håller i tematräffarna är trygga med ämnet som ska diskuteras. Det är viktigt att komma förberedd till träffen och att ha pratat ihop sig med de andra medarbetarna eller handledarna om upplägget på träffen. Exempelvis vilka typ av frågor som kan dyka upp hos deltagarna och hur vi ska hantera dessa. Men - var såklart beredd på att det kommer frågor eller ett diskussionsämne som du inte har räknat med! Känn in om du tycker att diskussionen tangerar det som ni tar upp för dagen och är värt att hålla sig kvar vid, eller om det är något som kan tas upp vid ett senare tillfälle. Våga lyssna in frågor eller tankar som kommer som kan kännas ovana och svåra att besvara med detsamma. Var i tystanden en stund om du behöver och om du inte kan besvara i grupp, be om att få återkomma efter att du tagit reda på mer information.

En annan lärdom är att det är kostnadseffektivt och gynnsamt att ha medarbetare som är utbildade inom hälsa och/eller socialt arbete på något sätt. Det ger ett multikompetent team där alla, oftast, har samma syn och drar åt samma håll. Det finns värderingar och synsätt som harmoniserar och det kommer att märkas när ni ska arbeta ihop och tillsammans med deltagarna. Dessutom är det effektivt för utvecklingsarbetet att människor som är intresserade av människor och hälsa och, förhoppningsvis, är beredda att komma med feedback och förbättringsförslag för att göra det dagliga arbetet så bra som möjligt. Självklart så ska grundmetoden vara fast, men det är lärorikt och bra för deltagarna som man arbetar med/för om det finns en vilja att utvecklas och göra arbetet bättre hela tiden. Det kan också visa på ett flexibelt sinne som tillåter ny information och nya synvinklar komma in, något som är bra när man arbetar med människor och som också kommer från andra kulturer.

Förbered tolken som ska vara i grupp på det ämne som träffen handlar om. Det ger tolken en chans att förbereda sig, ex. om det behövs kolla upp vad vissa ord heter på språket som ska tolkas i. Det kan även göra tolken lättare till mods om



det är något som hen är ovan att tala om. Det underlättar om det är en trygg tolk som tolkar i Hälsostöds-träffarna.

Referenser

Priebe, G., Löve J., Wrede, O., Jonasson , M. J., Hermansson , J., (2019). Kan Hälsostöd främja en positiv utveckling av psykisk hälsa och hälsolitteracitet hos asylsökande och nyanlända?

Bilagor

[Produktbeskrivning Halsostod \(2\).pdf](#)

[Metodstöd-Enkel-mall-för-att-identifiera-personer-i-behov-av-hälsostöd -
Reparerad.pptx](#)

[Hälsostöd infoblad \(1\).pdf](#)

[Gruppledarguide Halsostod.pdf](#)

[normkritik.pdf](#)



Hälsosamtal (delprojekt Malmö)

Sammanfattning

Hälsosamtalen utvecklades inom ramen för delprojektet som svar på behov av bättre kännedom om deltagarnas hälsosituation, inför vidare planering av insatser.

I Hälsosamtalen identifieras och uppmärksammas individuella behov av stöd. Under projektperioden var hälsosamtalen den ”plattform” som projektteamet ständigt återkom till vid ärendegenomgångar. Vilka behov hade uppkommit? Vilka åtgärder hade tagits och av vem? Var i processen stod vi nu?

Hälsosamtalen var också en viktig del i en samordnad planering, i arbetet med att anpassa och koordinera parallella insatser som motsvarade de behov som framkommit inom olika områden och som ledde individen vidare i etableringsprocessen.

Som metod är Hälsosamtal inte något helt nytt i sig. Inom exempelvis vården är Hälsosamtal ett viktigt redskap i möte med målgruppen. Delar av metoden har också använts på Arbetsförmedlingen av specialister och av handläggare som arbetar med rehabuppdraget, samt av handläggare i Malmö stad som arbetar med målgruppen. En skillnad kan vara just fokus på och kunskap om migration och hälsa, vilket delprojektet menar är en av de viktigaste kompetenserna jämte bemötande, god samtalsmetodik och förmåga att skapa förtroende i mötet. Viktigt är också att den information och de stödbehov som framkommer omhändertas.

Att inom etableringen strukturerat genomföra hälsosamtal tidigt i processen ökar möjligheten för tidig identifiering av ohälsa och hälsorelaterade stödbehov. Det i sin tur leder till att etableringsplanen snabbare kan anpassas och att individen får rätt stöd. Behov av stöd i kontakt med vården kan fångas upp och omhändertas, varvid även vården kan inleda åtgärder inom sitt område. Det blir också enklare för etableringshandläggaren att specificera vad en läkare ska



bedöma i de fall det är aktuellt att efterfråga läkarutlåtande om hälsotillstånd (LOH) från vården, och läkaren kan skriva bättre intyg då individen är känd. Sett ur individens perspektiv kan ett hälsosamtal leda till ökad autonomi och bättre förutsättningar i det nya landet.

Hälsosamtalet är ett redskap som kan lyftas ut ur projektsammanhanget och genomföras enskilt, av exempelvis Arbetsförmedlingen som har ansvar för samordning av etableringsprocessen och ansvar för rehabuppdraget i etableringen.

Introduktion till arbetssätt/metod

Hälsosamtal är en metod som i delprojektet använts för att tidigare identifiera, utreda och omhänderta ohälsa/funktionsnedsättning och stödbehov, samt lägga grunden för vidare planering.

I delprojekt Malmö upptäckte vi tidigt att det ofta fanns väldigt lite information om individens hälsotillstånd i Arbetsförmedlingens system, samtidigt som hälsan är central för flera olika delar i etableringsprocessen. Ledtiderna till att få svar på förfrågan av läkarutlåtande om hälsotillstånd (LOH) är långa och när utlåtandet väl kommer återspeglar underlaget inte alltid hur individens hälsa påverkar förmågan att delta i planering, eller svarar på hälsotillståndets påverkan på arbetsförutsättningar.

