

Modell för elevhälsan att uppmärksamma psykisk ohälsa hos nyanlända elever i gymnasieskolan

En utvärdering av att använda stöd för
strukturerad bedömning

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2021-6-7467

Publicerad www.socialstyrelsen.se, juni 2021

Förord

Detta projekt har genomförts på initiativ av Socialstyrelsen av Kunskapscentrum för ensamkommande barn inom regeringsuppdraget Uppdrag om kartläggningar och analyser inom området psykisk ohälsa, Dnr 1298/2019. I uppdraget ingår bland annat att stödja kunskapsutveckling på regional och lokal nivå, främja samverkan, stärka framtagande av ny kunskap och stödja kunskapsspridning och uppföljning inom området psykisk ohälsa. Detta projekt är ett av dessa deluppdrag.

Syftet med projektet har varit att prova en modell för elevhälsan för att identifiera psykisk ohälsa hos nyanlända elever i gymnasieskolan.

I rapporten beskrivs

- Nyanlända barn och ungas psykiska ohälsa
- Elevhälsans arbete med psykisk ohälsa
- Hur det strukturerade bedömningsinstrumentet Refugee Health Screener fungerar och kan användas inom elevhälsan
- Upplägg av modellen inklusive val av instrument
- Mittuniversitetets utvärdering av projektet

Rapporten riktar sig till personal inom elevhälsan, annan personal i skolan som samarbetar med elevhälsan, skolans huvudmän samt de verksamheter som samverkar med elevhälsan i frågor som rör psykisk ohälsa och nyanlända barn och unga såsom första linjens psykiatri, primärvården, barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri. Rapporten riktar sig också till beslutsfattare i frågor som gäller elevhälsan och nyanlända elever både lokalt och nationellt.

Rapporten har skrivits av utredare Moa Mannheimer. Modellen har utvärderats av Anna Leiler, doktorand och adjunkt och Elisabet Rondung, Fil Dr och universitetslektor på Institutionen för psykologi och socialt arbete på Mittuniversitetet på uppdrag av Socialstyrelsen.

Thomas Lindén

Avdelningschef

Avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Syfte, mål och utarbetande av modellen	8
Inledning	8
Syfte och mål	9
Elevhälsans arbete med psykisk ohälsa	10
Definition av psykisk ohälsa	10
Definition av barn, unga och nyanländ elev	11
Val av instrument för projektet	11
Litteraturgenomgång och relevansbedömning	11
Om Refugee Health Screener, RHS -13	12
Modell för att använda RHS-13 inom elevhälsan	13
Genomförande av projektet	15
Socialstyrelsens organisation	15
Mittuniversitetets uppdrag att utvärdera modellen	15
Rekrytering av skolsköterskor och skolkuratorer	15
Projektperiod	16
Utbildningsdag, stöd under projektet och avslutningsträff	16
Resultat – en sammanfattning av Mittuniversitetets utvärdering	17
Utvärderingens upplägg	17
Resultat	17
Socialstyrelsens bedömning	20
Referenser	22
Bilaga 1. Litteratursökning	24
Bilaga 2. RHS på Svenska	27
Bilaga 3. Skolsköterskors och skolkuratorers upplevelser av att använda en strukturad arbetsmodell för att uppmärksamma psykisk ohälsa hos nyanlända elever	30

Sammanfattning

Psykisk ohälsa hos barn och unga som nyligen anlänt till Sverige är vanligt och kan orsaka stort lidande och få negativa konsekvenser för personens möjlighet att klara skolan. I samband med att det under 2015 kom ett mycket stort antal asylsökande till Sverige riktades fokus på gruppens behov av stöd. Socialstyrelsens uppdrag att upprätta ett kunskapscentrum för ensamkommande barn och unga resulterade i en rad kartläggningar och projekt som adresserade frågan. I en kartläggning framkom att personal i elevhälsan tyckte sig sakna metoder för att samtala om och bedöma psykisk ohälsa. Samtidigt är skolan en miljö som möter de flesta barn och unga som bor i Sverige och är en viktig aktör för deras utveckling och hälsa.

Socialstyrelsen initierade därför ett projekt för att testa en modell för användandet av ett tidigare validerat bedömningsinstrument anpassat för elevhälsans uppdrag och organisation. Mittuniversitetet fick i uppdrag att utvärdera modellen.

I modellen är det i första hand skolsköterskor som använder det strukturerade bedömningsinstrumentet Refugee Health Screener (RHS-13) vid hälso-samtal eller andra samtal om psykisk ohälsa med elever. Målgruppen är nyanlända elever i gymnasieskolans språkintruktionsklasser. Efter användandet av RHS-13 gör skolsköterskan i samarbete med skolkuratoren en bedömning och planerar för insatser inom eller utanför skolan för de elever som bedöms ha behov av det.

Utvärderingen visar att modellen med att använda RHS-13 med rekommendationer anpassade för elevhälsan har fallit väl ut. Elevhälsopersonalen som deltog i projektet tyckte att formuläret var lättanvänt och tidseffektivt. Formuläret tycktes differentiera väl mellan elever med ingen, låg, måttlig eller hög grad av psykisk ohälsa och gav ett bra stöd för elevhälsan att planera vidare kring insatser till de elever som behövde det.

Slutsatsen är att modellen för att använda ett strukturerat bedömningsinstrument som RHS-13 kan fungera väl i elevhälsan och möjliggöra att fler barn och unga med psykisk ohälsa identifieras och på så sätt förbättra elevhälsans förutsättningar för att kunna ge stöd och vid behov hänvisa vidare nyanlända elever med psykisk hälsa.

Syfte, mål och utarbetande av modellen

Inledning

Andelen barn och unga, både med och utan vårdnadshavare, som nyligen anlänt till Sverige uppvisar inte sällan hög grad av psykisk ohälsa. Solberg, Nissen et al (2020) [1] undersökte i en studie förekomst av symptom på posttraumatisk stress hos ungdomar från Irak, Afghanistan och Syrien som anlänt till Sverige mellan 2014 och 2018. Studien påvisade en hög grad av symptom på posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) i hela gruppen, både hos de som kommit tillsammans med sin familj och de som kommit utan vårdnadshavare. Likaså visade en norsk systematisk litteraturgenomgång att även om problematiken varierar mellan olika grupper så är den psykiska ohälsan hög hos barn som nyligen anlänt till de nordiska länderna [2]. Det finns också skillnader mellan vilken vård barnen erhåller. Framförallt ensamkommande barn får oftare barnpsykiatrisk vård, medan de som kommit tillsammans med vårdnadshavare konsumerar mindre barnpsykiatrisk vård än svenskfödda barn [3]. Nyanlända barn vårdas samtidigt oftare än svenskfödda inom psykiatrisk slutenvård vilket kan indikera att den psykiska ohälsan ofta är allvarlig men också att tidiga insatser inte ges i tillräcklig grad [4,5].

Samhällets insatser till nyanlända barn ställdes inför stora utmaningar då det under hösten 2015 kom drygt 35 000 ensamkommande barn till Sverige. Som en följd av det fick Socialstyrelsen i mars 2017 ett fyraårigt regeringsuppdrag om att upprätta ett kunskapscentrum för ensamkommande barn och unga (S2017/01863/FST [delvis]). En del i uppdraget var att följa hur situationen för ensamkommande barn och unga utvecklades, att sprida relevant och aktuell kunskap samt att ta fram ändamålsenliga kunskapsstöd till yrkesverksamma som möter ensamkommande barn. Centret kartlade aktuell situation i Sverige genom intervjuer med 51 kommuner utifrån uppgifter om ett högt antal suicid och suicidförsök inom gruppen ensamkommande barn. Kommunerna menade att suicidförsöken hade en tydlig koppling till asylprocessen och till svårigheterna att få kontakt med barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och få hjälp med den psykiska ohälsan [6]. Kommunrepresentanterna uppgav att många av de barn de träffade levde i ovisshet i väntan på besked om att få stanna i Sverige eller inte, med tillfälliga uppehållstillstånd, begränsade möjligheter till familjeåterförening och i osäkerhet om vad som skulle hända när de fyllde 18 år samt rädsla att skrivas upp i ålder. I oktober 2017 gav Socialstyrelsen Karolinska Institutet (KI) i uppdrag att göra en kartläggning av självskadebeteende och suicidförsök men också av suicid och annan dödlighet, bland ensamkommande barn och unga [7]. I rapporten framkom att 12 ensamkommande barn och unga i åldrarna 10 till 21 år hade suiciderat under 2017. Enligt författarna till rapporten verkade förekomsten av både självskada och suicidförsök bland ensamkommande asylsökande barn och unga öka mellan 2015 och 2016 i Stockholm.

Även om antalet asylsökande minskat och bakgrund och behov kan skilja sig åt över tid och mellan olika grupper är behovet av att identifiera de barn och unga som mår dåligt angeläget och de som mår dåligt behöver erbjudas stöd. Både för att förhindra att det går så långt som till suicid/suicidförsök men också för att minska lidandet och öka möjligheterna för dessa barn och unga att leva ett bra liv där de kan klara sin skolgång och livet i stort.

Att identifiera psykisk ohälsa kan göras på många olika sätt och i flera olika sammanhang. I en studie från Uppsala Universitet i samarbete med Mittuniversitetet har screeningformuläret RHS-13 (Refugee Health Screener-13) testats på barn och unga i åldern 14 till 18 år i samband med hälsoundersökningar för nyanlända. Resultaten visade att RHS-13 var ett användbart verktyg för att identifiera psykisk ohälsa hos nyanlända ungdomar [8].

Elevhälsan, som möter i stort sett alla nyanlända barn och unga, är en central aktör att identifiera, bedöma och vid behov hänvisa vidare barn och unga med psykisk ohälsa[9]. Flertalet statliga utredningar och myndighetsprojekt arbetar med hur barn och ungas behov av vård ska samordnas och erbjudas i tid, till exempel utredningen Sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2019:05) och Socialstyrelsen och Skolverkets gemensamma uppdrag om Tidiga samordnade insatser (TSI). Det pågår också en revidering av Skolverket och Socialstyrelsens gemensamma Vägledning för elevhälsan. Strukturer för samverkan är central och skolan identifieras som en viktig aktör för att uppmärksamma barn i ett tidigt skede. I en kartläggning 2017 genomförd av Kunskapscentrum för ensamkommande barn och unga gällande pågående insatser inom området psykisk ohälsa undersöktes behovet av stöd och kunskap hos olika professioner som möter målgruppen. Här uppmärksammade man att det inom elevhälsan saknades metoder för att samtala om och bedöma graden av psykisk ohälsa samt att samverkan med första linjens psykiatri och Barn- och Ungdomspsykiatri (BUP) inte alltid fungerade optimalt [10].

Utifrån denna bakgrund prövade Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) bedömningsinstrumentet RHS-13 i samverkan med kunskapscentret i tre skolor i Stockholm under hösten 2018. Resultat från pilotprojektet visade bland annat att deltagande skolsköterskor och skolkuratorer upplevde att RHS-13 var användbart i mötet med nyanlända barn och unga och att arbetet med instrumentet förbättrade samtalen med barn och unga med psykisk ohälsa[11].

Utifrån ovanstående slutsatser tog kunskapscentret vid Socialstyrelsen år 2019 initiativ till ett projekt för att testa en arbetsmodell med fler deltagande skolor.

Syfte och mål

Syftet med projektet har varit att prova och utvärdera en arbetsmodell för elevhälsans arbete med psykisk ohälsa bland nyanlända barn och unga.

Målet är att förbättra elevhälsans förutsättningar för att kunna ge stöd och vid behov hänvisa vidare nyanlända elever med psykisk ohälsa.

Elevhälsans arbete med psykisk ohälsa

Enligt 2 kap. 25 § Skollagen så omfattar elevhälsan medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsans mål är att skapa en så positiv lärandesituation som möjligt för eleven (Prop 2009/10:165).

I Socialstyrelsens och Skolverkets gemensamma dokument Vägledning för elevhälsan står: *”Elevhälsan är en resurs i arbetet för en hälsofrämjande skolutveckling... Elevhälsan ska främst arbeta hälsofrämjande och förebyggande och elevhälsans personal ska även stödja elevens utveckling mot utbildningens mål... En god hälsa är en viktig förutsättning för att klara skolan. Elevhälsans mål är att skapa en så positiv lärandesituation som möjligt för alla elever”* [9]. Mer specifikt skrivs att elevhälsans medicinska insats ska vid hälsobesök tidigt identifiera problem eller symtom hos elever som kan innebära att de är i behov av särskilt stöd eller andra insatser. Som exempel på åtgärdande arbete kan skolsköterska, skolkurator och skolpsykolog ha olika typer av stödjande samtal med enskilda elever under en begränsad period. Det kan vara motivations- och krissamtal eller utredande, rådgivande och bearbetande samtal. Elevhälsan har ett särskilt ansvar när det gäller att utreda och kartlägga elevers svårigheter att nå målen.

Utöver det ansvar elevhälsan har för alla elever i skolan finns vissa andra aspekter gällande nyanlända barn. Många av de nyanlända barnen har kommit till Sverige utan föräldrar och är således placerade av socialtjänsten i familjehem eller på HVB. Dessa barns hälsotillstånd kan behöva följas upp extra noga och elevhälsan kan spela en viktig roll i att tillgodose detta. I Socialstyrelsens vägledning *Placerade barns skolgång och hälsa – ett gemensamt ansvar* beskrivs elevhälsans ansvar för att uppmärksamma och samverka kring nyanlända barn. De barn som är asylsökande, ska enligt skollagen, anses vara bosatta i landet och har rätt till utbildning samt till elevhälsans insatser på samma villkor som andra elever [12].

Definition av psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa kan innebära en rad olika problem, allt ifrån psykiska besvär i form av tillfälliga eller avgränsade symtom såsom nedstämdhet, sömnsvårigheter eller oro och ångest till olika psykiatriska tillstånd i form av psykiska sjukdomar/syndrom eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar [13]. Psykiska besvär är vanligt förekommande, mindre komplexa och oftast övergående. Psykiatriska tillstånd däremot innebär att kriterierna för en psykiatrisk diagnos är uppfyllda (oavsett om det bedömts av sjukvården eller ej). Beroende på om det är lindriga eller tillfälliga psykiska besvär eller om det är ett mer allvarligt psykiatriskt tillstånd kommer individens behov av stöd och behandling se olika ut. Gradera av psykiska besvär och psykiatriska tillstånd är inte sällan på ett kontinuum och avgörs bland annat utifrån hur länge symtomen funnits, deras omfattning samt påverkan på individens liv och funktion. Psykiska besvär kräver vanligtvis inte specialiserade behandlingsinsatser även om stödsamtal eller information ofta erbjuds medan psykiatriska tillstånd behöver bedömas och adekvat behandling erbjudas. Då elevhälsans

personal inte har i uppdrag att utreda psykiatriska tillstånd har vi i arbetet med modellen delat in psykisk ohälsa i mild, måttlig och allvarlig.

Definition av barn, unga och nyanländ elev

Med barn menas personer under 18 år och unga används för personer som fyllt 18 år men inte 21 år. För nyanländ elev används den definition som finns i Skollagen. En elev definieras där som nyanländ om denne har varit bosatt utomlands, nu är bosatt i landet, och har påbörjat sin utbildning i Sverige senare än höstterminens start det kalenderår då han eller hon fyller sju år och har gått högst fyra år i svensk skola (Skollagen 3 kap 12a§).

Val av instrument för projektet

Det pilotprojekt som genomfördes 2018 av Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin i samverkan med Kunskapscentrum för ensamkommande barn och unga indikerade att RHS kunde vara ändamålsenligt i mötet med nyanlända barn och unga i elevhälsan[11]. Utifrån dessa erfarenheter gjordes en litteraturgenomgång för att avgöra om RHS skulle vara det bästa att använda för elevhälsan eller om det finns något annat i detta sammanhang lika bra eller bättre alternativ.

Litteraturgenomgång och relevansbedömning

Litteratursökning genomfördes i tre databaser, PubMed, PsycInfo och PsycArticles tifrån specifika kombinationer av sökord relaterat till målgruppen, utfallsmått och psykisk ohälsa. Efter första sökningen bedömdes 93 artiklar som relevanta och valdes därmed ut. Utifrån denna genomgång identifierades sex relevanta instrument, vilket i sin tur genererade en förnyad sökning om dessa sex instrument. Denna sökning resulterade i 38 artiklar. Ytterligare sökning genomfördes och nu utan avgränsningen barn och unga. Sammanlagt inkluderades 282 artiklar i en strukturerad genomgång av dessa artiklars abstract. Efter sortering utifrån relevans, kvarstod tio artiklar som lästes i fulltext. För en mer utförlig beskrivning av litteratursökningen och urval, se bilaga 1.

Resultat litteratursökning instrument

Ovanstående sökning visar att det finns flera olika instrument som utvärderats i studier för att mäta psykisk ohälsa bland flyktingar och nyanlända. Instrumenten används i olika kontexter och mäter olika symtom på psykisk ohälsa, de varierar gällande tidsåtgång och omfattning och är mer eller mindre testade avseende validitet (mäter det som avses att mätas) och reliabilitet (tillförlitlighet). Fyra instrument valdes ut baserat på litteratursökningen och bedömdes utifrån ett antal kriterier såsom målgrupp, tidsåtgång, antal valideringsstudier, använd kontext, utvärderad av annan än upphovsmännen själva och testad i Sverige (se bilaga 1 för fullständig lista och granskade instrument).

Baserat på detta beslutades att RHS-13 var det bästa tillgängliga instrumentet för att fånga upp symtom på ångest, depression och PTSD hos den

aktuella målgruppen. Att det är testat i Sverige och tar kort tid att administrera bedömdes ge bästa förutsättningarna för att kunna använda instrumentet inom elevhälsan.

Om Refugee Health Screener, RHS -13

RHS har utvecklats av Michael Hollifield och hans kollegor för att användas vid en inledande bedömning av psykisk ohälsa och är möjlig att använda i olika kontexter och på olika språk. RHS finns översatt till 18 olika språk och har validerats i en rad olika länder och olika flyktingpopulationer [14] (Se bilaga 2 för RHS 13 på svenska). Utifrån att den är kortfattad och lätt att administrera används den vid exempelvis rutinmässiga hälsoundersökningar. Centers for Disease Control and Prevention i USA rekommenderar till exempel användandet av RHS vid hälsosamtal med nyanlända flyktingar från 14 års ålder. RHS är inte ett diagnostiskt verktyg utan är tänkt att användas vid en initial bedömning för att identifiera psykisk ohälsa ur ett bredare perspektiv med fokus på depression, posttraumatiskt stressyndrom och ångest. Ursprungligen hade instrumentet 15 frågor men utvärdering har visat att RHS-13 är effektivare än den längre versionen för att identifiera psykisk ohälsa. På de 13 frågorna skattas förekomst av symtom på en skala från 0 till 4 och resultatet blir en siffra mellan 0 och 52 poäng. Enligt Hollifield m.fl. innebär 11 poäng eller högre någon form av psykisk ohälsa och indikerar behov av vidare bedömning. Eftersom vård ska ges utifrån behov är ett strukturerat stöd för att skilja ut graden av psykisk ohälsa värdefullt för vårdgivare vid prioritering av patienter [15].

Bjærtå m.fl. [16] undersökte 2018 i en valideringsstudie huruvida RHS-13 var användbart på en flyktingpopulation i Sverige och testade också att differentiera ytterligare mellan olika nivåer av psykisk ohälsa, det vill säga skillnader mellan individer som skattar någon form av psykisk ohälsa (11-52 poäng). Studien bekräftade det tidigare konstaterade gränsvärdet på 11 poäng för milda symtom och resulterade i ytterligare gränsvärden gällande måttlig och allvarlig psykisk ohälsa. Slutsatsen var att RHS-13 väl fångar upp och differentierar mellan olika grader av psykisk ohälsa med gränsvärden på 11 poäng för mild, 18 poäng för måttlig och 25 poäng för allvarlig psykisk ohälsa vilket bedöms som både användbart och kostnadseffektivt för den kliniska bedömningen. Även om barn och unga inkluderats i en del av de internationella studierna ovan saknades studier för barn och unga i svensk kontext. Region Uppsala och Uppsala universitet gjorde på uppdrag av Sveriges kommuner och regioner (SKR) en studie om hur RHS-13 fungerade att användas på barn och unga i åldern 14 till 18 år i samband med hälsoundersökningar eller vid ordinarie besök i primärvården[8]. Resultaten visade att RHS-13 är ett användbart verktyg för att identifiera psykisk ohälsa hos nyanlända unga.

Modell för att använda RHS-13 inom elevhälsan

Då RHS-13 har använts i olika verksamheter och för olika populationer men inte specifikt i elevhälsan utarbetade Socialstyrelsen inom ramen för projektet en modell för att tydliggöra när och till vem instrumentet kan användas inom elevhälsan samt tolkning av resultat med rekommendationer kring insatsnivå i förhållande till elevhälsans uppdrag. Grunden i modellen är att skolsköterskan som möter de flesta eleverna i hälsosamtal gör den initiala kartläggningen med hjälp av RHS-13. Dock finns det inget som hindrar att kuratorn också använder RHS-13 om det bedöms lämpligt. För deltagarna i projektet skrevs en guide med instruktioner kring användning (se Bilaga 3).

I guiden beskrivs att RHS-13 kan användas i möten inom elevhälsan med nyanlända elever i gymnasiets språkintruktionsklasser som har uttryckt något av nedanstående besvär:

- nedstämdhet, depression, irritation, ilska, tomhet, likgiltighet
- oro, rädsla, ångest
- sömnstörningar, utmattning, stark trötthet, andningssvårigheter, hjärtklappning, nedsatt aptit
- återkommande besvär minst en gång i månaden, så som huvudvärk, illamående, ont i magen, diarré för vilka eleven sökt hjälp hos elevhälsan
- koncentrationssvårigheter, hyperaktivitet, rastlöshet.

RHS kan också användas i möten med elever där lärare eller mentor har uttryckt oro för hur eleven mår, inklusive elever med hög ogiltig frånvaro.

Eleven fyller själv i svar på de 13 frågorna i formuläret. Om eleven inte kan läsa eller om eleven behöver tolk kan frågorna läsas upp istället. Att fylla i formuläret tar mellan fem och tio minuter och varje svar genererar 0 till 4 poäng. Om den sammanlagda poängen är högre än 11 görs en samlad bedömning om eleven behöver erbjudas stöd inom elevhälsan eller hänvisas vidare. Det kan handla om första linjens psykiatri eller BUP.

Poäng och förslag till åtgärder

11–17 poäng Indikerar mild psykisk ohälsa. Överväg fortsatt stöd inom elevhälsan eller boka in uppföljning efter ett par veckor.

18–24 poäng Indikerar måttlig psykisk ohälsa. Överväg fortsatt stöd och erbjud fördjupad bedömning exempelvis tillsammans med kurator för möjlighet att följa ungdomen över tid. Vid behov hänvisa eleven vidare till annan vårdgivare.

25 poäng eller mer Indikerar allvarlig psykisk ohälsa. Överväg kontakt med skolkurator och/eller skolläkare för fördjupad bedömning. Ta ställning till behov av remiss till hälso- och sjukvård exempelvis första linjens psykiatri eller BUP (använd sedvanliga kanaler och samarbetsformer).

I guiden betonas att resultaten av svars-poängen inte är en sanning utan en indikation på grad av psykisk ohälsa. VerktYGets syfte är att hjälpa elevhälsans

personal att undvika att missa någon som behöver stöd genom ett standardiserat arbetssätt. Det viktiga är att den elev som har behov av stöd fångas upp då det kan föreligga risk för psykisk ohälsa som kan försämrats och även försvåra elevens möjligheter att klara målen i skolan. I guiden ges förslag på formuleringar kring varför man ställer dessa frågor och uttryckssätt som kan användas när man diskuterar resultat och fortsatta behov med eleven.

Genomförande av projektet

Socialstyrelsens organisation

Projektet startades inom ramen för Kunskapscentrum för ensamkommande barn och unga inom ramen för myndighetens uppdrag Psykisk ohälsa – kartläggningar, analyser och kunskap. Till projektet har knutits en arbetsgrupp med utredare och sakkunniga inom elevhälsa och psykisk ohälsa samt en styrgrupp med berörda enhetschefer. Vid inledning och avslutning av projektet bjöds en referensgrupp in med deltagare från Skolverket, Folkhälsomyndigheten, Sveriges Kommuner och Regioner, Svenska Skolläkarförbundet, Sveriges Skolkuratorers förening, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri, Riksföreningen för Skolsköterskor, Transkulturellt Centrum, Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin samt representanter från BUP och första linjens psykiatri för information om projektet, spridning samt inhämtande av synpunkter.

Mittuniversitetets uppdrag att utvärdera modellen

Mittuniversitetet fick i december 2019 i uppdrag att utvärdera projektet. Utvärderingen syftade till att undersöka hur ett antal skolsköterskor och skolkuratorer uppfattade användandet av den strukturerade arbetsmodell som testades i projektet. Utvärderingen syftade vidare till att undersöka om skolsköterskornas och skolkuratorernas allmänna upplevelser av arbete med psykisk ohälsa hos nyanlända elever påverkades av deltagande i projektet.

Socialstyrelsen, med Kunskapscentrum för ensamkommande barn som projektägare, hade det övergripande ansvaret för projektets genomförande. I detta ingick att sammankalla referensgrupp, sammanställa en guide för elevhälsans arbete, rekrytera deltagare samt att anordna utbildningsdagar. Mittuniversitetet ansvarade för att utvärdera projektet. I utvärderingen ingick att författa en rapport. Allt arbete har utförts i nära dialog mellan lärosäte och myndighet.

Rekrytering av skolsköterskor och skolkuratorer

Projektets fokus ligger på elevhälsans arbete och på elevhälsopersonalens upplevelser av modellen. Det var således elevhälsopersonal (skolsköterskor och skolkuratorer) som arbetar med elever i gymnasieskolans språkintruktionsklasser som var deltagare i projektet och som deltog i utvärderingen.

Inledningsvis var tanken att rekrytera deltagare från de delar av Sverige, varifrån det gick enkelt att resa till Stockholm över dagen för utbildningsdagen. I januari 2020 skickades informationsmail till rektorer/chefer och elevhälsan på 45 skolor i tio olika städer runt om Stockholm. I samband med referensgruppsmötet efterfrågades möjligheten att bjuda in bredare varför en information- och anmälningssida publicerades på Socialstyrelsens hemsida. Länken delades till SKR, Riksföreningen för skolsköterskor, Svenska Skollä-

karföreningen och Sveriges Skolkuratorers förening. Information och anmälningsslänk publicerades på skolkurator.nu och elevhälsan.se samt i tidningen Skolhälsan.

På grund av pandemins restriktioner genomfördes utbildning och uppföljning digitalt. Under den inledande utbildningsdagen i september 2020 deltog 15 skolsköterskor och 14 skolkuratorer från 15 olika kommuner, där både storstadsregioner och glesbygd fanns representerade och deltagande skolor fanns spridda över hela landet. Samtliga deltagare arbetade på gymnasieskolor med språkin introduktionsprogram. Vid projektavslutet deltog 11 skolsköterskor och 7 skolkuratorer, vilket innebär att totalt 18 deltagare var med och utvärderade projektet.

Projektperiod

Enligt den ursprungliga projektplanen skulle projektet genomföras ute i elevhälsan under perioden april till oktober 2020. Projektgenomförandet kom dock att flyttas fram till följd av covid-19-pandemin, eftersom undervisningen vid de svenska gymnasieskolorna bedrevs på distans under andra halvan av vårterminen 2020. Projektstarten flyttades därmed fram till den 10 september 2020 och projektperioden förlängdes fram till den 14 januari 2021.

Utbildningsdag, stöd under projektet och avslutningsträff

För deltagarna inleddes projektet med en utbildningsdag med fokus på migrationsrelaterad psykisk ohälsa hos barn och unga, samt introduktion till den arbetsmodell för strukturerad bedömning som användes i projektet. En skolsköterska och skolkurator, som ingått i den tidigare pilotstudie som genomförts av Socialstyrelsen i samarbete med Karolinska Institutet, berättade om sina erfarenheter av att arbeta med RHS-13 för strukturerad bedömning av nyanlända barn och ungas psykiska hälsa. Deltagarna fick utrymme att reflektera över sina nuvarande arbetsmetoder, samt förväntningar på att delta i projektet. Under projekttidens gång uppmuntrades deltagare som önskade ytterligare stöd att kontakta någon i forskargruppen eller projektledare vid Socialstyrelsen. En månad efter projektstart arrangerades ett frivilligt seminarium där deltagarna fick möjlighet att utbyta erfarenheter och tips, samt ställa frågor till projektledare och forskare. I samband med projektavslutet anordnades en avslutande träff, där deltagarna fick reflektera över sina upplevelser av arbetsmodellen och sitt projektdeltagande i grupp, samt ta del av vissa utbildningsinslag.

Resultat – en sammanfattning av Mittuniversitetets utvärdering

Mittuniversitetet fick i december 2019 i uppdrag att utvärdera projektet. Utvärderingen syftade framförallt till att undersöka hur skolsköterskor och skolkuratorer uppfattade användandet av RHS-13 i enlighet med projektmodellen. Se Bilaga 3 för utvärderingen i sin helhet.

Utvärderingens upplägg

Utvärderingen av projektet genomfördes med en mixad metod där kvantitativ och kvalitativ data samlades in vid flera tillfällen under projektperioden. Deltagare i utvärderingen var de skolsköterskor och skolkuratorer som deltog i Socialstyrelsens projekt och som således arbetade på gymnasieskolor med språkintruktionsprogram. Datainsamling genomfördes vid flera tillfällen under projektets gång: Vid projektets start, vid projektets slut, samt löpande under projektperioden. Kvantitativa data samlades in genom onlineenkäter vid projektstart och projektslut, samt via formulär varje gång en deltagare använde sig av RHS. Kvalitativa data samlades in genom fokusgruppsintervjuer vid projektstart och projektslut, samt genom öppna frågor i de båda enkäterna.

Utvärderingen genomfördes utifrån fem specificerade frågeställningar:

1. Hur beskriver skolsköterskor och skolkuratorer elevhälsans arbete med psykisk ohälsa hos nyanlända elever innan projektstart?
2. Hur upplever skolsköterskor och skolkuratorer användbarheten, godtagbarheten och den kliniska nyttan av att använda en RHS-baserad arbetsmodell för att uppmärksamma psykisk ohälsa hos nyanlända elever?
3. Hur ser skolsköterskor och skolkuratorer på sin kompetens gällande att möta nyanlända elever med psykisk ohälsa, före respektive efter deltagande i det aktuella projektet?
4. Vilka erfarenheter av samverkan inom elevhälsan och med andra vårdgivare beskriver deltagarna innan och under projektperioden, och hur tänker de att samverkan skulle kunna utvecklas?
5. Hur uppfattades projektgenomförandet och implementeringen av modellen?

Resultat

I studien deltog inledningsvis 15 skolsköterskor och 14 skolkuratorer från 15 olika kommuner. Av dessa var 11 skolsköterskor och 7 skolkuratorer kvar när projektet avslutades, vilket innebär att 18 deltagare var med och utvärderade projektet. Totalt delades RHS ut vid 99 tillfällen under projektets gång av totalt 12 deltagare, varav två var skolkuratorer och tio var skolsköterskor.