Migranter i Sverige har ofta sämre fysisk och psykisk hälsa än infödda medborgare. Studier visar att individens hälsotillstånd påverkar chanserna till god etablering och omvänt att en väl fungerande etableringsprocess påverkar hälsotillståndet positivt (Vilhelmsson et al. 2015). Individens hälsa påverkas av flera olika faktorer, exempelvis förhållanden i hemlandet, själva migrationsprocessen och hur integrations- och etableringsprocessen fortskrider efter ankomsten till Sverige. Viktigt för hälsan och måendet är även socioekonomiska faktorer som att komma i arbete, erhålla bostad och undvika social isolering.



Deltagarna i projektets målgrupp hade ofta komplex problematik som på olika sätt var kopplad till hälsa. Därtill kom även ytterligare utmaningar som kulturella skillnader i synen på hälsa, låg hälsolitteracitet och utmaningar med att kommunicera på svenska samt att tillgodogöra sig information från olika myndigheter eller andra viktiga aktörer.

I delprojektet blev det tydligt att det inom målgruppen generellt förekommer svårigheter i kontakten med vården och att bristande kommunikation med vården utgör en av de största flaskhalsarna inför en aktiv och fungerande planering.

Att utföra hälsosamtal är i sig inte en helt ny metod. För vården kan det vara ett viktigt redskap i möte med målgruppen. Röda Korset, Rädda Barnen och Svenska kyrkan har tagit fram ett omfattande stödmaterial kallat "Hälsosamtalsguiden" som ger personal inom primärvård, flyktinghälsa och elevhälsa stöd att genomföra utökade hälsosamtal riktade till nyanlända vuxna och ungdomar med permanent uppehållstillstånd (Uppdrag psykisk hälsa, se ref.). Detta material har delprojektet använt som en av flera viktiga kunskaps- och inspirationskällor. Även andra professioner använder sig av fördjupade samtal om hälsa, exempelvis vissa yrkesprofessioner på Arbetsförmedlingen och vissa handläggare inom Malmö stad som möter målgruppen.

På Arbetsförmedlingen använder professioner som psykolog, arbetsterapeut, fysioterapeut och socialkonsulent metoder som innefattar utredning av hälsa och funktionsnedsättning samt behov av stöd rätt instans. I dessa utredningar, som mynnar ut i en rekommendation för vidare planering, ingår hur hälsan påverkar arbetsförutsättningarna och vilka eventuella behov av stöd eller anpassningar som föreligger.

För att bli hänvisad till en insats av ovanstående professioner inom Arbetsförmedlingen krävs att en handläggare på Arbetsförmedlingen uppmärksammar behovet och kontaktar respektive profession.



Det handläggarsöd som finns på Arbetsförmedlingen inom etableringen omfattar Kartläggningssamtal i Etableringsprogrammet och Stödfrågor för klargörande av hälsotillstånd.

I detta stödmaterial finns 10 frågor som kan användas för en första kartläggning av hälsotillstånd för att därefter ta ställning till följande:

- Behov av samarbete med AR-specialist för ytterligare klargöranden av arbetsförutsättningar.
- Behov av kontakt med hälso- och sjukvården.
- Behov av att anpassa aktiviteter.

Ingen av deltagarna som remitterades till delprojektet hade fått denna kartläggning av hälsotillstånd.

Utöver att verkligen genomföra fördjupade samtal om hälsa med den specifika målgruppen är det viktigt att samtalen bygger på kunskap och om migrationsprocessen och dess påverkan på hälsan och måendet.

Metodbeskrivning

Målgrupp

Målgruppen för Hälsosamtal var samtliga deltagare i projektet det vill säga deltagare från etableringen med hälsohinder, misstänkt ohälsa/funktionsnedsättning eller oklarheter i varför deltagaren inte kom vidare i sin planering.

Deltagande aktörer

I delprojekt Malmö arbetade olika yrkesprofessioner med hälsosamtalen i olika omfattning och i olika faser av projektet. Exempelvis psykolog, socialkonsulent, arbetsterapeut, läkare, arbetsmarknadssekreterare, socialsekreterare och arbetsförmedlare.

Professionen i sig är egentligen inte viktig, däremot är kunskap om migration och hälsa viktigt. Likaså är kunskap om fysisk och psykisk hälsa i allmänhet och



trauma i synnerhet viktig. Framförallt är god samtalsmetodik, utforskande frågor och tillitsskapande bemötande som ger utrymme för samtal om svåra ämnen viktigt, faktiskt kanske det allra mest avgörande för samtalets utfall.

Grunden i samtalet och därmed också i kompetensen hos den som utför hälsosamtalet är att samtalet är baserat på insikt och kunskap om migration och hälsa.

Personen som håller i samtalet behöver även kunna arbeta vidare enskilt eller tillsammans med andra utifrån de behov av stöd som uppkommer i hälsosamtalet. Det är viktigt att information om behov inte bara kartläggs utan också omhändertas på relevant sätt.

Förutsättningar för att arbeta med metoden

En grundläggande förutsättning för att arbeta med metoden är att Hälsosamtalet är ett självklart redskap i verksamheten som möter målgruppen, och att kompetens för att utföra samtalet finns hos berörda medarbetare. Det vill säga att arbete med hälsosamtal utgör en viktig del av arbetet samt att arbetet värderas och organiseras därefter.

Viktig kompetens är, som nämnts ovan, kunskap om migration och hälsa i allmänhet samt om migration och krigsrelaterad stress i synnerhet. God samtalsmetodik och förmåga att skapa kontakt och trygghet i samtalet är också grundläggande förutsättningar.

Genomförande av metoden

I delprojekt Malmö utvecklades metoden efter hand inom ramen för projektet. Arbetet gick från att genomföras av vissa projektmedarbetare som uppfattade att behov fanns av fördjupade samtal om hälsa, till att samtliga deltagare erbjöds Hälsosamtal tidigt i processen. Då sista gruppen deltagare var i gång hade arbetssättet utvecklats efter de erfarenheter som arbetet med tidigare grupper gett.