De elever som besvarade RHS hade en medelålder på 17.72 år. Huvuddelen av eleverna (97 %) var mellan 15 och 21 år, men enstaka yngre eller äldre elever hade också besvarat RHS. Av de 99 eleverna var 51 pojkar och 48 flickor och de flesta hade kommit till Sverige tillsammans med sin familj. Deras vistelsetid i Sverige varierade, men en klar majoritet hade varit här i ett eller flera år och flera hade permanent uppehållstillstånd. Eleverna kom från 21 olika länder, där Syrien, Afghanistan, Somalia och Iran var vanligast förekommande.

Mittuniversitetets utvärdering visade att deltagarna innan projektet startade huvudsakligen använde samtal för att identifiera psykisk ohälsa. Strukturerade metoder, såsom skattningskalor, användes endast undantagsvis. Generellt uppfattades formuläret och arbetsmodellen i sin helhet positivt. RHS uppfattades som lättanvänt och tidseffektivt. Det upplevdes underlätta samtal om psykisk ohälsa och hjälpa elevhälsopersonalen att snabbare komma till kärnan av elevens problematik. Formuläret ansågs också underlätta bedömningen av psykisk ohälsa, samt vägleda vilka åtgärder som kunde vara lämpliga. Deltagarna uppfattade att även eleverna tog emot formuläret på ett bra sätt.

Deltagarna var inför projektstart överlag nöjda med sin kompetens gällande att möta nyanlända elever med psykisk ohälsa. Trots en initialt hög nivå av självupplevd kompetens uttryckte deltagarna i intervjuer att RHS gjort att de känt sig lite modigare när det gällde att ställa frågor om psykisk ohälsa.

Deltagarna beskrev generellt goda erfarenheter av samarbete inom elevhälsan, medan samverkan med andra vårdgivare uppfattades som mer utmanande. Dessa uppfattningar var relativt stabila under projekttiden. Deltagarna uttryckte önskemål om ökad tillgänglighet från andra vårdgivares sida, både för elevernas räkning men också för kollegiala samråd och konkret samarbete i individärenden.

Deltagarna var överlag nöjda med hur det gått att använda den modell för att identifiera och bemöta psykisk ohälsa bland nyanlända gymnasieelever som introducerades i projektet, detta trots att den pågående covid-19-pandemin och dess följdverkningar i viss mån påverkade de kontextuella förutsättningarna. De uttryckte sig också positivt kring hur projektet i sin helhet planerats och genomförts.

Utvärderingen konstateras ha vissa metodologiska svagheter främst gällande det begränsade deltagarantalet och bortfallet under projektets gång. Studiedesignen och det låga deltagarantalet gör att det inte går att uttala sig om kvantitativ generaliserbarhet. Samtidigt fanns en geografisk spridning i landet och deltagare från både små och stora kommuner samt en spridning av deltagarna utifrån yrkeserfarenhet, ålder och profession. Detta talar samman taget för att metoden skulle kunna uppfattas på liknande vis av motsvarande elevhälsopersonal på andra håll, och fungera även i andra kontexter. Valet av mixad metod får också antas minska svagheten då styrkorna från respektive metod kan bidra till att balansera för den andra metodens svagheter.

Mittuniversitetets utvärdering avslutas med en diskussion som konstaterar att resultaten från projektet ligger i linje med tidigare forskning om RHS-13 och dess användning. RHS-13 passar bra för barn och unga som kommer från

olika länder, är i olika åldrar och av olika kön och med olika upplevelser av migration och flykt vilket är förutsättningarna för elevhälsans arbete. Den psykiska ohälsan varierar inom gruppen, somliga har inga svårigheter alls medan andra lider av svår psykisk ohälsa. Sammantaget indikerar resultaten att den RHS-baserade arbetsmetoden skulle kunna vara användbar inom elevhälsan.

Socialstyrelsens bedömning

Elevhälsan har ett brett hälsofrämjande uppdrag och verksamheten är central för att hjälpa elever nå målen i skolan. Detta projekt visar att Socialstyrelsens modell där det strukturerade bedömningsinstrumentet RHS-13 prövats i elevhälsan fungerar väl. Även tidigare pilotprojekt indikerade detta [11]. Litteratursökningen visade att det i nuläget inte finns något annat tillgängligt alternativ till Refugee Health Screener (RHS-13) som passar elevhälsan lika bra eller bättre. RHS-13 är validerat i ett antal internationella studier [14, 16] testat i Sverige både för flyktingpopulationen i stort [17] och för att identifiera barn och ungas symtom på psykisk ohälsa [8]. RHS-13 är ett av flera möjliga verktyg för elevhälsans personal och används som en del i en samlad bedömning av elevens behov.

Även om resultatet begränsas av framförallt lågt deltagarantal och därmed begränsar den kvantitativa utvärderingen bidrar framförallt de kvalitativa resultaten till användbara slutsatser. Elevhälsopersonalen som deltagit i projektet tyckte att instrumentet var lättanvänt och tidseffektivt. Vidare beskrivs att elevhälsopersonalen uppfattat att eleverna tog emot frågorna väl, det tycktes differentiera väl mellan olika elever och förslaget kring resultat på skattningsskalan och intervention stämde väl med hur elevhälsan planerade vidare för de elever som fallit ut på någon nivå av psykisk ohälsa. Framförallt skolsköterskorna tyckte att RHS-13 passade in i deras arbetssätt men både kuratorer och skolsköterskor bedömde att arbetssättet överlag passade i elevhälsan. Flera av deltagarna efterfrågade liknande instrument för andra målgrupper eller problemområden. Samverkan internt uppgavs av elevhälsopersonalen fungera väl men svårigheter med externa aktörer kvarstod, framförallt med första linjen och BUP.

Projektets mål var inte att utarbeta en rekommendation men resultaten från utvärderingen kan användas för att belysa de aspekter som Socialstyrelsen bedömer vid rekommendationsarbete; *behovet av åtgärden i relation till tillståndets svårighetsgrad, balans mellan önskade och oönskade effekter, patienternas värderingar och preferenser, kostnadseffektivitet, potentiell påverkan på jämlikhet i hälsa samt påverkan på patientens möjlighet till självbestämmande* [17].

I Mittuniversitetets rapport konstateras att psykisk ohälsa hos barn och unga är ett allvarligt problem och att gruppen lider av psykisk ohälsa i högre grad än allmänpopulationen och kan innebära ökad risk för suicid och sämre möjligheter att klara målen i skolan [1, 2, 7]. Att nyanlända barn riskerar lägre tillgång till psykiatrisk vård innebär en risk för ojämlikhet, vilken kan minska om eleverna systematiskt tillfrågas om sin psykiska ohälsa i skolan. Likaså konstateras i utvärderingen vissa möjliga risker såsom att elever som inte har psykisk ohälsa felaktigt pekats ut som om de har det, alternativt att ohälsa identifieras men att eleven ändå inte erbjuds vård. Samtidigt konstateras i utvärderingen att nyanlända barn och unga generellt har sämre tillgång till psykiatrisk vård än barn födda i Sverige framförallt barn som kommer

från låg- och medelinkomstländer och som kommit tillsammans med föräldrar eller genom anhöriginvandring [3]. Det framkommer ingenting i utvärderingen om att eleverna skulle ha misstänkt till att besvara frågorna utan elevhälsopersonalen uttryckte snarare att eleverna upplevde formuläret som positivt, så vitt de kunde bedöma. Personalen ansåg vidare att RHS-13 som stöd i samtal med en ungdom om psykisk ohälsa, kan förenkla ungdomens delaktighet i eventuella beslut om insatser. Även om elevernas egna upplevelser inte varit i fokus i undersökningen finns inget som indikerar att frågorna uppfattats negativt. Avslutningsvis konstateras i utvärderingen att hälsoekonomiska vinster ej kan bedömas i aktuellt projekt, utan skulle behöva utvärderas i ett större sammanhang.

Utvärderingen av Socialstyrelsens projekt visar således att det kan fungera bra att använda RHS-13 i elevhälsan och det finns positiva aspekter utifrån många nyanlända elevers allvarliga psykiska ohälsa, önskade effekter i förhållande till önskad samt möjlig positiv påverkan på jämlikhet i hälsa, samt ökad delaktighet för eleverna. Alla åtgärder riskerar medföra oönskade effekter men risken att ohälsan identifieras utan erbjuden vård på grund av t.ex. brister i samverkan eller resurser får inte leda till att elevhälsan slutar uppmärksamma elevers ohälsa. Individens rätt till vård behöver tillgodoses i enlighet med aktuell lagstiftning och det är respektive verksamhets ansvar att säkerställa att vård ges till den som bäst behöver det. RHS-13 är ett möjligt stöd i arbetet för elevhälsan, sedan behöver de professionella göra en samlad bedömning av individens behov i sin helhet. Utifrån att RHS är kostnadsfritt att använda, inte kräver någon specifik utbildning och upplevdes tidseffektivt av deltagarna i studien får det antas vara ett kostnadseffektivt instrument att överväga.

För att ytterligare ta ställning till modellens fungerande vore det intressant att få del av elevernas upplevelser, både vad gäller elevhälsans möjlighet att identifiera psykisk ohälsa men också avseende vården som eleverna får tillgång till, och deras upplevelser av den. Även följderna för de elever som identifieras lida av psykisk ohälsa behöver följas upp. Vilken vård får de och vilka effekter har det på deras psykiska hälsa och skolresultat? Det är viktigt att undersöka såväl elevernas egna upplevelser som utfall på specifika mått på psykisk ohälsa och skolresultat och då blir det också möjligt med en bredare kostnadsanalys.

Även om deltagarna i projektet beskriver modellen som ändamålsenlig för deras arbete så löser den inte alla utmaningar med samverkan mellan vårdgivare och andra aktörer. Var och hur svårigheterna i samverkan uppstår och vad som kan minska problemen behöver undersökas vidare i en bredare kontext. Det är också en fråga som är i fokus i Utredningen en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2019:05) där förslag till organisationsförändringar kommer läggas fram, bl a för att söka förbättra samverkan mellan olika verksamheter. Likaså behöver användandet av strukturerade bedömningsinstrument för att underlätta kommunikation och säkerställa likartade bedömningar av elevernas psykiska ohälsa testas i större omfattning för att slutsatser ska kunna dras både gällande effekter på samverkan och kostnadseffektivitet.

Referenser

1. Solberg, Ø., Nissen, A., Vaez, M. et al. Children at risk: A nation-wide, cross-sectional study examining post-traumatic stress symptoms in refugee minors from Syria, Iraq and Afghanistan resettled in Sweden between 2014 and 2018. *Confl Health* 14, 67 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00311-y>
2. Hedberg, S. The mental health of asylum seeking children in the Nordic countries. University of Copenhagen (2017).
3. Axelsson, L., Bäärnhielm, S., Dalman, C., & Hollander, A. C. (2020). Differences in psychiatric care utilisation among unaccompanied refugee minors, accompanied migrant minors, and Swedish-born minors. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 55.
4. Manhica, H., Almquist, Y., Rostila, M., & Hjern, A. (2017). The use of psychiatric services by young adults who came to Sweden as teenage refugees: a national cohort study. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 26(5). <https://doi.org/10.1017/S2045796016000445>
5. Ramel, B., Täljemark, J., Lindgren, A., & Johansson, B. A. (2015). Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care. *SpringerPlus*, 4, 131. <https://doi.org/10.1186/s40064-015-0902-1>
6. Analys av situationen i socialtjänsten våren 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
7. Mittendorfer-Rutz, E., Hagström, A., & Hollander, A. C. (2019). High suicide rates among unaccompanied minors/youth seeking asylum in Sweden. *Crisis*, 1–4. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000636>
8. Sarkadi A, Bjärtå A 1974, Leiler A, Salari R. Is the refugee health screener a useful tool when screening 14-18 year old refugee adolescents for emotional distress? *The Journal of Refugee Studies* [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2021 Apr 6]; Available from: <http://search.ebsco-host.com/login.aspx?direct=true&db=edsswe&AN=edsswe.oai.DiVA.org.miun.35289&lang=sv&site=eds-live&scope=site>
9. Vägledning för elevhälsan, 3:e upplagan. Stockholm: Socialstyrelsen, Skolverket; 2017
10. Baslinjemätning – undersökning bland yrkesverksamma som möter ensamkommande barn och unga. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017. D.nr. 3.8-29546/2017
11. Stöd för personal inom elevhälsan som möter ensamkommande barn och unga fokus psykisk ohälsa. Erfarenheter från pilotprojekt psykisk ohälsa inom elevhälsan med RHS. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
12. Placerade barns skolgång och hälsa – ett gemensamt ansvar. Stockholm: Socialstyrelsen, Skolverket; 2013.
13. Begrepp inom området psykisk ohälsa - version 2020. Stockholm: Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Sveriges Kommuner och Regioner; 2020.

14. Hollifield M, Verbillis-Kolp S, Farmer B, et al. The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35(2):202-209. doi:10.1016/j.genhosppsy.2012.12.002Centers for Disease Control and prevention <https://www.cdc.gov/immigrant-refugeehealth/guidelines/domestic/mental-health-screening-guidelines.html#mental-health-screening>
15. Hollifield M, Toolson EC, Verbillis-Kolp S, Farmer B, Junko Yamazaki, Woldehaimanot T, et al. Effective Screening for Emotional Distress in Refugees: The Refugee Health Screener. *Journal of Nervous & Mental Disease* [Internet]. 2016 Apr [cited 2021 Apr 6];204(4):247–53. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=114504473&lang=sv&site=eds-live&scope=site>
16. Bjärtå A 1974, Leiler A, Ekdahl J 1978, Wasteson E. Assessing Severity of Psychological Distress Among Refugees With the Refugee Health Screener, 13-Item Version. *Journal of Nervous and Mental Disease* [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2021 Apr 6];206(11):834–9. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsswe&AN=edsswe.oai.DiVA.org.miun.35042&lang=sv&site=eds-live&scope=site>
17. Instruktion 3 - Väg samman till rekommendationer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019, Dnr 1.3-15990/2019.
18. Kaltenbach, E. Härdtner, E. Hermenau, K. Schauer, M. Elbert, T. 2017. Efficient identification of mental health problems in refugees in Germany: the Refugee Health Screener, *European Journal of Psychotraumatology*, 8:sup2, 1389205, DOI 10.1080/20008198.2017.1389205.

Bilaga 1. Litteratursökning

Syftet med en litteratursökning var att säkerställa att RHS är det bästa tillgängliga alternativet att använda för elevhälsan eller om det finns någon annat lika bra eller bättre alternativ.

Valideringsstudier och systematiska översikter gällande instrument för att bedöma psykisk ohälsa hos nyanlända barn och unga har sökts systematiskt i vetenskaplig litteratur.

Sökningen grundades på följande kriterier:

Typ av instrument: Ett instrument för att identifiera/mäta psykisk ohälsa som kan användas i elevhälsan. Det ska således baseras på ungdomens självskattning och mäta symtom på psykisk ohälsa såsom ångest, depression och posttraumatiskt stressyndrom. Företrädelsevis relativt kortfattat och användbart för kliniker utan specifik psykiatrisk kompetens eller utbildning (tex att jämföra med rena diagnosinstrument).

Population: Instrumentet ska vara anpassat för elever i gymnasieskolan dvs ungdomar 15-20 år varför instrument utprovade för barn eftersöktes men också instrument använda för vuxna om de också prövats på ungdomar. Målgruppen är nyanlända elever vilket kan ingå i olika grupper i litteraturen tex asylsökande, flykting, ensamkommande barn och nyanländ.

Utvärdering: Instrumentet ska vara validerat, företrädelsevis av andra än de som utarbetat instrumentet och gärna prövat i Sverige.

Litteratursökning har genomförts av informationsspecialist på Socialstyrelsens i tre databaser, PubMed, PsycInfo och PsycArticles , utifrån specifika kombinationer av sökord. Sökningarna gjordes i juli 2019.

Söktermerna som användes var bland andra termer gällande nyanlända och flyktingar såsom: "Refugees", "new migrant", "asylum seeker", "unaccompanied" i kombination med söktermer för psykisk ohälsa: "mental health" "Psychological status", "mental illness" "post-traumatic stress", "psychological trauma" samt söktermer för barn/unga: "Adolescent", "Child", "Minors" samt sökord för diagnostiska metoder: "Surveys and Questionnaires", "Psychological Tests", "Mass Screening", "screen", "assessment", "inventory".