Det vill säga Hälsosamtal bör genomföras med samtliga deltagare i syfte att tidigt identifiera ohälsa, funktionsnedsättning samt andra hälsorelaterade behov och bör inledas så tidigt som möjligt i processen.

Hälsosamtal kan vara men är oftast inte ett enda samtal, utan består av en serie samtal och innefattar även uppföljning av de stödbehov som har framkommit.

Samtalet omfattar frågor inom olika område som berör hälsan, tex:

- Nuvarande hälsosituation och kontakter med sjukvården.
- Hälsa i hemlandet.
- Egen upplevelse av hälsan och måendet, koncentrationsförmåga, sömn, hur det går på SFI.
- Bostadssituation.
- Familjeförhållanden, familj i Sverige och ev. familj som är kvar i hemlandet eller kanske saknas.
- Migrationsprocessen, och vägen hit.
- Utbildning och arbetslivserfarenhet.
- Tankar om framtiden.
- Individens egna tankar och önskemål kring behov av stöd och egna tankar kring vad individen klarar utföra självständigt.

Det är viktigt att tänka på att det handlar om samtal. Inte om ett frågeformulär som ska gås igenom och fyllas i. Den som håller i samtalet behöver vara lyhörd för var det finns behov av att ställa fler frågor, formulera om eller återkomma till vissa områden. Närvaro och följsamhet är hjälpsamma egenskaper.

Anledningen till vikten av bredd och djup i hälsosamtalen är att målgruppen ofta har komplex problematik, och att många olika faktorer påverkar såväl hälsan som möjligheter att delta/gå vidare i planeringen. I delprojekt Malmö såg vi tydligt att många deltagare hade behov av stöd i kontakt och kommunikation med vården och att det ofta var just där som vi behövde börja för att skapa förutsättningar för individen att ta hållbara steg framåt.

Hälsosamtalen mynnar ut i en sammanställning av behov och lägger grunden för planering av stöd/åtgärder, samordningsbehov och vid behov anpassning av andra pågående aktiviteter samt uppföljning.

Resultat



Delprojekt Malmö hade mellan oktober 2018 till sista september 2020 sammanlagt 98 deltagare, varav ca 70 % kvinnor och 30 % män. En majoritet av deltagarna var mellan 40–59 år gamla och saknade eller hade mycket bristfällig skolbakgrund. Av 98 deltagare med olika former av hälsorelaterade hinder hade 89 % psykisk ohälsa och 61 % fysisk ohälsa. I många fall hade deltagarna både fysiska och psykiska hälsohinder.

- 85 % av deltagarna gav uttryck för att må dåligt psykiskt och 50% av deltagare hade bekräftad fysisk smärtproblematik.
- 42 % av deltagarna saknade bostad eller led av trångboddhet.
- Svåra familjesituationer och oro över saknade familjemedlemmar eller familj kvar i hemland präglade 43 % av deltagarnas vardag.
- Andelen deltagare som under inskrivningsperiod i projektet hann få registrerad funktionshinderkod hos Arbetsförmedlingen uppgick till 9 %.
- Andelen deltagare som utifrån framkomna behov och eget önskemål under inskrivningsperioden kunde överföras till Avanti (för deltagare med behov av anpassade insatser på grund av PTSD [posttraumatiskt stressyndrom] och migrationsrelaterad stress) var 12 %.
- Andelen deltagare som avslutades i projektet och samtidigt avslutades på Arbetsförmedlingen mot vidare planering genom kommunens insatser var 5 %.
- Andel deltagare som remitterades till Pilotprojekt psykisk hälsa (i samverkan med Länsstyrelsen och Malmö stads insatser för samhälls- och hälsoinformation) var 12 %.
- Andelen deltagare som uppnådde bekräftade stegförflyttningar inom ramen för inskrivningstiden i delprojektet var 77 %.
- Andel kvinnor som deltog i cykelskola i samarbete med ideell förening var 12 %.



Lärdomar

”Som man frågar får man svar och om man inte frågar får man oftast inga svar”, påminde vi ofta varandra under våra ärendegenomgångar i projektteamet.

Projekttagarna remitterades generellt till delprojektet med mycket lite information om hälsotillstånd, mående eller andra svårigheter. Med hälsosamtalen frågade vi och fick svar på att en mängd olika bakomliggande faktorer ofta bidragit till den ohälsa som påverkat förutsättningarna för individen att följa och klara av att delta i liggande planering.

I början av projektet hölls inte hälsosamtal systematiskt med alla deltagare utan utfördes då behov uppmärksammades. Inledningsvis utförde främst projektmedarbetaren från Malmö stad dessa fördjupade samtal om hälsa, tills Region Skåne bidrog med den resurs från regionen som projektet väntat på.

Mer allmänna frågor om hälsa och mående ställdes redan i samband med inskrivning i projektet, för att uppmärksamma behov av extra stöd, och inskrivningssamtalen fick ofta kompletteras med uppföljande djupare samtal om just hälsa och mående. Efterhand utvecklades metoden till att samtliga deltagare erbjöds och fick fördjupade hälsosamtal. Lärdomen av denna utveckling är att hälsosamtalen är grundläggande för hållbar och effektiv planering och därför bör genomföras systematiskt och komma så tidigt i processen som möjligt.

Många av de behov som identifierats går att hitta stöd och lösningar för. Det viktiga är att identifiera vilka behov som finns, hur stödbehoven ser ut och vilka åtgärder som behövs. Den största lärdomen är att detta arbetssätt är grundläggande för hållbar planering inom etableringen och att samtal om hälsa behöver komma in tidigt i processen. När bakomliggande behov inte identifieras kan inte heller rätt typ av stöd sättas in. Tid och resurser används då inte på rätt sätt men risk finns också att individens etablering försvåras.