Efter första sökningen valdes 93 artiklar. Instrument som på ett eller annat sätt nämns i abstract i artiklarna har identifierats. Instrument som bedömts relevanta för förestående studie har dokumenterats. Sex instrument bedömdes relevanta (RATS, Reaction of Adolescents to Traumatic Stress questionnaire, HSCL-37, Hopkins Symptom Checklist-37, HSCL-25, Hopkins Symptom Checklist-25 CRIES, Child Revised Impact of Events Scale, RHS-15, Refugee Health Screener -15 och RHS-13, Refugee Health Screener -13) och ytterligare sökning genomfördes på dessa och resulterade i ytterligare 38 artiklar. Utöver genomförd sökning har ytterligare två artiklar identifierats, Bjärtå et. al (2018) och Kaltenbach et.al (2017) [16, 18]. Detta medförde att ytterligare sökning genomfördes och nu utan avgränsning barn och ungdomar. Sökningen resulterade i ytterligare 152 artiklar varav flera artiklar redan fanns

med i tidigare sökning. Sammanlagt inkluderades 282 artiklar inför genomgången. Sedan följde en strukturerad genomgång av respektive abstract. Först valdes de studier ut som var antingen valideringsstudier (89 st) eller systematiska översikter (5 st). Sedan exkluderades studier som handlade om missbruk, funktionsnedsättningar, HIV, graviditet, fångar i häkte, översättningar av instrument till icke-relevanta språk, instrument för icke-relevanta populationer (tex Vietnamese), instrument för äldre, instrument som används av andra för att skatta ungdomens fungerande såsom förälder eller god man. Vidare exkluderades studier som inte handlade om "Refugees" och som inte mäter olika symtom på depression och/eller ångest och/eller PTSD. I nästa steg exkluderades studier som handlar om rena diagnosinstrument, och studier som använde två eller flera instrument för att mäta symtom på depression/ångest/posttraumatisk stress. Slutligen exkluderades studier som inte var genomförda i västerländsk kontext. Efter detta kvarstod 10 artiklar som lästes i fulltext och i dessa identifierades 4 instrument som var tänkbara för målgruppen i projektet, HSCL-37, RHS-13/15, StarMH, CTD.

Det gjordes en kvalitetsbedömning av de fyra instrumenten utifrån följande kriterier:

- Typ av instrument (t.ex. självskattningsformulär)
- Antal valideringsstudier
- Antal frågor
- Frågeområden (ångest, somatiska besvär, depression, traumasymtom osv) samt om de identifierar symtom på ångest, depression och posttraumatisk stress specifikt
- Målgrupp flyktingar (Refugees)
- Målgrupp ungdomar
- Använd i kontext primärvård/elevhälsa
- Omfattning i tid
- Utvärderad av annan än upphovsmannen
- Testad i Sverige
- Formella krav för att administrera
- Övriga kommentarer t.ex. översatt till antal språk, testat i olika kontexter, kulturella grupper

HSCL-37 är ett instrument med 37 frågor och mäter symtom på depression, ångest och delvis PTSD. Det framkommer inte att det validerats av annan forskargrupp än den som utvecklade instrumentet, är testat i Holland och tar ca 30 min. att administrera. 1 studie.

RHS finns i två versioner (ett med 15 frågor och ett med 13 frågor). Det är ett instrument som är validerat i flera studier, inklusive av annan forskargrupp än den som utvecklat instrumentet. Instrumentet mäter symtom på ångest, depression och PTSD hos migranter, är testat i Sverige inom primärvården och tar kort tid att administrera. 6 studier

StarMH – innehåller 9/10 frågor, mäter symtom på depression och PTSD, utvecklat och validerat av samma forskargrupp, är testat i Australien och tar kort tid att administrera. 1 studie.

CTD – innehåller 6/10 frågor, mäter symtom på depression, ångest och PTSD, utvecklat och validerat av samma forskargrupp, tar kort tid att administrera. 1 studie.

Baserat på detta beslutades att RHS-13 var det bäst tillgängliga instrument för att fånga upp symtom på ångest, depression och PTSD på den aktuella målgruppen. Att det är testat i Sverige och tar kort tid att administrera bedömdes vara en förutsättning för att kunna använda instrumentet inom elevhälsan.

Bilaga 2. RHS på Svenska

ID# _____

**REFUGEE HEALTH SCREENER-15 (RHS-15)
IN SWEDISH**


DATE _____

Instruktioner: Ange i skalan vid varje symptom i vilken grad symptomet har besvärat dig under den senaste månaden. Ringa in det alternativ som bäst passar in på dig. Om symptomet inte har besvärat dig under den senaste månaden ska du ringa in "0" som betyder "INTE ALLS"

INSTRUCTIONS: Using the scale beside each symptom, please indicate the degree to which the symptom has been bothersome to you over the past month. Place a mark in the appropriate column. If the symptom has not been bothersome to you during the past month, circle "NOT AT ALL."

SYMPTOM SYMPTOMS	INTE ALLS (not at all)	I LITEN GRAD (a little bit)	MÄTTLIGT (moderately)	I HÖG GRAD (quite a bit)	I MYCKET HÖG GRAD (extremely)
1. Värk i muskler, skelett eller leder Muscle, bone, joint pains	0	1	2	3	4
2. Känt dig ledsen eller nedstämd större delen av tiden Feeling down, sad, or blue most of the time	0	1	2	3	4
3. Tänkt för mycket eller haft för många tankar Too much thinking or too many thoughts	0	1	2	3	4
4. Känt dig hjälplös Feeling helpless	0	1	2	3	4
5. Plötsligt känt dig rädd utan anledning Suddenly scared for no reason	0	1	2	3	4
6. Svimfärdig, yr eller svag Faintness, dizziness, or weakness	0	1	2	3	4
7. Nervositet eller skakighet inombords Nervousness or shakiness inside	0	1	2	3	4
8. Känt dig rastlös, kan inte sitta stilla Feeling restless, can't sit still	0	1	2	3	4
9. Lätt att gråta Crying easily	0	1	2	3	4

Developed by the Pathways to Wellness project and generously funded by Robert Wood Johnson Foundation, Bill and Melinda Gates Foundation, United Way of King County, Medina Foundation, The Seattle Foundation, Boeing Employees Community Fund and M.J. Murdock Charitable Trust.

Production of the Cuban Spanish RHS-15 was made possible by the Kentucky Office for Refugees.

© 2013 Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being

Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being is a project of Lutheran Community Services Northwest, Asian Counseling and Referral Service, Public Health Seattle & King County, and Michael Hollifield, M.D. of Pacific Institute for Research & Evaluation. For more information, please contact The Pathways Project at 206.816.2253 or pathways@lcnw.org

Följande symptom kan vara relaterade till traumatiska upplevelser under krig och migration.

I vilken grad har du under den senaste månaden:

The following symptoms may be related to traumatic experiences during war and migration. How much in the past month have you:

					
SYMPTOM SYMPTOMS	INTE ALLS (not at all)	I LITEN GRAD (a little bit)	MÅTLIGT (moderately)	I HÖG GRAD (quite a bit)	I MYCKET HÖG GRAD (extremely)

10. Återupplevt traumat; att du agerat eller känt som om att det händer igen?

Had the experience of reliving the trauma; acting or feeling as if it were happening again?

0 1 2 3 4

11. Haft kroppsliga reaktioner (t ex svettningar, hjärklappning) när du blivit påmind om traumat?

Been having physical reactions (for example, break out in a sweat, heart beats fast) when reminded of the trauma?

0 1 2 3 4

12. Känt dig känslomässigt avtrubbad (t ex varit ledsen utan att kunna gråta, inte kunnat känna kärlek)?

Felt emotionally numb (for example, feel sad but can't cry, unable to have loving feelings)?

0 1 2 3 4

13. Känt dig lättskrämd, haft lättare att rycka till (t ex av plötsliga ljud eller rörelser)?

Been jumpier, more easily startled (for example, when someone walks up behind you)?

0 1 2 3 4

Bilaga 3. Skolsköterskors och skolkuratorers upplevelser av att använda en strukturerad arbetsmodell för att uppmärksamma psykisk ohälsa hos nyanlända elever

Skolsköterskors och skolkuratorers upplevelser av att använda en strukturerad arbetsmodell för att uppmärksamma psykisk ohälsa hos nyanlända elever

Anna Leiler & Elisabet Rondung



Skolsköterskors och skolkuratorers upplevelser av att använda en strukturerad arbetsmodell för att uppmärksamma psykisk ohälsa hos nyanlända elever

Anna Leiler & Elisabet Rondung

Fakulteten för humanvetenskap
Institutionen för psykologi och socialt arbete
Mittuniversitetet
Östersund, 2021-04-01

Skolsköterskors och skolkuratorers upplevelser av att använda en strukturerad arbetsmodell för att uppmärksamma psykisk ohälsa hos nyanlända elever

© Anna Leiler & Elisabet Rondung, 2021-04-01

Tryckt av Mittuniversitetet, Sundsvall

ISBN: 978-91-89341-04-3

Fakulteten för humanvetenskap

Mittuniversitetet, PSO, 831 25 Östersund

Telefon: +46 (0)10 142 80 00

Innehåll

Sammanfattning	i
1 Inledning	1
Projektets syfte och mål.....	1
Utvärderingens mål och syfte	2
2 Bakgrund	4
Psykisk ohälsa hos barn på flykt.....	4
Elevhälsans roll i att uppmärksamma psykisk ohälsa hos nyanlända elever	4
The Refugee Health Screener, RHS.....	5
3 Metod	6
Projektgenomförande.....	6
Utvärdering av projektet.....	9
4 Resultat	14
Elevhälsans arbete med psykisk ohälsa hos nyanlända elever innan projektstart	14
Upplevelser av den RHS-baserade arbetsmodellen.....	15
Upplevelse av kompetens	24
Upplevelser av samverkan inom elevhälsan och med andra vårdgivare.....	26
Upplevelse av implementering av modellen och av projektgenomförandet.....	31
5 Diskussion	33
RHS fungerade bra med många olika elever.....	33
Elevernas psykiska hälsa varierade.....	33
RHS uppfattades som användbart inom elevhälsan.....	33
Hög upplevd kompetens bland deltagarna	34
Upplevelsen av samverkan oförändrad under projektet	34
Covid-19-pandemin försvårade implementeringen av modellen.....	34
Kan den RHS-baserade arbetsmodellen rekommenderas inom elevhälsan?	35
Metodologisk diskussion	36
Framtida studier	37
Slutsatser	38
6 Referenser	39
7 Bilagor	43

Sammanfattning

I denna rapport beskrivs och utvärderas ett projekt som under hösten 2020 drevs av Kunskapscentrum för ensamkommande barn vid Socialstyrelsen. Projektets syfte var att inom elevhälsan prova och utvärdera en arbetsmodell för att på ett strukturerat sätt identifiera symtom på psykisk ohälsa bland nyanlända gymnasieelever. Arbetsmodellen var baserad på instrumentet the Refugee Health Screener (RHS) och inkluderade också förslag till åtgärder vid olika grader av psykisk ohälsa. Projektets mål var att förbättra elevhälsans förutsättningar att kunna ge stöd och vid behov hänvisa nyanlända elever med psykisk ohälsa vidare till andra vårdgivare inom hälso- och sjukvården.

Projektet inleddes med en utbildningsdag med fokus på migrationsrelaterad psykisk ohälsa hos barn och unga, och den arbetsmodell för strukturerad bedömning som skulle testas i projektet. Ungefär en månad senare bjöds deltagarna in till ett frivilligt seminarium med korta föreläsningar samt möjlighet att ställa frågor och ge varandra tips om genomförandet. I samband med projektets avslutning gavs ett nytt tillfälle att ta del av korta föreläsningar, samt summera sina erfarenheter från projektet.

I projektet deltog inledningsvis 15 skolsköterskor och 14 skolkuratorer, varav 18 deltagare (11 skolsköterskor och 7 skolkuratorer) var kvar under hela projektperioden. Anledningarna till avhopp var bland annat byte av arbete eller att inte längre arbeta med den aktuella elevgruppen. I många fall var anledningen okänd. Projektutvärderingen, som genomfördes av Mittuniversitetet, syftade till att undersöka hur skolsköterskor och skolkuratorer uppfattade användandet av den strukturerade arbetsmodell som testades i projektet. Utvärderingen genomfördes med mixad metod, där såväl kvantitativa och kvalitativa data samlades vid projektstart och projektavslutning. Därtill samlade deltagarna kontinuerligt uppgifter om sitt användande av skattningsskalan RHS.

Utvärderingen genomfördes utifrån fem specificerade frågeställningar, vilka presenteras nedan tillsammans med de huvudsakliga resultaten gällande var och en av frågeställningarna.

Frågeställning 1: Hur beskriver skolsköterskor och skolkuratorer elevhälsans arbete med psykisk ohälsa hos nyanlända elever innan projektstart?

Innan projektet startade berättade deltagarna att de huvudsakligen använde samtal för att identifiera psykisk ohälsa. Strukturerade metoder, såsom skattningsskalor, användes endast undantagsvis. Att skolsköterskor och skolkuratorer i hög grad var tillgängliga när elever önskade kontakt, och i sin yrkesroll själva sökte upp eleverna beskrevs som framgångsfaktorer för att få kontakt och skapa tillit.

Frågeställning 2: Hur upplever skolsköterskor och skolkuratorer användbarheten, godtagbarheten och den kliniska nyttan av att använda en RHS-baserad arbetsmodell för att uppmärksamma psykisk ohälsa hos nyanlända elever?

Totalt administrerade deltagarna i projektet RHS vid 99 tillfällen under projektperioden. Det var främst skolsköterskorna som administrerade formuläret, även om vissa skolkuratorer också gjorde det. Några av skolkuratorerna menade att RHS inte riktigt passade in i deras vanliga arbetssätt, medan andra tyckte det fungerade bra att integrera i arbetet. Generellt uppfattades formuläret och arbetsmodellen i sin helhet positivt. RHS uppfattades som lättanvänt och tidseffektivt. Det upplevdes underlätta samtal om psykisk

ohälsa och hjälpa elevhälsopersonalen att snabbare komma till kärnan av elevens problematik. Formuläret ansågs också underlätta bedömningen av psykisk ohälsa, samt vägleda vilka åtgärder som kunde vara lämpliga. Deltagarna uppfattade att också eleverna tog emot formuläret på ett bra sätt.

Frågeställning 3: Hur ser skolsköterskor och skolkuratorer på sin kompetens gällande att möta nyanlända elever med psykisk ohälsa, före respektive efter deltagande i det aktuella projektet?

Deltagarna var inför projektstart överlag nöjda med sin kompetens gällande att möta nyanlända elever med psykisk ohälsa. Trots en initialt hög nivå av självupplevd kompetens uttryckte deltagarna i intervjuer att RHS gjort att de känt sig lite modigare när det gällde att ställa frågor om psykisk ohälsa.

Frågeställning 4: Vilka erfarenheter av samverkan inom elevhälsan och med andra vårdgivare beskriver deltagarna innan och under projektperioden, och hur tänker de att samverkan skulle kunna utvecklas?

För att vidareremittering ska fungera smidigt krävs samverkan mellan elevhälsan och andra vårdinstanser. I rapporten beskrivs deltagarnas upplevelser och tankar kring denna typ av samverkan. Deltagarna beskrev generellt goda erfarenheter av samarbete inom elevhälsan, medan samverkan med andra vårdgivare uppfattades som mer utmanande. Dessa uppfattningar var relativt stabila under projekttiden. Deltagarna uttryckte önskemål om ökad tillgänglighet från andra vårdgivares sida, både för elevernas räkning men också för kollegiala samråd och konkret samarbete i individärenden.

Frågeställning 5: Hur uppfattades projektgenomförandet och implementeringen av modellen?

Deltagarna var överlag nöjda med hur det gått att använda den modell för att identifiera och bemöta psykisk ohälsa bland nyanlända gymnasieelever som introducerades i projektet, detta trots att den pågående covid-19-pandemin och dessa följdverkningar i viss mån påverkade de kontextuella förutsättningarna. De uttryckte sig också positivt kring hur projektet i sin helhet planerats och genomförts.

Diskussion och slutsats

Sammanfattningsvis uppfattades RHS som enkelt och tidseffektivt att använda. Instrumentet uppfattades underlätta samtal om psykisk ohälsa, bedömning av elevens problematik och beslut om fortsatta åtgärder. Deltagarna uppfattade också att metoden togs emot väl av eleverna.

För att en åtgärd ska kunna rekommenderas bör aspekter rörande behovet av interventionen, balansen mellan önskade och oönskade effekter, metodens kostnadseffektivitet, påverkan på jämlikhet i hälsa och vård, samt målgruppens preferenser och möjlighet till självbestämmande tas i beaktan. Psykisk ohälsa hos nyanlända elever är att betrakta som ett allvarligt tillstånd och att använda ett strukturerat bedömningsinstrument för att uppmärksamma detta bör ge mer önskade än oönskade effekter. Elevhälsopersonalens uppfattning var att RHS togs emot väl av eleverna. Genom att uppmärksamma psykisk ohälsa inom elevhälsan skulle nyanlända elevers tillgång till

psykiatrisk vård kunna öka, vilket skulle kunna bidra till ökad jämlikhet i vården. Med ett tydligt underlag att utgå ifrån kan det dessutom bli lättare för eleven att själv fatta välgrundade beslut om önskade åtgärder. RHS är fritt att använda, dock bör metodens kostnadseffektivitet utvärderas närmre i framtida forskning.

Sammantaget indikerar resultaten att den RHS-baserade arbetsmetoden skulle kunna vara användbar inom elevhälsan.

1 Inledning

Barn och unga som varit på flykt är överlag utsatta när det gäller psykiska hälsoproblem, och ensamkommande barn har i forskning visat sig vara en grupp där förekomsten av olika psykiska hälsoproblem är särskilt hög. I en studie från Karolinska Institutet rapporterades att under år 2017 var suicid nästan 10 gånger vanligare bland ensamkommande barn och unga i åldrarna 10-21 år än bland jämnåriga svenska barn och unga (51.2 per 100 000 personer jämfört med 6.1 per 100 000 personer; Mittendorfer-Rutz et al., 2019).

Personal inom elevhälsan möter i stort sett alla nyanlända barn och unga och har därigenom goda möjligheter att identifiera psykisk ohälsa och ge elever stöd eller hänvisa vidare till rätt vårdnivå. I uppdragsbeskrivningen som skapades inför genomförande av föreliggande projekt beskrevs att det inom elevhälsan saknades metoder för att uppmärksamma psykisk ohälsa, och att samverkan med första linjens psykiatri och Barn- och Ungdomspsykiatri (BUP) inte alltid fungerade smidigt.

Under hösten 2018 genomförde Centrum för Epidemiologi och samhällsmedicin, CES, i samverkan med Kunskapscentrum för ensamkommande barn, ett pilotprojekt på tre gymnasieskolor i Stockholms län. Projektet syftade till att förbättra förutsättningarna för personal inom elevhälsan att förebygga, identifiera, stödja och vid behov vidarehänvisa nyanlända barn och unga med psykisk ohälsa, med målet att de skulle få bra vård på rätt vårdnivå i ett tidigt skede. Skattningsskalan the Refugee Health Screener, RHS (Hollifield et al., 2013, 2016), användes i pilotstudien. Resultaten från pilotprojektet visade bland annat att deltagande skolsköterskor och skolkuratorer upplevde att RHS var användbart i mötet med nyanlända barn och unga och att arbetet med instrumentet förbättrade samtalen om psykisk ohälsa.

Socialstyrelsen driver genom flera deluppdrag regeringsuppdraget *Uppdrag om kartläggningar och analyser inom området psykisk ohälsa, Dnr 1298/2019*. Inom ramen för detta regeringsuppdrag initierade Kunskapscentrum för ensamkommande barn en fortsättning på det tidigare pilotprojektet. Detta projekt, *Elevhälsans arbete med att uppmärksamma psykisk ohälsa hos nyanlända barn*, beskrivs och utvärderas i denna rapport. Projektet syftade till att prova en arbetsmodell där personal inom elevhälsan på ett strukturerat sätt kan identifiera symtom på psykisk ohälsa bland nyanlända gymnasieelever, för att öka förutsättningarna att kunna ge stöd och vid behov hänvisa eleverna vidare till rätt vårdnivå. För att vidareremittering ska fungera krävs samverkan mellan skolan, första linjens psykiatri och BUP. I rapporten beskrivs därför också deltagarnas upplevelser och tankar kring denna samverkan.

Projektets syfte och mål

Projektets syfte var att i större omfattning än i pilotprojektet, samt med nationell spridning, prova och utvärdera en arbetsmodell för elevhälsans arbete med psykisk ohälsa bland nyanlända gymnasieelever. Arbetsmodellen innebar att på ett strukturerat sätt identifiera symtom på psykisk ohälsa bland nyanlända gymnasieelever och baserades på instrumentet the Refugee Health Screener (RHS). Arbetsmodellen gav också stöd i hur psykisk ohälsa av olika grad kunde hanteras. Projektets mål var att förbättra elevhälsans förutsättningar att kunna ge stöd och vid behov hänvisa nyanlända elever med psykisk ohälsa till annan vårdgivare inom hälso- och sjukvården.

Utvärderingens mål och syfte

Mittuniversitetet fick i december 2019 i uppdrag att utvärdera projektet. Utvärderingen syftade till att undersöka hur skolsköterskor och skolkuratorer uppfattade användandet av den strukturerade arbetsmodell som testades i projektet. Utvärderingen genomfördes utifrån fem specificerade frågeställningar:

1. Hur beskriver skolsköterskor och skolkuratorer elevhälsans arbete med psykisk ohälsa hos nyanlända elever innan projektstart?
2. Hur upplever skolsköterskor och skolkuratorer användbarheten, godtagbarheten och den kliniska nyttan av att använda en RHS-baserad arbetsmodell för att uppmärksamma psykisk ohälsa hos nyanlända elever?
3. Hur ser skolsköterskor och skolkuratorer på sin kompetens gällande att möta nyanlända elever med psykisk ohälsa, före respektive efter deltagande i det aktuella projektet?
4. Vilka erfarenheter av samverkan inom elevhälsan och med andra vårdgivare beskriver deltagarna innan och under projektperioden, och hur tänker de att samverkan skulle kunna utvecklas?
5. Hur uppfattades projektgenomförandet och implementeringen av modellen?

Avgränsningar

Projekt och utvärdering

Socialstyrelsen, med leg. psykolog och utredare Moa Mannheimer som projektledare och Petra Rinman, enhetschef för Kunskapscentrum för ensamkommande barn, som projektägare, hade det övergripande ansvaret för projektgenomförandet. I detta ingick att sammankalla referensgrupp, sammanställa en guide för elevhälsans arbete, rekrytera deltagare samt att anordna utbildningsdagar. Mittuniversitetet ansvarade för att utvärdera projektet. I detta ingick att formulera forskningsfrågor, ta fram material för utvärdering, att genomföra och sammanställa utvärderingen samt att författa rapporten. Allt arbete har utförts i nära dialog mellan lärosäte och myndighet.

Deltagare i utvärderingen

Både projektets och utvärderingens fokus ligger på elevhälsans arbete och på elevhälsopersonalens upplevelser av modellen. Det är således elevhälsopersonalen som räknas som deltagare i utvärderingen. De elever som elevhälsopersonalen möter räknas inte som deltagare.

Yttre ramar

Mittuniversitetet tillfrågades om att genomföra utvärderingen i mitten av december 2019 och projektstart var planerad till början av april 2020. Projektet skulle sedan pågå fram till och med oktober 2020 och slutrapport skulle avläggas i början av 2021. Projektgenomförandet kom dock att flyttas fram till följd av covid-19-pandemin, och genomfördes slutligen under perioden 10 september 2020 - 14 januari 2021.

Då såväl tidsramen som de ekonomiska ramarna för planering, insamlande av data, analys och rapportering var begränsade, fokuserades utvärderingen till elevhälsopersonalens upplevelser.

2 Bakgrund

Psykisk ohälsa hos barn på flykt

I sin senaste rapport om den globala flyktingsituationen beskriver Förenta nationernas flyktingkommission (United Nation High Commissioner for Refugees, UNHCR, 2019) att mer än hälften av de 70,4 miljoner människor som i slutet av år 2018 var på flykt från sina hem var under 18 år gamla. Barn och unga som tvingas fly sina hem utsätts ofta för stora påfrestningar. Dessa utgörs av händelser eller omständigheter i hemlandet som orsakar flykten, men också av upplevelser under själva flykten. Flykten är i sig ofta mycket riskfylld och barn på flykt är särskilt utsatta för övergrepp och utnyttjanden. Slutligen väntar även utmaningar efter ankomsten till det nya landet, bland annat i form av osäkerhet kring uppehållstillstånd, oro för familj och svårigheter med att finna sig tillrätta i ett nytt samhälle. Barn och unga med flyktingbakgrund har högre grad av psykisk ohälsa än motsvarande åldersgrupper i allmänpopulationen (Fazel et al., 2012). Särskilt stor är skillnaden när det kommer till symtom på posttraumatisk stress (Jakobsen et al., 2014; Salari et al., 2017). Dessa svårigheter kan, utöver att orsaka individen stort lidande, också inverka negativt på förmågan att hantera en klassrumssituation och att lära sig ett nytt språk (Iversen et al., 2014; Wong & Schweitzer, 2017).

Elevhälsans roll i att uppmärksamma psykisk ohälsa hos nyanlända elever

Skolan är en arena där alla barn och unga befinner sig, och har därför föreslagits vara lämplig vad gäller att tidigt identifiera och intervenera vid psykisk ohälsa (Jönsson et al., 2019), särskilt när det gäller nyanlända elever (Baak et al., 2020). Skolan tycks överlag vara särskilt viktig för elever med flyktingbakgrund. Dessa elever har ofta lägre tillgång till psykiatrisk vård än sina inhemska kamrater, vilket setts både i Stockholm och på nationell nivå (Berg et al., 2020; Manhica et al., 2017). I en studie från 2016 om nyanlända elever med psykisk ohälsa (Fazel et al., 2016) svarade också en tredjedel av de tillfrågade eleverna att de hellre ville ha hjälp för sin psykiska ohälsa på skolan än på ett sjukhus. När det kommer till att uppmärksamma psykisk ohälsa har tidigare forskning visat att flyktingar vill att hälso- och sjukvårdspersonal ska ställa frågor om psykisk ohälsa, även om det är ett ämne som kan vara svårt att lyfta på eget initiativ (Shannon et al., 2012). Om frågorna ställs med hjälp av ett frågeformulär uppfattas det som en del av en medicinsk undersökning och därmed som mer neutralt (Mollica et al., 1992).

Elever i svenska skolor ska enligt Skollagen (Skollag 2010:800) ha tillgång till elevhälsa, innefattande medicinska, psykologiska och psykosociala insatser. Elevhälsan ska främst arbeta förebyggande och hälsofrämjande, och på ett sådant sätt att elevernas utveckling mot målen stöds. I uppdraget ingår också att identifiera och åtgärda problem relaterade till elevens lärande, utveckling och hälsa. För elevhälsans medicinska insats kan detta bland annat handla om att i samband med hälsobesök identifiera problem och symtom som kan innebära att en elev är i behov av särskilt stöd eller andra insatser (Socialstyrelsen, 2016). Både svenska och internationella studier visar dock att skolsköterskor ofta känner sig osäkra när det gäller frågor om psykisk ohälsa (Jönsson et al., 2019; Moen & Skundberg-Kletthagen, 2017). I en översiktsartikel gällande skolsköterskors upplevelser av att hantera psykisk ohälsa (Ravenna & Cleaver, 2016) framkom också att skolsköterskorna upplevde

sig ha en brist på adekvata verktyg för att kunna genomföra bedömningar och interventioner på ett tillförlitligt vis. Skolkuratorer fyller vidare en viktig roll i att stötta elever med psykisk ohälsa. Det finns dock studier som pekar på att denna yrkesgrupp i låg grad använder sig av strukturerade screeninginstrument (Thompson et al., 2017). Tidigare studier pekar överlag på att all personal inom skolan kan behöva utökad träning i att identifiera psykisk ohälsa (Kern et al., 2017).

The Refugee Health Screener, RHS

The Refugee Health Screener (RHS; Hollifield et al., 2016, 2013) är en skala framtagen för att undersöka psykisk ohälsa hos nyanlända flyktingar. Skalan är översatt till 18 olika språk och går att använda både som ett självskattningsinstrument och som en klinikeradministrerad intervju med hjälp av tolk. Den uppskattas, beroende på utförande, ta mellan 4 och 12 minuter att besvara. Den ursprungliga versionen av RHS bestod av 13 frågor rörande besvär av ångest, depression och posttraumatisk stress, en fråga om coping och en besvärstermometer (Hollifield et al., 2013). En senare studie (Hollifield et al., 2016) visade att specificiteten ökade och att antalet falskt negativa (dvs personer som felaktigt identifieras som lidande av psykisk ohälsa) minskade när de två sista frågorna uteslöts. Därför användes bara de 13 symtomfrågorna i föreliggande utvärdering. Instrumentet besvaras på en femgradig skala (från 0 till 4) och kan således maximalt ge 52 poäng. En studie av Bjärtå et al. (2018) visade att poäng på elva eller mer på skalan motsvarar milda symtom på psykisk ohälsa, poäng på 18 eller mer motsvarar måttliga symtom och poäng på 25 eller mer motsvarar svåra symtom.

Amerikanska Centers for Disease Control and Prevention (CDC) rekommenderar att RHS används för att identifiera individer i behov av stöd och bedömning, och menar att instrumentet är användbart från fjorton års ålder (Centers for Disease Control and Prevention, 2021). I den ursprungliga utvärderingen (Hollifield et al., 2013) deltog barn från 14 år och uppåt. RHS har sedan använts ända ner till 12 års ålder (Stingl et al., 2017). I en studie från Uppsala (Sarkadi et al., 2019) användes enkäten i ett studieurval enbart bestående av barn och unga i åldrarna 14-18 år och inga psykometriska eller praktiska svårigheter framkom. RHS torde således vara ett lämpligt instrument att använda inom elevhälsan för att identifiera psykisk ohälsa hos nyanlända elever.

3 Metod

Projektgenomförande

Projektorganisation

Projektet drevs av Kunskapscentrum för ensamkommande barn vid Socialstyrelsen, med enhetschef Petra Rinman som projektägare och leg. psykolog och utredare Moa Mannheimer som projektledare.

Projektdeltagare

Socialstyrelsen ansvarade för rekrytering av deltagare till projektet. Information om projektet spreds via Socialstyrelsens webb, LinkedIn och nyhetsbrev, samt via elevhälsan.se och deras Facebookgrupp. I samband med att tidningen Skolhälsan publicerade en artikel om det redan genomförda pilotprojektet beskrevs också det kommande projektet, med en direktlänk till anmälan. Information om projektet skickades också direkt till svenska gymnasieskolor med språkintruktionsprogram. I samtliga annonser och utskick erbjöds skolsköterskor och skolkuratorer på gymnasieskolor med språkintruktionsprogram att delta i ett projekt där Socialstyrelsen skulle prova en strukturerad arbetsmodell för att inom elevhälsan uppmärksamma symtom på psykisk ohälsa hos nyanlända elever.