All övrig planering blir relevant och konkret när identifiering av behov och hinder görs i hälsosamtal. När deltagare får formulera sin situation och får återkoppling till denna leder det till att deltagaren själv får en tydlig bild av egna reella styrkor



respektive utmaningar. Samtalen leder oftast också till att samarbetet med deltagaren stärks. När identifiering av olika hinder sker i tidigt skede kan mer effektiva och hållbara planeringar ta form.

Under hälsosamtal görs dessutom överenskommelse om stöd i kontakt med vården och aktuella vårdkontakter dokumenteras, vilket gör att samordnaren/handläggaren har möjlighet att snabbare kontakta vården och stödja deltagarens process.

Reflektioner

Hälsosamtalen genomfördes i ett sammanhang där delprojektet arbetade nära tillsammans i Myndighetsöverskridande team och lade stort fokus på att använda den information som och kunskap som kom fram ur samtalen för att anpassa och samordna individens planering. Samtidigt som Hälsosamtalet är ett redskap som kan lyftas ut ur projektsammanhanget och utföras av en enskild aktör är det värt att notera att just det myndighetsöverskridande teamsamarbetet var en viktig komponent för att skapa en gemensam bild av individens resurser och behov och därmed en enhetlig planering. När var och en myndighet har var sin handlingsplan med individen skapas en otydlighet som den specifika målgruppen kan ha särskilt svårt att hantera, något som i sig riskerar att öka ohälsan oavsett goda intentioner.

Inom ramen för delprojektet erbjöds även ett antal gruppaktiviteter, varav exempelvis Hälsoskola var en. Genom det myndighetsöverskridande teamsamarbetet genomfördes dessa aktiviteter verksamhetsgemensamt, vilket betyder att teamets samtliga medarbetare träffade och lärde känna deltagarna i gruppssammanhang. Just denna kombination av individuella möten och att se och interagera med deltagarna i grupp tillför ytterligare en dimension av viktig information om resurser och behov.

Vi har tidigare poängterat att Hälsosamtalet är grunden för att identifiera och uppmärksamma individuella hälsohinder och behov av stöd, samt att ju tidigare i kontakten Hälsosamtalet utförs desto färre fallgropar och villovägar i planeringen



hamnar individen i. En reflektion är att ett närmre samarbete mellan vården och Arbetsförmedlingen inte enbart skulle underlätta individens integrations- och etableringsprocess, utan sannolikt även skulle avlasta vården väsentligt.

Hälsosamtal är ett användbart tillvägagångssätt även i arbete med andra målgrupper i verksamheter som brottas med samma typ av utmaningar kopplade till hälsa och mående, och där det finns behov av samordnad av planering.

Referenser

Uppdrag Psykisk Hälsa. *Migration och psykisk hälsa.*

<https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/verktyg/guide-for-utokat-halsosamtal-med-nyanlanda-barn-och-vuxna-med-put/>

Vilhelmsson Andreas, Östergren Per-Olof, Björngren Cuadra Carin. (2015) *Hälsa i centrum för etableringsprocessen.* Bedömning av arbets- och prestationsförmåga inom etableringen av nyanlända. Malmö högskola (MiM) 2015.

Bilaga 1: Att tänka på inför hälsosamtal

Underlaget för hälsosamtal skall ses som ett **stöd för samtal**, *inte* som ett underlag med en serie frågor att gå igenom i tur och ordning.

Grunden för samtalet är **kunskap om migration och hälsa** och förståelse för migrationsprocessens påverkan och hur hälsan kan påverkas före, under och efter flykt.



Det viktigaste i samtalet är att **skapa förtroende** och att **förmedla lugn och genuint intresse**.

Se till att ni har **gott om tid** för samtalet och om möjligt en lokal som ger förutsättningar för ett bra samtal. Se gärna till att vatten och pappersservetter finns tillgängligt.

Samtalet är en gemensam **utforskande process** som också innebär att skapa kontakt och bygga förtroende och kan behöva löpa över flera tillfällen. Tid för uppföljning av överenskomna åtgärder kommer också att behöva bokas in. **Kontinuitet i kontakten** är viktig.

Var tydlig med **syftet** med samtalet och betona att du vill förstå så mycket som möjligt av personens situation för att ni tillsammans ska kunna komma fram till bra sätt att stödja personen.

Betona **sekretessen** och att den gäller både dig och tolken men var också tydlig med att du arbetar tillsammans med kollegorna i teamet för att ni gemensamt skall kunna stötta personen på bästa sätt.

Viktigt är också att vara **lyhörd** och att lyssna både efter det som sägs och det som inte sägs. Följ samtalet, inte i första hand frågeformuläret. Ibland kan en fråga behöva **omformuleras** eller lämnas för att åter tas upp lite längre fram eller vid ett helt annat tillfälle.

Den som utför samtalen behöver ha kunskap om hur symptom på psykisk ohälsa, PTSD och migrationsrelaterad stress kan se ut och vilka uttryck det kan ta sig.

Tänk på att alla inte betraktar eller pratar om psykisk ohälsa på samma sätt.

Tänk också på att många har erfarenheter med sig som bidrar till svagt eller inget förtroende alls för myndigheter och att situationen därför kan kännas extra obekvämt och kanske påverkar hur personen svarar.



Fråga efter och lyssna in hur personen själv uppfattar sin situation. Ge **utrymme för pauser**.

Säkerställ att personen uppfattar och **förstår frågorna**. Pressa aldrig fram svar. Betona att **samtalet är frivilligt**.

Skapa utrymme för kontakt och förtrolighet i samtalet och se till att du **tar hand om det som personen berättar** om på ett respektfullt sätt.

Säkerställ också med jämna mellanrum under samtalet att du har förstått det som personen har berättat för dig.

Även om situationen kan vara svår, försök att också lyfta **resurser** och att tillsammans hitta **hoppingivande faktorer**.

Innan ni avslutar samtalet, **sammanfatta** vad ni har kommit fram till gällande personens behov och önskemål samt vad ni har kommit överens om gällande åtgärder, aktiviteter, planering, nytt samtal etc.

Säkerställ också att personen har dina **kontaktuppgifter** om frågor, tankar eller behov av kontakt kommer upp efter samtalet.

Bilaga 2: Stödfrågor vid hälsosamtal

Datum:

Personuppgifter

Personnr:



Namn:

Telefon:

Mail:

Födelseland:

Språk:

Tolkbehov:

När kom du till Sverige?

Är du hälsundersökt?

I så fall var och när?

Går du i skolan/praktik/annat nu?

Hur trivs du/ hur fungerar det för dig?

Bakgrund i hemlandet:

Skolgång:

Arbete:

Intresse:

Familj och boende i Sverige

Har du familj/släktingar i Sverige?

Vilka är de och hur är er kontakt?

Har ni varit ifrån varandra/hur länge:



Har du barn? Ålder:

Var finns dina barn?

Vill du berätta om hur du/ni kom till Sverige?

Familj utanför Sverige

Har du familj/släktingar kvar i hemlandet eller i ett annat land?

Vilka är de?

När hade du kontakt med dem senast?

Finns det någon familjemedlem/släkting som du inte vet var hen befinner sig?

Hälsa

I hemlandet

Har du varit i kontakt med sjukvården i hemlandet eller annat land?

Mående

Hur mådde du i hemlandet? Sätt ett kryss framför siffran som stämmer på dig.

1=mycket dåligt, 10= mycket bra

1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__

Hur mår du nu? Sätt ett kryss framför siffran som stämmer på dig. 1= mycket dåligt, 10= mycket bra

1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__

Om du har hälsoproblem vilka är det?

Har du kontakt med någon läkare/var?



Hur har du det med sömnen?

Hur har du det med koncentrationen, tex i klassrummet, om du studerar/ på praktiken/ annat?

Om du studerar, hur länge har du studerat och känner du att du lär dig och kommer vidare eller känns det som att det är svårt?

Är det något som oroar/bekymrar dig i nuläget?

Är det något du vill ha hjälp med vad gäller din hälsa eller ditt mående?

Framtid

Vad har du för planer för ditt liv i Sverige?

Egen bedömning

Vad behöver du hjälp med för att genomföra dina planer/vad kan du göra själv:

Planering

Behov av åtgärder/ stöd och samordning inom:

Sjukvården

Bostad

Ekonomi

Annat

Bilaga 3: Mall för sammanfattning av hälsosamtal

Hälsosamtal

Inledande samtal kartläggning/bedömning behov
av:

Datum:

Samtal genomfört

Namn:



Personnummer:

Telefon:

Mail:

Ankomst till Sverige:

Bakgrund:

Social situation (boende, familj, nätverk, ekonomi etc.)

Språk (hemspråk, övrig språkkompetens, tolkbehov):

Studier (I Sverige och i hemlandet):

SFI

Arbete (I Sverige och i hemlandet – arbete/praktik, erfarenheter, körkort, färdigheter):

Hälsa (I Sverige och i hemlandet, fysiskt/psykiskt, kontakt sjukvården, medicinering, mående etc.):

Ev. underlag från vården:

Kontakter med andra myndigheter:

Framtiden (tankar om framtiden, arbete, studier, vad är viktigt/vad motiverar):

Förväntningar/behov (största stödbehoven enligt dt:s egen bedömning):

- 1.
- 2.
- 3.

Inledande bedömning av stödbehov från projektet: (Exempel)

- Avstämning med vården om planering, tidigare insatser, möjligheter till ytterligare rehabiliterande insatser.
- Avstämning med vården ang. kontakt med fysioterapeut och att återuppta samtalskontakt.



- Kontakt med Af:s specialister för utredning av arbetsförutsättningar.
- Kodning hos Af för tillgång till stödinsatser.
- Avstämning med SFI för klargörande i relation till studiesituationen och samordna planering.
- Stöd till kontakt med Bostadsrådgivningen.
- Ev. stöd undersöka förutsättningar till annan förskoleplats.

Behov av fortsatt samplanering med:

Överenskommelse inför nästa möte:

Fortsatt samtal bokat:



Friskvårdsaktivitet (delprojekt Nacka-Värmdö)

Sammanfattning

Under fem veckor i juli och augusti 2019 arrangerade projekt Hälsöfrämjande etablering Nacka Värmdö (HE) tillsammans med Komvux Värmdö SFI en träningsaktivitet för kvinnliga elever på SFI-undervisningen. Instruktor var en kvinnlig elev på SFI som hade tränarbakgrund från sitt hemland där hon jobbat med både gruppträning och personlig träning. En träningslokal på ett gym hyrdes in under de aktuella veckorna. Träningen bestod av övningar i aerobics, yoga och dans.

Totalt deltog 26 SFI-elever i träningen. Efter avslutad aktivitet upplevde kvinnorna aktiviteten som positiv. Lärarna på SFI upplevde även de positiva resultat av träningen och då snarare i form av sociala effekter, som ett nytt delat intresse mellan eleverna, än pedagogiska effekter.

En viktig erfarenhet som träningsaktiviteten ledde fram till var att träningen var så mycket mer än träning. Kvinnorna som deltog kom från flera olika nationaliteter och kulturer men hade en gemensam nämnare i att de var vana vid att ha en mötesplats för bara kvinnor. En mötesplats som i deras olika kulturer är en naturlig samlingsplats där information, kunskap och upplevelser. I avsaknad av denna samlingsplats kom träningsaktiviteten att bli ett substitut för detta.

Introduktion till arbetssätt/metod

Metoden kom att växa fram i ett samarbete mellan delprojekt Nacka-Värmdö och Komvux Värmdö SFI.