Skolsköterskor och skolkuratorer kunde anmäla intresse för att delta antingen genom att mejla till Socialstyrelsens projektledare eller genom att fylla i en intresseanmälan online. Totalt anmälde 49 skolsköterskor och skolkuratorer intresse för projektet. Eftersom projektstarten sköts fram till följd av covid-19-pandemin kom ett antal deltagare att falla bort fram till projektstarten i september 2020. När projektet startade deltog därför 15 skolsköterskor och 14 skolkuratorer. Deltagarna kom från 15 olika kommuner från norr till söder, där både storstadsregioner och glesbygd fanns representerade. De arbetade alla på gymnasieskolor med språkintruktionsprogram. I huvuddelen av fallen (14/15) deltog både skolsköterska och skolkurator från samma skola. En majoritet av deltagarna var kvinnor. Deltagarnas medelålder var 51 år (28 - 64 år). Skolsköterskorna hade i snitt arbetat som sjuksköterskor i 26 år (från 15 till 37 år), varav 9.5 år som skolsköterska (från 0 till 20 år). Skolkuratorena hade arbetat i 4 till 31 år efter sin examen, i snitt 19 år, varav i nästan tio år som skolkurator (från 2 till 22 år). 14 av 15 skolsköterskor var specialistutbildade, fem inom barnhälsovård och nio som distriktssjuksköterska. Övriga specialiseringar var inom psykiatri, som barnmorska, samt i astma, kol och allergi. Majoriteten av deltagarna arbetade heltid eller nästan heltid. Ungefär hälften av deltagarna hade arbetat med nyanlända i andra sammanhang - inom frivilligorganisationer, genom tidigare uppdrag som exempelvis god man eller rådgivare, eller vid anställningar inom exempelvis socialtjänsten. Ungefär hälften av deltagarna arbetade med nyanlända elever ungefär 25% av sin arbetstid, en minoritet arbetade enbart med nyanlända elever. Knappt hälften av deltagarna angav att de träffade nyanlända elever flera gånger varje dag och i stort sett alla träffade nyanlända elever åtminstone varje vecka.

Vid projektavslutet deltog 11 skolsköterskor och 7 skolkuratorer, vilket innebär att totalt 18 deltagare var med och utvärderade projektet. Således föll 11 deltagare bort under

projektets gång, varav 4 var skolsköterskor och 7 var skolkuratorer. De orsaker för avhopp som presenterades var att deltagaren bytt jobb, att deltagaren inte hade någon skolsköterska eller skolkurator att samarbeta med, eller att deltagaren inte längre träffade den aktuella elevgruppen. I flera fall förblev anledningen till avhopp okänd.

Utbildningsdag

I samband med projektstart genomfördes en utbildningsdag, med fokus på migrationsrelaterad psykisk ohälsa hos barn och unga, samt introduktion till den arbetsmodell för strukturerad bedömning som användes i projektet. Deltagarna fick också möta en skolsköterska och skolkurator som ingått i den tidigare pilotstudien och höra deras erfarenheter av att inom elevhälsan arbeta med en likartad modell för strukturerad bedömning av nyanlända gymnasieelevers psykiska hälsa. De fick också utrymme att reflektera över sina nuvarande arbetsmetoder, samt förväntningar på att delta i projektet.

Utbildningsdagen genomfördes till följd av den rådande pandemin på distans via mötesverktyget Zoom, och var obligatorisk för att kunna delta i projektet. Presentationerna från dagen skickades ut till samtliga deltagare.

En strukturerad arbetsmodell

Den strukturerade arbetsmodell för att uppmärksamma psykisk ohälsa hos nyanlända elever som testades inom projektet sammanfattades i en skriftlig guide som delgavs samtliga deltagare (se Bilaga 1). I guiden definierades nyanlända elever i linje med skolverkets definition, dvs som elever som har kommit till Sverige från ett annat land och gått högst fyra år i svensk skola.

Arbetsmodellen hade för avsikt att ge deltagarna vägledning i hur de på ett strukturerat sätt kunde identifiera psykisk ohälsa genom användande av RHS, samt hur olika utfall på denna skala kunde hanteras. Enligt modellen föreslogs elevhälsopersonal att använda RHS i möten med nyanlända gymnasieelever som uttryckt något av nedanstående besvär:

- Nedstämdhet, depression, irritation, ilska, tomhet, likgiltighet
- Oro, rädsla, ångest
- Sömnstörningar, utmattning, stark trötthet, andningssvårigheter, hjärtklappning, nedsatt aptit
- Besvär som återkommit minst en gång i månaden och som eleven sökt hjälp hos elevhälsan för, så som huvudvärk, illamående, ont i magen, diarré
- Koncentrationssvårigheter, hyperaktivitet, rastlöshet

Elevhälsopersonal uppmuntrades också att använda RHS i möten med nyanlända elever där lärare eller mentor uttryckt oro för elevens mående exempelvis p.g.a. hög ogiltig frånvaro.

Projektdeltagarna hade tillgång till alla 18 översättningar av RHS och ombads att administrera skalan på det språk eleven kunde läsa bäst. Vid behov kunde elevhälsopersonal läsa frågorna högt, och använda tolk om så krävdes.

Efter administrering sammanställde skolkuratoren eller skolsköterskan resultaten på RHS. I modellen gavs förslag på hur olika resultat kunde tolkas och vilka åtgärder som

kunde övervägas vid olika resultat (0-10 poäng tolkades som att eleven inte led av psykisk ohälsa):

- 11-17 poäng indikerar mild psykisk ohälsa. Överväg fortsatt stöd inom elevhälsan eller boka in uppföljning efter ett par veckor.
- 18-24 poäng indikerar måttlig psykisk ohälsa. Överväg fortsatt stöd och erbjud fördjupad bedömning exempelvis tillsammans med kurator för möjlighet att följa eleven över tid. Vid behov hänvisa eleven vidare till annan vårdgivare.
- 25 poäng eller mer indikerar allvarlig psykisk ohälsa. Överväg kontakt med skolkurator och/eller skolläkare för fördjupad bedömning. Ta ställning till behov av remiss till hälso- och sjukvård, exempelvis första linjens psykiatri eller BUP (använd sedvanliga kanaler och samarbetsformer).

Den skriftliga guiden gav också förslag på hur olika utfall och åtgärder kunde formuleras i samtal med eleven, samt hur elevhälsopersonal kunde fortsätta dialogen om eleven var tveksam till den föreslagna insatsen.

Uppföljning under projekttidens gång

Under projekttidens gång uppmuntrades deltagare som önskade ytterligare stöd att kontakta någon i forskargruppen eller projektledare vid Socialstyrelsen. En månad efter projektstart arrangerades ett frivilligt seminarium där deltagarna fick möjlighet att utbyta erfarenheter och tips, samt ställa frågor till projektledare och forskare. Vid seminariet gavs också korta presentationer om en studie som undersökt hur risken för suicidtankar ökar med svårighetsgrad på RHS och om ett forskningsprojekt vid Uppsala Universitet, som utvärderar en gruppintervention för nyanlända barn och unga med posttraumatiska stressymtom.

Avslutande träff

I samband med projektavslutet anordnades en avslutande träff, där deltagarna fick reflektera över sina upplevelser av arbetsmodellen och sitt projektdeltagande i grupp, samt ta del av vissa utbildningsinslag. Utbildningsinslagen utgjordes av en lägesrapport från Kunskapscentrum för ensamkommande barn, en genomgång av BUPs arbete och uppdrag, samt en presentation om aktuell forskning vid Linköpings Universitet, där internetbaserad psykologisk behandling för vuxna och ungdomar (15-26 år) med annan språklig bakgrund utvärderas.

Utvärdering av projektet

Design

Utvärderingen av projektet genomfördes med mixad metod med konvergent design (Creswell & Plano Clark, 2017) där kvantitativ och kvalitativ data samlades in vid flera tillfällen under projektperioden.

Deltagare

Deltagare i utvärderingen var de skolsköterskor och skolkuratorer som deltog i Socialstyrelsens projekt och som således arbetade på gymnasieskolor med språkintruktionsprogram. Vid projektstart deltog 15 skolsköterskor och 14 skolkuratorer ($n = 29$), och vid projektavslutningen 11 skolsköterskor och 7 skolkuratorer ($n = 18$). Två av dessa (en kurator och en skolsköterska) missade fokusgruppsintervjuerna. Av de 18 deltagare som deltog genom hela projektet skickade 10 skolsköterskor och 2 skolkuratorer in uppgifter om genomförda skattningar med RHS ($n = 12$).

Datainsamling

Data samlades in vid flera tillfällen under projektets gång: vid projektets start, vid projektets slut, samt löpande under projektperioden (se figur 1 för en översikt).

Kvantitativa data samlades in genom onlineenkäter vid projektstart och projektslut, samt via formulär varje gång en deltagare använde sig av RHS. Onlineenkäterna genomfördes i det digitala enkätverktyget Qualtrics (Qualtrics; Provo, UT). Deltagarnas svar på de kvantitativa mätningarna kopplades samman genom en unik kod som deltagaren själv valt.

Kvalitativa data samlades in genom fokusgruppsintervjuer vid projektstart och projektslut, samt genom öppna frågor i de båda enkäterna.

Figur 1

Översikt av tillfällen och metoder för datainsamling



* Data från samma deltagare kopplades samman genom unik kod som deltagaren själv valt.

Datainsamling inför projektstart

I samband med det inledande utbildningstillfället genomfördes datainsamling genom en enkät och fokusgruppsintervjuer.

I enkäten ingick bakgrundsfrågor rörande deltagarens ålder, kön, yrkeserfarenhet, nuvarande anställning och uppdrag, samt skattningar av hur ofta deltagaren inom ramen

för sitt arbete mötte nyanlända elever. Deltagarna ombads också beskriva vad de för närvarande gjorde för att identifiera och bedöma psykisk ohälsa hos nyanlända elever, samt vad de gjorde när de mötte en elev med identifierad psykisk ohälsa. I enkäten fanns också frågor om upplevelsen av samverkan med BUP gällande dessa elever. Slutligen fick deltagarna ta ställning till fyra påståenden om hur de uppfattade sin kompetens gällande att möta nyanlända elever med psykisk ohälsa (*Jag känner att jag kan ge adekvata råd om psykisk ohälsa till nyanlända elever, Jag har de kunskaper som krävs för att jobba med nyanlända elever med psykisk ohälsa, Jag upplever att jag kan identifiera och bedöma vilka behov som nyanlända elever med psykisk ohälsa har, samt Jag är på det hela taget nöjd med mitt sätt att arbeta med nyanlända elever med psykisk ohälsa*). Frågorna var inspirerade av the Mental Health Problems Perception Questionnaire (Lauder et al., 2000) och besvarades på en femgradig skala där 1 = *instämmer inte alls* och 5 = *instämmer helt*. Sett som ett index på självrapporterad kompetens hade dessa fyra frågor en hög intern konsistens (Cronbach's alpha = .86).

Under den inledande utbildningsdagen genomfördes också semistrukturerade fokusgruppsintervjuer om deltagarnas nuvarande sätt att arbeta med psykisk ohälsa, deras uppfattningar om samverkan inom och utanför elevhälsan, samt om förväntningar kring att delta i projektet. Deltagarna delades in i fem olika fokusgrupper, två för skolsköterskor och tre för skolkuratorer. Fokusgruppsintervjuerna, som genomfördes via Zoom, spelades in och transkriberades därefter ordagrant.

Kontinuerlig datainsamling under projektiden

Under projektiden registrerade deltagarna löpande uppgifter varje gång de använde RHS. I ett specifikt dokument (*Dokument A*, se bilaga 2) registrerade de avidentifierade uppgifter om den screening som genomförts (datum, elevens sökorsak, hur RHS administrerats, vilken språkversion som använts, om tolk använts, samt hur lång tid administreringen av RHS tog). I samma dokument registrerades elevens totalsumma på RHS och vilka åtgärder som vidtagits. Avslutningsvis skattade deltagaren sin upplevelse av att använda RHS i arbetet med just denna elev utifrån åtta påståenden om användbarhet, godtagbarhet och klinisk nytta, baserade på Debriefing Instrument for Clinicians (Lewis-Fernández et al., 2017) men förkortat och anpassat till den aktuella kontexten. Varje fråga var poängsatt från -2 (motsvarande *instämmer inte alls*) till +2 (motsvarande *instämmer helt*). Lägsta möjliga poäng var således -16 och högsta möjliga poäng +16. Skattningar över noll tydde på en positiv upplevelse. Chronbach's alpha var .84, vilket indikerar att skalan hade en hög intern konsistens.

I samband med varje administrering av RHS sparade deltagaren också grundläggande sociodemografiska uppgifter om den elev som screenats. Uppgifter om elevens ålder, kön, ursprungsland, om eleven kommit ensam eller med sin familj, hur länge eleven varit i Sverige, samt migrationsstatus registrerades i ett specifikt dokument (*Dokument B*, se bilaga 3), som för att säkerställa anonymiteten inte märktes med deltagarens personliga kod.

Såväl *Dokument A* som *Dokument B* förvarades inlåst hos respektive deltagare. Vid projektidens slut skickades de till ansvarig forskare i två separata kuvert (ett för *Dokument A* och ett för *Dokument B*).

Datainsamling vid projektets slut

I samband med projektets avslutande träff fick deltagarna fylla i samma enkät som vid projektets start, denna gång dock utan de inledande bakgrundsfrågorna. I enkäten fick de också besvara frågor om hur det gått att implementera den RHS-baserade arbetsmodellen. Förutom att fråga om samverkan med BUP inkluderade denna enkät också frågor om samverkan med andra vårdinstanser såsom vuxenpsykiatri och primärvården.

Under den avslutande träffen genomfördes ytterligare semistrukturerade fokusgruppsintervjuer, denna gång med fokus på deltagarnas erfarenheter av att använda den strukturerade arbetsmodellen, men också om upplevelser av intern och extern samverkan. Deltagarna delades in i tre grupper (två för skolsköterskor och en för skolkuratorer). Liksom tidigare genomfördes intervjuerna via Zoom, spelades in och transkriberades ordagrant. De två projektdeltagare som missade fokusgruppsintervjuerna fick en förlängd version av enkäten med extra fritextfrågor för att belysa deras upplevelser av de områden som ingick i fokusgruppsintervjun.

Analyser

Bakgrundsinformation om elever, deltagare, upplevd kompetens och administrering av RHS analyserades deskriptivt med frekvenser, andelar, medianvärden, medelvärden och standardavvikelser.

För att beskriva hur RHS uppfattades under olika betingelser beräknades medeltal och standardavvikelser för hur deltagarna skattat sin upplevelse av att använda RHS under olika former (intervju eller självadministration, med eller utan tolk, samt på olika språk). Ett eventuellt samband mellan det antal tillfällen som en deltagare lämnat ut RHS och hur skalan uppfattades undersöktes med hjälp av Pearsons produktmomentkorrelation (Pearson's r). Korrelationsanalyser användes också för att undersöka eventuella samband mellan deltagarnas skattningar av RHS och elevens totalpoäng på skalan samt hur lång tid skattningen tog att genomföra. Tillförlitligheten i dessa analyser begränsas dock av det faktum att de olika skattningarna av RHS inte kan anses vara oberoende av varandra, eftersom samma deltagare skattade sin upplevelse av RHS vid flera tillfällen. Även om varje elevmöte var unikt, kan varje deltagare ha haft en generellt mer positiv eller negativ uppfattning om RHS, vilket kan ha påverkat deltagarens generella sätt att skatta.

För att hantera problemet med skattningar som inte är oberoende av varandra kan så kallad flernivåsanalys (multilevel modeling) användas. I denna typ av analys tar man hänsyn till att deltagarens skattning kan påverkas både av faktorer som har med det aktuella elevmötet att göra och faktorer som har med deltagaren själv att göra. Eftersom antalet deltagare i utvärderingen var relativt få kan en sådan analys inte anses vara fullt statistiskt tillförlitlig, men den kan ändå ge en indikation på betydelsefulla variabler som kan ha påverkat uppfattningen av RHS. Analysen genomfördes med två nivåer, där nivå ett utgjordes av variabler kopplade till varje användning av RHS (poäng på RHS, tid för genomförande mätt i minuter, självadministration eller intervju, användning av tolk eller inte, samt om formuläret använts på svenska eller annat språk). Nivå två kodades utifrån vilken projektdeltagare som gjort skattningarna. Då RHS användes vid 99 tillfällen av totalt 12 deltagare fanns endast underlag från 99 observationer på nivå 1 och 12 på nivå 2.