Under våren 2019 hade praktikansvärdaren på Komvux Värmdö SFI, ett samtal med en SFI-elev om hennes intresse för praktik. Då eleven har en bakgrund som personlig tränare och grupptränare från sitt hemland önskade eleven få göra sin



praktik på ett gym. Förslaget utvecklade sig till att omfatta träning av en grupp kvinnliga elever på SFI-undervisningen då eleven önskade träna sina kvinnliga kurskamrater. Dessa kvinnor fann det svårt att nyttja det träningsutbud av privata aktörer som finns, både av ekonomiska och kulturella skäl. För detta förslag skulle dock en träningslokal behöva hyras vilket det inte fanns utrymme för inom SFI:s budget. Eftersom delprojekt Nacka-Värmdö hade både budget för hälsoaktiviteter och ett uppdrag att titta extra på kvinnans roll var det naturligt att diskutera möjligheter för samarbete.

Eftersom träningstillfällena var förlagda efter skoltid behövdes även en lösning för att deltagarna skulle vara försäkrade under träning. Värmdö kommuns arbetsmarknadsgrupp bjöds därför in till samarbete med anledning av deras erfarenheter av att arrangera praktik. Lösningen blev att alla deltagare i gymaktiviteten fick skriva på ett praktikavtal med arbetsmarknadsgruppen om att göra praktik på hälsoaktivitet. På så sätt fick alla deltagare ett fullgott försäkringsskydd som även gällde under kvällstid.

Metodbeskrivning

Målgrupp

Deltagare i ESF projektet Hälsöfrämjande etablering. Kvinnor som studerar på SFI och som är intresserade av fysisk träning för kvinnor av kvinnor.

Deltagande aktörer

Kvinnlig gruppträningssinstruktör. Samordnare på SFI/arbetsmarknadsenhet.
Aktör som tillhandahåller gruppträningslokal.

Förutsättningar för att arbeta med metoden

I delprojektet har aktiviteten förankrats hos Arbetsförmedlingen, Nacka och Värmdö kommun. Lokalt förankrades aktiviteten hos SFI och arbetsmarknadsenheten i Värmdö kommun där den genomfördes. En samordnande funktionen behövs och förläggs med fördel hos antingen SFI eller annan lämplig aktör kopplad till SFI-verksamheten. Gruppträningslokal. Försäkringsskydd om aktiviteten genomförs utanför skol-/praktiktid.



Genomförande av metoden

SFI:s praktiksamordnare förhandlade fram tider och pris för gruppträningslokalen. SFI och instruktören hjälptes åt med rekryteringen av deltagare till aktiviteten. Representant från arbetsmarknadsenheten ordnade med praktikmöjligheten. Informationsmöte hölls med alla intresserade deltagare innan start. På informationsmötet fick de som var intresserade även skriva under praktikavtalet för försäkringsskyddet. Därefter genomfördes träningen med två pass i veckan under fem veckor. Instruktören var själv ansvarig för tillgång till lokalen och hade stöd av praktikansaffaren och delprojektet Nacka-Värmdös medarbetare som turades om att agera samordnare.

Kostnader/vinster

Lokalhyra för gruppträningslokal. Eventuellt lön till instruktören om den inte räknas som praktik för henne.

Resultat

På individnivå var de flesta kvinnor mycket positiva till aktiviteten. Som kunskapskälla och möjliggörare till bättre hälsa hade aktiviteten dock en begränsad effekt på grund av den korta tid som aktiviteten pågick. Däremot var det en genomgående upplevelse hos kvinnorna att den funktion aktiviteten tjänade, som gemensam mötesplats, var av ett mycket större värde.

Några resultat kopplade till SFI:s pedagogiska uppdrag har inte gått att påvisa. Men några lärare uttryckte att kvinnorna nu hade fått ett gemensamt intresse att förhålla sig till vilket i sin tur ledde till ökad kommunikation och interaktion kvinnorna emellan under skoltiden.

Genom att instruktören i detta fall var rekryterad från SFI blev hon en stark förebild för andra kvinnor även efter avslutad aktivitet. Några av lärarna på SFI uttryckte att instruktören blivit en god förebild hos andra kvinnor och att exemplet användes i flera fall i undervisningen där det diskuterades att satsa på sin framtid.



Lärdomar

Framgångsfaktorer

- Genom att nyttja befintlig kompetens hos en SFI-elev skapades en stark förebild för andra elever.
- Mötesplatser för att dela upplevelser är underskattade och eftertraktade.
- Det finns en mycket stor kraft i verksamheter som är självorganiserade/självrekryterande. Denna kraft kan användas till mer än den specifika aktiviteten.

Fallgropar

- Svårt att få kvalitet i träningen för en större grupp med stor skillnad i träningserfarenhet.
- För offentlig huvudman krävs upphandling av träningslokal om den inte finns att tillgå i egen regi. Det är viktigt att ta med denna tidsaspekt inför uppstart.
- Träning på schemat kan vara utmanande för lärare som vill fokusera på ämnesundervisning.

Reflektioner

- Det största värdet av aktiviteten blev skapandet av en mötesplats för kvinnor att dela känslor och upplevelser. Denna insikt bör kunna kopieras till andra typer av aktiviteter där liknande effekt kan uppnås.
- När det gäller frågan om det är lagligt att skapa träningsmöjligheter enbart för kvinnor bör det nämnas att det både finns stöd i lagen för detta (SOU 2004:55) och att frågan är prövad av JämO (nuvarande DO) med utgång till kvinnornas fördel. Motiveringen som återfinns i SOU 2004:55 var bland annat:

” En på detta sätt fredad miljö kan antas främja kvinnors möjligheter att ta del av motion och liknande friskvårdstjänster och någon gång vara en förutsättning för att särskilt utsatta kvinnor över huvud taget skall kunna ta del av exempelvis vissa tjänster.”



Basal kroppskännedom (delprojekt Eskilstuna)

Sammanfattning

Eskilstunas delprojekt har använt metoden Basal Kroppskännedom som en deltagaraktivitet. Den följde efter det att deltagarna avslutat hälsoskolan. Metoden är en terapiform, och är inte lika undervisningsinriktad som hälsoskolan. Kroppen står i centrum för metoden och utgör verktyg för att må bättre fysiskt och mentalt. Uppföljningen gjordes med hjälp av ett i metoden ingående rörelsetest och visade på goda resultat sett till rörelsekvalitet.

Introduktion

Basal Kroppskännedom (BK) är en fysioterapeutisk behandlingsmetod och ett förhållningssätt som innebär att man utför enkla rörelser med kroppen som ger resultat i form av ökad kroppsmedvetenhet och rörelsekvalitet.

Rörelseövningarna kan läras ut enskilt eller i grupp. Vid gruppbehandling utgör själva gruppen ett viktigt verktyg i metoden. Var och en övar utifrån de egna förutsättningarna samtidigt som man får möjlighet till gemenskap med andra gruppdeltagare, eller att träna förmågan att vara i en grupp. I gruppsammanhang ges även utrymme till att dela erfarenheter och upplevelser av övandet med övriga deltagare och ledaren.

Metoden bygger alltså på enkla rörelser som görs tillsammans med andningen. Det kan handla om att släppa ner tyngden till golvet för att få tillgång till den posturala funktionen (hållningsfunktionen) som är en viktig del i att bli mer kroppsligt stabil och förankrad. Rörelserna är anpassade efter människans anatomiska förutsättningar och rörelsemönster och syftar till att locka fram det mest optimala, grundläggande och funktionella sättet att använda kroppen. Rörelsekvaliteten, dvs förmågan att lära sig att röra sig mer stabilt, balanserat, välkoordinerat och avspänt tränas.



Metoden utvecklades inom fysioterapeutisk psykiatri, med inspiration av österländsk filosofi och rörelsetradition som tai chi. Därigenom kan den beskrivas röra sig i "mellanrummet" mellan psykisk och fysisk hälsa. Förhållningssättet handlar mycket om att istället för att särskilja dessa två, se till hela människan. Idag används metoden således företrädesvis av fysioterapeuter inom psykiatri men även inom tex primär- och friskvård. Den används i hela Sverige, Skandinavien och även i tex Schweiz, Österrike, Skottland, Nederländerna, Estland, Spanien och Turkiet. BK har studerats vetenskapligt i samband med olika sjukdomar och problem och finns numera med i Socialstyrelsen Nationella Riktlinjer för behandling av ångest och depression och för Schizofreni. Kliniskt finns bra erfarenheter av att arbeta med BK vid stressrelaterad problematik, smärttillstånd såsom Fibromyalgi eller neurologiska sjukdomar.

"Hur vi mår avspeglas i våra kroppar; i hållningen, sättet att röra sig, rösten, andningen, blicken. Genom att jobba med kroppen, öka vår kroppskännedom och utveckla vårt sätt att använda vår kropp, kan vi också påverka hur vi mår i flera dimensioner. "

(Gyllensten 2001, Skaerven, Kristoffersen & Gard 2008, Hedlund 2014)

Metodbeskrivning

Målgrupp

BK som metod passar personer med olika förutsättningar och behov, oavsett om målet är att återställa, bibehålla eller förbättra god hälsa. En viktig faktor för att uppnå effekt är som alltid den egna motivationen. Eftersom det är en terapiform är det svårt att tvinga folk att delta genom att säga att det är obligatoriskt eller en motprestation för att få etableringsersättning. I projektet har man därför försökt göra deltagandet frivilligt, inte i bemärkelsen att man kan välja att vara hemma istället, utan i bemärkelsen att man får välja om man ska delta eller inte i just BK. Ingen deltagare har valt att avstå.



Deltagande aktörer

Legitimerad fysioterapeut med vidareutbildning inom BK, gärna flera steg eftersom gruppbehandling kommer sent i utbildningen. Därutöver gärna erfarenhet av tolkanvändning.

Förutsättningar för att arbeta med metoden

Förankring, organisation mm

- Tillgång till deltagargrupp, utifrån att det behöver vara frivilligt behövs en flexibilitet i upplägget tex att man kanske kan välja en annan aktivitet.
- Tillgång till personal med rätt kompetens
- Tillgång till ändamålsenlig lokal samt viss utrustning i form av öppna ytor, mattor, stolar, kuddar osv
- Tid, en gruppssession med tolk bör omfatta minst en timme.

Genomförande av metoden

I Projektet lades BK som en aktivitet utanför hälsoskolan, men aktiviteten leddes av samma person. Övergången gick till så att när hälsoskolan var avslutad samlades gruppen på samma tid i schemat i en annan lokal och för en ny aktivitet. Nya regler sattes upp och det lite annorlunda syftet med aktiviteten kommunicerades med grupperna. Träffarna pågick under tre timmar med paus en gång per vecka under 10 veckor. Det lades inte särskilt stor vikt vid att förklara metoden i sig, utan syftet med var och ett av momenten förklarades istället efter hand. Varje träff kretsade kring ett förutbestämt tema, exempelvis samspelet mellan kropp och känslor, hur det är att röra sig parvis eller i grupp, växla mellan att leda och följa, kroppen som kommunikationsmedel osv. Även väldigt konkreta samtal om kroppens stora leder, olika rörelseriktningar och musklernas funktioner. Övningar varvades med gruppdiskussioner om kroppen. Som hjälp i undervisningen användes ett modellskelett för att kunna visa och förklara olika fenomen i rörelseapparaten. Deltagarna styrde innehållet mycket med sina frågor och funderingar om kroppen och egna besvär.



Deltagarna påmindes ofta om att utförandet av övningarna och deltagande i gruppdiskussionerna var frivilligt, även om de själva valt att delta i aktiviteten. Reglerna var att man avstår utan följdfråga från allt som inte känns bra och man tar pauser på eget bevåg när man känner att det behövs. Detta dels för att undvika att någon ska känna sig påtvingad en terapimetod, men också för att göra en pedagogisk poäng: man ansvarar för att lyssna på sin kopp och för vad man gör och inte, vad man utsätter sig för var man drar sina gränser. En återkommande påminnelse från gruppledaren till deltagarna i detta sammanhang var att ”du bestämmer!”