De åtgärder deltagarna uppgav att de vidtagit kodades utifrån fem förutbestämda kategorier; *ingen åtgärd*, *uppföljning skolsköterska*, *kurator*, *skolläkare* samt *extern vårdgivare*.

Detta, samt deltagarnas uppfattningar om samarbete inom elevhälsan och med externa aktörer, redovisas grafiskt.

Fokusgruppsintervjuerna analyserades kvalitativt med ledning av principer ifrån tematisk analys (Braun & Clarke, 2006).

Etiska överväganden

Projektets och utvärderingens genomförande berörde såväl projektdeltagarna (dvs skolsköterskor och skolkuratorer) som de elever som projektdeltagarna mötte i sitt ordinarie arbete inom elevhälsan. Utvärderingsupplägget skickades för etikprövning hos Etikprövningsmyndigheten, som beslutade att inte ta upp ansökan för prövning. Enligt beslutet skulle utvärderingen inte etikprövas eftersom projektet inte kommer att behandla personuppgifter på ett sådant sätt som anges i 3 § i *Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor* och heller inte innebär ingrepp på en forskningsperson eller annan intervention på det sätt som anges i lagens 4 §. Även om upplägget inte bedömdes falla under etikprövningslagens bestämmelser vägdes utvärderingens möjliga risker mot dess nytta. Etiska överväganden gjordes i relation till både projektdeltagare och de elever de möter, och åtgärder vidtogs för att minimera eventuella risker.

Projektdeltagare

Att delta i projektet skulle kunna utgöra en utökad arbetsbörda för deltagarna. I ett försök att tillse att deltagandet inte skulle bli alltför belastande vidtogs vissa åtgärder: Inför projektanmälan betonades vikten av att deltagande var förankrat hos varje deltagares närmaste chef. Detta kompletterades med att information om projektet skickades till såväl rektorer som skolläkare vid de skolor som inkluderades i projektet. För att underlätta deltagande hölls dessutom de administrativa uppgifterna för deltagare till ett minimum. Information spreds både muntligt och skriftligt och representanter från Socialstyrelsen och forskargruppen fanns tillgängliga för att svara på frågor och ge stöd i arbetet.

Deltagare i projektet fick också specifik information om utvärderingens syfte, vad deltagande i utvärderingen innebar, samt att detta deltagande var frivilligt och när som helst kunde avbrytas. De lämnade sitt formella samtycke till att delta i samband med att de besvarade den första enkäten.

Elever

Trots att eleverna inte var i fokus varken i projektet eller i utvärderingen kom de givetvis att beröras av de nya arbetsformer som testades. Att som elevhälsopersonal undersöka en elevs psykiska mående är en naturlig del av uppdraget, och syftet med projektet var att undersöka möjligheterna att göra detta på ett strukturerat sätt och därigenom öka chanserna för erbjuda alla elever likvärdig tillgång till god och jämlik vård. Det instrument som användes, RHS, är utvecklat för att undersöka psykisk ohälsa hos nyanlända flyktingar. Det är validerat på ett flertal språk, för individer med olika kulturell bakgrund och i olika åldrar, inklusive ungdomar i gymnasieåldern. Instrumentet ansågs därför väl lämpat för ändamålet. I den guide som elevhälsopersonalen fick kompletterades RHS med riktlinjer för när användande kunde anses relevant, hur administreringen lämpligen kunde gå till, hur resultat kunde tolkas, samt vilka åtgärder som kunde vara rimliga att överväga

vid olika resultat. Användandet av skalan inkluderades i elevhälsopersonalens ordinarie arbete med dessa ungdomar och journalfördes enligt ordinarie rutiner.

De eventuella risker som identifierades var att enstaka elever kunde få ett resultat som indikerade att de led av psykisk ohälsa även om så inte var fallet. En annan möjlig risk som förutsågs var att screeningen kunde medföra att elever uppmuntrades att prata om saker de ännu inte kände sig redo att prata om. Dessa risker ansågs båda kunna avhjälpas genom lyhördhet och god kommunikation från elevhälsopersonalens sida. En tredje risk som kunde förutses var att elever som identifierats med psykisk ohälsa därefter inte fick tillgång till den vård eller det stöd de behövde. Vid tecken på svår psykisk ohälsa föreslog manualen vidare utredning och övervägande av remiss till lämplig hälso- och sjukvårdsinstans. Även om remiss skulle skickas fanns inga garantier för mottagande hos annan vårdgivare inom hälso- och sjukvården, men vetskapen om att eleverna hade en etablerad kontakt hos elevhälsan gjorde att risken ansågs liten att elev med uttalad psykisk ohälsa skulle bli helt utan hjälp eller stöd. Sammantaget gjordes bedömningen att fördelarna med ett strukturerat och väl validerat förfarande för att identifiera möjlig psykisk ohälsa hos nyanlända elever kunde anses väga tyngre än de eventuella risker som identifierats.

För att kunna utvärdera arbetsmodellens användbarhet krävdes viss information om vilka elever som bedömts utifrån modellen. Elevernas anonymitet säkrades genom att endast sådan information som inte ansågs kunna spåras till en enskild individ rapporterades i anslutning till varje administrering av RHS (*Dokument A*, se bilaga 2). Till dessa uppgifter hörde praktiska uppgifter rörande administreringen (administreringssätt, behov av tolk, vilken språkversion som använts, samt tidsåtgång), elevens sökorsak, central information om resultatet (totalpoäng på RHS), samt uppgifter om vilka åtgärder som vidtagits. Däremot utelämnades information om elevens ålder, kön, ursprungsland, om eleven kommit ensam eller med sin familj, hur länge eleven varit i Sverige, samt migrationsstatus. Dessa uppgifter rapporterades istället på en separat blankett (*Dokument B*, se bilaga 3) utan koppling till vilken deltagare som samlat in dem, och därför också utan koppling till skola eller kommun. De två olika typerna av dokument skickades i separata förfrankerade svarskuvert till forskargruppen.

4 Resultat

Elevhälsans arbete med psykisk ohälsa hos nyanlända elever innan projektstart

Identifiering av psykisk ohälsa genom samtal

Skolsköterskorna berättade i fokusgruppsintervjuerna att de ofta fick information från annan skolpersonal om att elever mår psykiskt dåligt och behövde kontakt. Många skolsköterskor hade egna hälsosamtal, ibland med kurator närvarande, vilket i sig var ett tillfälle då olika former av information kunde framkomma. Information om psykisk ohälsa framkom också genom hög skolfrånvaro, eller genom att eleven själv sökte skolsköterskan för olika fysiska åkommor, såsom huvudvärk, magont och hjärtklappning, eller för diffusa besvär. Elever sökte också direkt för problem av mer psykiska art, exempelvis sömnproblem eller att eleven kände sig stressad, orolig, arg eller ledsen. Skolkuratorerna beskrev att elever sökte sig till dem med liknande symtombilder. Liksom skolsköterskorna berättade de att det var vanligt att informationen kom från mentorer, men även att den kunde komma via samtal som till en början var av mer praktisk karaktär.

... många kommer med någon typ av praktisk fråga som de vill ha hjälp med och att man sen utifrån den hittar samtalspunkter, alltså kommer mer på djupet i svårare frågor. Men de söker liksom oftast inte för att "Ja, men jag mår psykiskt dåligt och behöver prata med någon".

Innan projektet startade svarade de allra flesta, både skolsköterskor och skolkuratorer, att de inte använde några specifika metoder för att bedöma psykisk ohälsa bland nyanlända elever, utan förlitade sig mycket på samtalet. I undantagsfall användes strukturerade frågor i samband med hälsosamtalet, samtalsstöd från SKR eller egna checklistor.

Tillgänglighet och uppsökande verksamhet från elevhälsans sida skapar kontakt och tillit

Både skolsköterskor och skolkuratorer beskrev vikten av ett uppsökande arbetssätt - att finnas med i korridorer, matsal och klassrum. Att vara någon som eleverna kände igen och fick en relation till beskrevs som en förutsättning för att skapa tillit. Att lyssna, bekräfta och försiktigt fråga sig vidare beskrevs som centrala delar i samtalet med eleverna.

... jag har varit mycket ute i klassrummen, att de brukar inte komma och prata med mig på det sättet kanske som man tänker, men att man är ute mycket i klassrummen och syns liksom...

Flera av skolkuratorerna beskrev att de hade anordnat särskilda grupper eller föreläsningar för de nyanlända eleverna och att det efter dessa aktiviteter hade blivit lättare att prata om psykisk ohälsa. Både skolsköterskor och skolkuratorer beskrev utmaningar i arbetet med nyanlända elever med psykisk ohälsa. Från skolsköterskornas sida lyftes att

det var svårt att nå fram med egenvård och hälsofrämjande insatser. Det fanns en uppfattning om att eleverna ville ha mer medicinska insatser.

... alltså "Har du ingen medicin? Har du inte det? Nej, men då vill jag inte ha." "Nej, men jag kan erbjuda samtal och jag kan bolla det vidare till kuratorn." "Nej, alltså samtal hjälper inte. Jag har provat."

Deltagarna beskrev också vikten av att vara tillgänglig och att snabbt kunna erbjuda en tid. Skolkuratorerna lyfte att det kunde vara svårt att få eleverna att prata om psykisk ohälsa och att det tog lång tid innan eleverna började lita på dem. Samtliga skolkuratorer uppgav att de hade möjlighet att erbjuda eleverna kontinuerlig kontakt för samtalsstöd. Dock kunde det ändå vara svårt att få till kontinuitet, då det var vanligt med frånvaro hos eleverna. Elevernas svåra psykosociala situationer, i vissa fall innefattande bostadslöshet, behov av att tjäna pengar samt drogmissbruk, lyftes som försvårande omständigheter.

Förväntningar inför deltagande i projektet

Inför projektstart lyfte deltagarna förväntningar om att kunna hjälpa elever snabbare genom att själva fånga upp psykisk ohälsa, och inte som nu vara beroende av information från andra. Det fanns också förväntningar om att kunna uppmärksamma även elever med mindre tydliga tecken på psykisk ohälsa, att få ny kunskap, få ökad struktur och tydlighet i sitt arbete och att snabbare kunna lotsa eleverna till rätt hjälp och stöd. Den främsta farhågan som lyftes var att projektdeltagandet skulle vara tidskrävande. Det framkom också en oro över att de skulle möta för få nyanlända elever, då antalet nyanlända elever minskat kraftigt det senaste året.

Upplevelser av den RHS-baserade arbetsmodellen

Totalt användes RHS vid 99 tillfällen under projektets gång. Tolv av projektets deltagare, varav två var skolkuratorer och tio var skolsköterskor, rapporterade in uppgifter om hur de använt RHS. Skolsköterskorna använde totalt RHS 87 gånger (88%) och skolkuratorerna 12 gånger (12%). Vid 68 av de tillfällena (69%) fyllde eleven själv i skalan och vid 28 tillfällen (28%) läste skolsköterskan eller skolkuratorn upp frågorna och kryssade i svaren. Vid ett tillfälle (1%) användes en blandning av dessa två administreringssätt och för två av tillfällena saknas information om administreringssätt. I en majoritet av fallen (78%) användes ingen tolk. Tolk medverkade vid 13 tillfällen (13%) och information om huruvida tolk medverkade eller ej saknas vid 8 tillfällen (8%).

Uppdelning av arbetsuppgifter

På en del skolor hade både skolkuratorer och skolsköterskor använt skalan, på andra skolor hade man lagt upp det så att det framför allt var skolsköterskan som lämnade ut RHS och sedan vid behov hänvisade eleven till skolkuratorn.

Jag har hänvisat många till kuratorn, och sen har hon ... har vi kanske tillsammans pratat om "hur går vi vidare? Är det så höga poäng så vi ska remittera eleven?" Man måste ju ha eleven med sig också i hur man tänker. Hur man bäst kan hjälpa.

Jag tror att jag har gjort fler skattningar än vad skolsköterskan har gjort på vår skola. /.../ Sen när jag har fått elever från skolsköterskan, då har jag också fått en kopia på RHS:et, och så har vi börjat med att prata om "ja, men du har fyllt i så här och så här, vad betyder det?" Alltså, "vad står detta för?" och så vidare.

Några av de deltagande skolkuratorerna menade att användande av RHS inte riktigt passade in i det arbetssätt de vanligen använder sig av.

Vi tittade tillsammans på den här skattningsblanketten och då resonerade vi ganska så fort att det är mer lämpligt i skolsköterskans samtal att ta fram en skattning, fråga de här frågorna. Jag har ju en helt annan ingång i mina samtal / .../ Jag vill att de ska komma till mig på ett annat sätt, än att jag ska sitta där och rabbla massa siffror och nummer och så där. Så det är därför vi bestämde att det är skolsköterskan, och sen att vi resonerade om det är någonting som jag ska kopplas in på efter den skattningen, då.

Elever som använt RHS

Den vanligaste orsaken till kontakt var ett rutinemässigt hälsosamtal, följt av att eleven självt sökt sig till elevhälsan på grund av olika somatiska besvär, t.ex. smärta. Vissa elever kom till skolsköterskan/skolkuratoren utifrån att de haft hög frånvaro, eller för att mentorer uttryckt oro över deras mående. En del elever sökte uttryckligen på grund av psykiska besvär i form av oro eller stress.

De elever som besvarade RHS hade en medelålder på 17.72 år ($SD = 1.80$, $Mdn = 18$). Huvuddelen av eleverna (97%) var mellan 15 och 21 år, men enstaka yngre eller äldre elever hade också besvarat RHS. Av de 99 eleverna var 51 pojkar och 48 flickor. De flesta (75/99) hade kommit tillsammans med andra familjemedlemmar, 21 hade kommit ensamma och 3 tillsammans med andra släktingar eller närstående. Deras vistelsetid i Sverige varierade, men en klar majoritet hade varit här i ett eller flera år och många hade permanent uppehållstillstånd. Eleverna kom från 21 olika länder, där Syrien, Afghanistan, Somalia och Iran var vanligast förekommande. En fullständig sammanställning av de elever som besvarat RHS presenteras i tabell 1. Skattningarna på RHS varierade från 0-46 poäng, med ett medelvärde på 18.69 ($SD = 11.60$), vilket indikerar en måttlig psykisk ohälsa (Bjærtå et al., 2018).

Tabell 1

Elever som fyllde i RHS under projektperioden (n=99).