Resultat

Med hjälp av ett standardiserat rörelsetest har fysioterapeuten kunnat mäta aktivitetens effekt på deltagarnas rörelsekvalitet. Mätningarna startade inom ramen för IBIS-projektet men fortsatte sedan inom ramen för projekt Hälsöfrämjande etablering.

Mätmetoden heter ”body awareness scale movement quality and experience” (BAS-MQ-E) och är hämtad från metoden Basal kroppskänedom. Undersökningen består av ett rörelsetest där testledaren visar olika rörelser och sedan observerar och skattar kvaliteten på utförandet när deltagaren härmar rörelsen. Rörelsetestet följs av en enkätbaserad intervju där deltagarens egen upplevelse av kroppen och hälsan fångas upp. Skattningen sker utifrån en poängskala som sträcker sig mellan 0-4, där 0 poäng motsvarar ett vitalt rörelsemönster helt utan avvikelser och 4 poäng motsvarar kraftigt begränsad rörelseförmåga eller att teströrelsen ej kan utföras. I frågeformuläret ges poäng för upplevda hälsoproblem. Utöver det totala resultatet delas rörelsekvaliteten in i tre aspekter: stabilitet i funktion, koordination och andning samt relaterande och närvaro. Totalt (under båda projekten) har 37 deltagare undersökts, varav 10 inom ramen för Hälsöfrämjande etablering. Platstolk närvarade vid varje testtillfälle. I tabellen nedan presenteras hur poängens medelvärden för den undersökta gruppen i Hälsöfrämjande etablering förändrades under en 10-veckorsperiod.



	Testtillfälle 1	Testtillfälle 2	skillnad
Stabilitet i funktion	2	1,7	0,3
Koordination och andning	2,1	1,4	0,7
Relaterande och närvaro	1	0,4	0,6
totalt	1,8	1,2	0,6

Av alla deltagarna som undersökts (37 personer) har en person uppvisat försämrade resultat. Tack vare att detta uppdagades, och i kombination med den kännedom personalen hade om deltagarens hälsotillstånd kunde man i samråd med personen ordna en kontakt med psykolog för fortsatt hjälp. Resterande personer i den undersökta gruppen fick ett förbättrat resultat. I tillägg till poängen ryms kvalitativa värden i testets intervjudel som inte redogörs för här, men som har haft betydelse för de personer som undersökts. Testet satte också tydliga ramar för att aktiviteten hade en början och ett slut, och det avslutande samtalet blev som en individuell uppföljning där var och en av deltagarna kunde få skraddarsydda råd utifrån vad som framkommit under testningen och gruppaktiviteten.

Lärdomar

Varning

Att ge utrymme att fokusera på kroppsliga besvär kan bli en fallgrop där gruppleadaren hamnar i rollen som den som ska leverera lösningar på gruppdeltagarnas problem. Här är det terapeutiska förhållningssättet mycket viktigt, att låta var och en bära nyckeln till sitt eget liv och vara expert på sig



själv och sina erfarenheter. Det kan tex innebära att man lyssna mer är man pratar och leder samtalet framåt genom att ställa öppna frågor. Även att betänka att när man delger information, göra det på ett generellt sätt så att det blir intressant för alla.

Reflektioner

Kulturkrockar i arbetssätt

En bärande del av metoden är ett lyhört och respekterande möte mellan behandlare och patient, som skapar förtroende och tillit i behandlingen. Patienten lotsas så till att öka tilltron till sin egen förmåga och egna möjligheter till att på sikt må bättre.

Detta förhållningssätt kan krocka med tanken om krav på motprestation för att få etableringsersättning, obligatorisk närvaro i arbetsmarknadsåtgärder och är därför inte en helt självklar metod att spränga in som ett moment i etableringsprogrammet, såsom det i någon mening gjorts i projektet. Denna brygga mellan olika världar kräver balansgång och eftertanke för att kunna ske med smidighet.

Språket

Det är en utmaning att klä abstrakta och filosofiska fenomen med enkla och vardagliga begrepp, som dessutom ska tolkas till ett annat språk utan att missförstånd uppstår. Det ställer höga krav på eftertänksamhet och noggrannhet i hur man uttrycker sig.

Referenser

- Sandahl m fl (2014) Gruppens potential – Att leda och utveckla gruppbehandling. Natur & Kultur
- Gyllensten AL, Skoglund K, Wulf I. (2015) Basal Kroppskänedom - Den Levda kroppen. Studentlitteratur

Hälsofrämjande etablering – Metodstöd ”hälsa”

Hälsofrämjande etablering var ett nationellt projekt, medfinansierat av Europeiska Socialfonden, som ägdes av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och genomfördes i samarbete med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Projektet pågick mellan december 2017 och mars 2021.

Projektet riktade sig till nyanlända som deltog i etableringen och misstänktes ha någon form av ohälsa och/eller funktionsnedsättning. Syftet var att identifiera, stödja och stärka dem på deras väg mot arbete eller studier. Detta genom att:

- utveckla och testa arbetssätt för att tidigt identifiera kvinnor respektive män med ohälsa och/eller funktionsnedsättning och individuellt anpassa insatser utifrån deltagarens behov.
- undersöka hur systemet som ger stöd att komma i arbete, utbildning eller närmare arbetsmarknaden bättre kan anpassas till personer med ohälsa och/eller funktionsnedsättning.
- utveckla strukturer för ökad samverkan och samsyn kring målgruppen hos berörda aktörer

Projektet samordnades nationellt och arbetet bedrevs i delprojekt på följande sex orter: Umeå, Gävle, Nacka/Värmdö, Eskilstuna, Växjö och Malmö. På lokal nivå samverkade Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, samordningsförbund, kommuner och regioner.

Metodstödet är en del av slutrapporteringen av projekt Hälsöfrämjande etablering. Det är en dokumentation av de huvudsakliga aktiviteter som genomfördes under projektiden. Genom metodstödet skapas möjligheter för spridning och implementering av arbetssätt, insatser och metoder.

Upplysningar om innehållet
Carina, Cannertoft, carina.cannertoft@skr.se
Sveriges Kommuner och Regioner, 2021