Elevkaraktäristika	Antal	Procent
Ålder		
10-15	5	5.1
16-19	84	84.8
20-25	10	10.1
Kön		
Pojke	51	51.5
Flicka	48	48.5
Har kommit till Sverige		
Ensam	21	21.2
Med familj	75	75.8
Annat ^a	3	3.0
Tid i Sverige		
0-6 mån	3	3.0
6-12 mån	7	7.1
1-2 år	27	27.3
2-3 år	28	28.3
3-4 år	14	14.1
> 4 år	20	20.2
Vet ej		
Migrationsstatus		
Tillfälligt uppehållstillstånd	13	13.1
Permanent uppehållstillstånd	65	65.7
Väntar på besked	7	7.1
Har fått avslag	9	9.1
Vet ej / ej svarat	5	5.1
Ursprungsland		
Afghanistan	18	18.2
Eritrea	3	3.0
Irak	4	4.0
Iran	7	7.1
Serbien	4	4.0
Somalia	11	11.1
Syrien	34	34.3
Övriga ^b	18	18.2

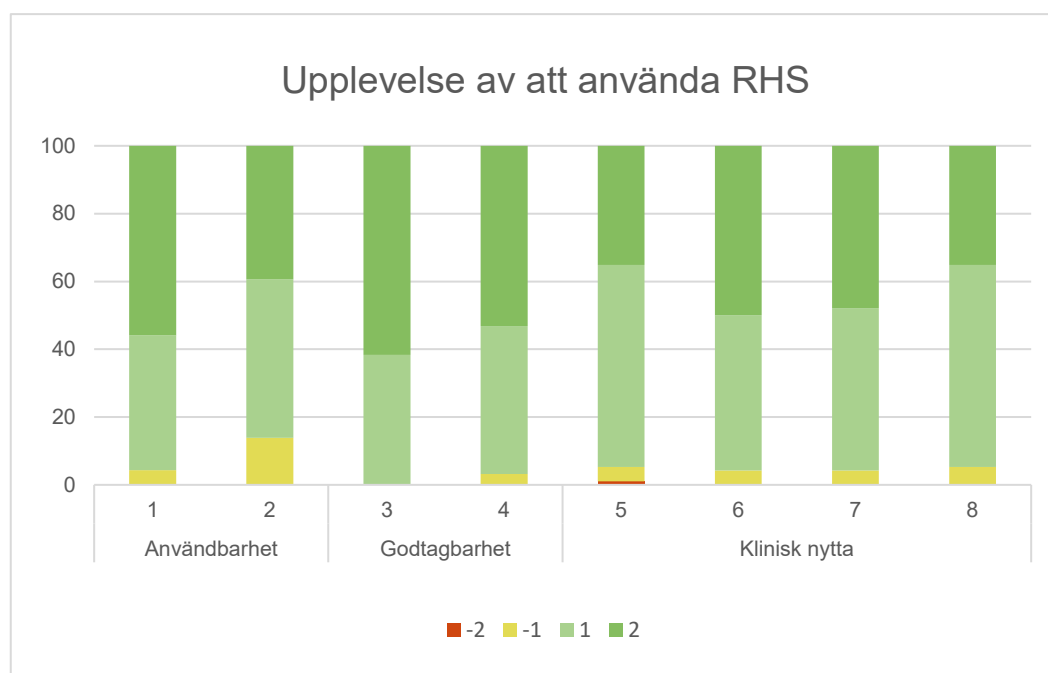
Kommentar. ^a Elever som kommit tillsammans med andra släktingar än föräldrar. ^b Brasilien Elfenbenskusten, Etiopien, Filippinerna, Förenade Arabemiraten, Jemen, Kongo, Kurdistan, Libanon, Litauen, Nya Zeeland, Thailand, Tjetjenien, Tunisien, Okänt ($n = 1-2$ per land).

Projektdeltagarnas generella upplevelse av RHS

Deltagarnas upplevelser av RHS skattades genom att deltagaren efter varje tillfälle då hen lämnat ut RHS till en elev tog ställning till åtta påståenden gällande användbarhet, godtagbarhet och kliniska nytta. Figur 2 visar hur deltagarna besvarade de åtta olika påståendena. Gröna fält indikerar en positiv uppfattning om skalans användbarhet, godtagbarhet och kliniska nytta, medan gula och orange fält indikerar en negativ uppfattning. Medelvärde för alla skattningar på dessa påståenden var 10.96 ($SD = 3.96$), där -16 är lägsta möjliga resultat och +16 är högsta möjliga resultat. Detta visar på en överlag positiv uppfattning av skalans användbarhet, godtagbarhet och kliniska nytta. De enskilda påståendena redovisas separat längre ner i texten under rubrikerna Användbarhet, Klinisk nytta och Godtagbarhet.

Figur 2

Deltagarnas skattningar av RHS:s användbarhet, godtagbarhet och kliniska nytta



Kommentar. 1. RHS var lätt att administrera, 2. Frågorna i RHS var lätta för eleven att förstå, 3. Det kändes bekvämt för mig att be eleven fylla i RHS, 4. Eleven verkade bekväm med att besvara frågorna i RHS, 5. RHS gjorde det lättare att prata med eleven om psykisk ohälsa, 6. RHS gjorde mig säkrare i min bedömning av elevens problem, 7. RHS hjälpte mig att bedöma hur allvarliga elevens problem var, 8. RHS gjorde det lättare att välja åtgärd. -2 = instämmer inte alls, -1 = instämmer inte, +1 = instämmer, +2 = instämmer helt.

De olika deltagarna skattade skalan olika sinsemellan, med medelvärden per deltagare som varierade från som högst 14 poäng ($SD = 2.39$) till som lägst 6 poäng ($SD = 0.00$). Deltagarna hade använt RHS olika många gånger: den som använt RHS mest hade använt skalan vid 16 tillfällen, den deltagare som använt skalan som minst hade använt den vid två tillfällen. Några deltagare hade inte använt RHS alls. Det fanns inget samband mellan

det antal tillfällen som en deltagare hade använt sig av RHS och hur hen uppfattade skalan: $r = .33$, $p = .30$.

Deltagarna uppfattade skalans värde olika beroende på vilken elev som hade besvarat den, i medel skiljde sig skattningarna åt med 7.42 ($SD = 4.77$) poäng inom en och samma deltagare, vid möten med olika elever.

Tabell 2 visar hur deltagarna, i genomsnitt, skattade RHS under olika omständigheter. Eftersom varje deltagare skattade RHS vid flera tillfällen (2-16 tillfällen per deltagare), har vissa deltagare i högre utsträckning än andra har bidragit till de redovisade resultaten.

Tabell 2

Deltagarnas uppfattning av RHS under olika omständigheter

	Användning av RHS		Deltagarens uppfattning av RHS		
	Antal	Procent	Antal i analys ^a	<i>M</i>	<i>SD</i>
Administreringssätt					
Intervju	28	28.3	27	9.30	2.77
Självadministration	68	68.7	64	11.83	3.65
Okänt	3	3.0	2	5.50	14.85
Tolkanvändning					
Ej tolk	78	78.8	73	11.40	3.79
Tolk	13	13.1	13	8.46	4.46
Okänt	8	8.1	7	11.00	3.46
Språk					
Arabiska	37	37.4	36	10.53	4.93
Dari	11	11.1	11	11.45	2.42
Engelska	6	6.1	6	11.33	4.50
Farsi	7	7.1	7	12.71	2.29
Somaliska	10	10.1	10	12.00	2.40
Svenska	19	19.2	17	9.88	3.81
Övriga ^c	9	6.1	6	11.50	3.27

Kommentar. *M* = Medelvärde av deltagarnas uppfattning av RHS på en skala från -16 (mycket negativ) till +16 (mycket positiv). *SD* = Standardavvikelse. ^aAntal där fullständig skattning av upplevelse av RHS framgår. ^bSpråk eller språkkombinationer som endast användes vid färre än fem tillfällen, samt de tillfällen då språk ej rapporterats.

Skalan skattades överlag som mindre användbar ju längre tid den tog att besvara, Pearson's $r = -.28$, $p = .007$. Deltagarnas skattningar visade däremot inga samband mellan elevens totalpoäng på RHS och deltagarens uppfattning om skalan: $r = .006$, $p = .958$. Eftersom de unika skattningarna av hur RHS uppfattades inte är oberoende av varandra ska stor försiktighet iakttas vid tolkning av hur de olika omständigheterna påverkade hur skalan uppfattades.

Flernivåsanalyser av deltagarnas upplevelse av RHS i det enskilda mötet med eleven visade att endast användande av tolk påverkade den sammantagna uppfattningen av hur användbart RHS var. I de lägen när tolk användes skattades upplevelsen som mindre positiv än när tolk inte användes ($t = 2.53, p = .04$). Tillförlitligheten i dessa resultat är dock begränsad till följd av att antalet deltagare i utvärderingen var lågt. Med ett större antal deltagare är det möjligt att fler faktorer visat sig vara av betydelse.

Användbarhet: RHS var lättanvänt och sparade tid

Deltagarna skattade hur användbart de tyckte att RHS hade varit i mötet med eleven genom att besvara hur väl de instämde i två påståenden: *RHS var lätt att administrera* och *Frågorna i RHS var lätta för eleven att förstå*. En negativ skattning (-2 eller -1) indikerade att deltagaren inte instämde i påståendet, medan en positiv skattning (+1 eller +2) indikerade att deltagaren höll med. Påståendet om hur lätt RHS var att administrera skattades positivt vid 96% av tillfällena. Påståendet om hur lätt RHS var för eleven att förstå skattades positivt vid 86% av tillfällena. Deltagarna beskrev att det hade hänt att de blivit tvungna att förklara vissa ord och att det fanns elever som hade svårare att förstå. Detta beskrevs dock som undantag, de flesta eleverna verkade ha förstått frågorna i formuläret. Deltagarna menade också att det inte alltid var svårigheter att förstå som gjorde att det tog lite mer tid för vissa elever att fylla i formuläret.

Vissa tog lite längre tid, kanske. /.../ Ja, dels kanske att de hade lite svårare att förstå frågorna. Eller att de tänkte till, verkligen, att de tog det på allvar också.

I fokusgruppsintervjuerna som genomfördes vid projektavslut beskrev både skolsköterskor och de skolkuratorer som använt RHS att det hade varit lätt att använda. *Jag tycker också det var ett väldigt enkelt material att jobba med*, uttryckte en deltagare. En viktig framgångsfaktor för att genomförandet skulle vara smidigt var att RHS fanns i många olika översättningar. Det möjliggjorde för eleven att välja vilket språk hen ville använda, vid behov kunde olika språkversioner också kombineras.

Jag tror att eleverna uppskattar det här att få formulär på sitt eget språk, och det fanns en väldig enkelhet i hur frågorna var ställda

Inför projektstart uttrycktes en farhåga om att användandet av RHS skulle ta mycket tid. Trots att enstaka deltagare uttryckte att de inte alltid hunnit med att administrera RHS, var de inte av uppfattningen att det tog mycket tid att använda formuläret. Snarast tyckte deltagarna att de sparade tid genom att använda RHS.

Nej, jag tycker inte att det har tagit tid, utan tvärtom tycker jag att det har kunnat spara tid. Man har snabbare kommit till kärnan, på något sätt. Och jag tycker att även om det skulle ha tagit tid så tycker jag att det är värt det. Men jag tycker som sagt var inte att det har tagit längre tid än jag hade använt ändå.

När RHS genomfördes som en självskattningsskala tog det i snitt 7.05 ($SD = 3.82$) minuter för eleven att besvara skalan (snabbaste tiden var 3 minuter, längsta tiden 20 minuter), när

den genomfördes som intervju tog det i snitt 16.39 ($SD = 10.61$) minuter. Framför allt vid intervjun varierade dock tidsåtgången kraftigt: från som snabbast 7 minuter till som längst 50 minuter. Här kunde även ett mönster skönjas där det tog längre tid för vissa deltagare och kortare för andra att genomföra skattningen i intervjuform.

Klinisk nytta: RHS underlättade samtal och bedömning

Deltagarna skattade den kliniska nytta de tyckte att RHS hade i mötet med eleven genom att besvara hur väl de instämde i fyra påståenden: *RHS gjorde det lättare att prata med eleven om psykisk ohälsa*, *RHS gjorde mig säkrare i min bedömning av elevens problem*, *RHS hjälpte mig att bedöma hur allvarliga elevens problem var* samt *RHS gjorde det lättare att välja åtgärd*.

RHS underlättade samtal om psykisk ohälsa

Det första påståendet som avsåg att mäta klinisk nytta, *RHS gjorde det lättare att prata med eleven om psykisk ohälsa*, skattades positivt vid 95% av tillfällena. Att RHS gjorde det lättare för deltagarna att kommunicera med eleverna kring psykisk ohälsa framkom också i fokusgruppsintervjuerna. Med hjälp av skalan kom man snabbare in på ämnet psykisk ohälsa. Materialet kunde också bidra till fortsatt utforskande, utifrån hur eleverna besvarat de olika frågorna.

Jag tycker också, det blev väldigt konkret att förklara för eleven utifrån resultatet. ”Ja, men nu har du svarat så här. Det kan göra att man kanske mår på det här sättet” och hitta förklaringar till olika beteenden eller mående och så. Det tycker jag var mycket lättare att visa på än när man bara har pratat allmänt...

RHS bidrog till ökad tydlighet kring elevens problematik

Påståendet *RHS gjorde mig säkrare i min bedömning av elevens problem* skattades positivt vid 96% av tillfällena. Att RHS bidrog till tydlighet kring elevens mående framkom även i intervjuerna.

Det har blivit tydligare för mig också med de här frågorna. Det blev en tydlighet... både för eleverna och för mig, tycker jag.

De möten jag hade och de som jag planerade inför även om de inte blev av sen blev lättare eftersom jag och skolsköterskan kunde mer konkret se vad det var som de mådde dåligt över och hur dåligt de mådde.

Påståendet *RHS hjälpte mig att bedöma hur allvarliga elevens problem var* skattades positivt vid 96% av tillfällena. Deltagarna beskrev att RHS kunde användas för att identifiera psykisk ohälsa hos elever där detta annars inte hade varit tydligt. I fall där man hade misstänkt att det fanns viss form av psykisk ohälsa kunde det också framkomma att denna var betydligt allvarligare än vad man första hade anat.

Jag anade sömnproblem. Så att... ja, det var väl lite känslan av att... ja, det var inte riktigt bra. Men att det skulle bli så här, att hon mådde så dåligt, det hade jag inte föreställt mig. Och kuratorn... Hon fick tid till kurator på ungdomsmottagningen, och

kuratorn gjorde samma bedömning och rådgjorde med psykolog på ungdomsmottagningen, då, för att... ja, dubbelkolla. "Kan det vara så här? Kan det vara så att hon mår så här dåligt?" Och psykologen gjorde samma bedömning. Och sen remitterade de vidare till kris- och traumamottagningen. Där kändes det bra.

Det motsatta hände också, att en elev som deltagaren trodde skulle skatta högt inte gjorde detta. Ibland gick man då igenom formuläret igen och förklarade frågorna ytterligare.

Ett sånt tillfälle som jag fick för jag visste att hon mår så dåligt, men jag fick låga poäng. Och sen vi gick tillbaka och jag försökte med det här lilla språket som hon kunde, att förklara "jag menar så här". Och sen blev det ett helt annat resultat.

Även om deltagarna trodde att de skulle ha identifierat behov hos många av eleverna även om de inte använt RHS, gav de uttryck för att de nu förstod elevernas behov snabbare och på ett tydligare sätt.

Jag tycker att eleverna har kommit snabbare till mig, för att det blev tydligt direkt att här behövs en kuratorskontakt. Så att det kanske inte hade varit så att eleven aldrig hade kommit till mig, men det gick snabbare, och det är ju någonting positivt, tänker jag.

Hjälpsamt med stöd för att introducera och tolka RHS

I projektet fick deltagarna en guide till när och hur RHS kunde användas, och denna uppfattades av deltagarna som hjälpsam och tydlig. Någon deltagare lyfte betydelsen av att få förslag på förslag på hur RHS kunde introduceras.

Och sen, jag tycker att det var bra det här, ni hade ju förslag på hur man kunde inleda. Varför man ville ställa de här frågorna. Det tycker jag var hjälpsamt. Det var kort och koncist och enkelt, och jag läste innantill ibland för att... ja, jag tyckte att det var bra.

Många deltagare uttalade sig också positivt om att få riktlinjer för tolkning av symtomens svårighetsgrad och förslag på åtgärder. Påståendet RHS gjorde det lättare att välja åtgärd skattades positivt vid 95% av tillfällena. Åtgärdsförslagen användes som en vägledning kring om man var rätt ute, men behövde vägas mot elevens önskemål och praktiska förutsättningar för remittering.

Jag ser det mer som en vägledning, och sen så får man se därefter hur det funkar i praktiken. Och jag har också gjort det, tagit kontakt med vårdcentralen vid något tillfälle, men vid något tillfälle behållit det själv. Men det är bra att ha att luta sig mot, så att säga, men att man ändå ser det som ett... det får ju liksom passa eleven

De åtgärdsförslag som gavs i guiden var:

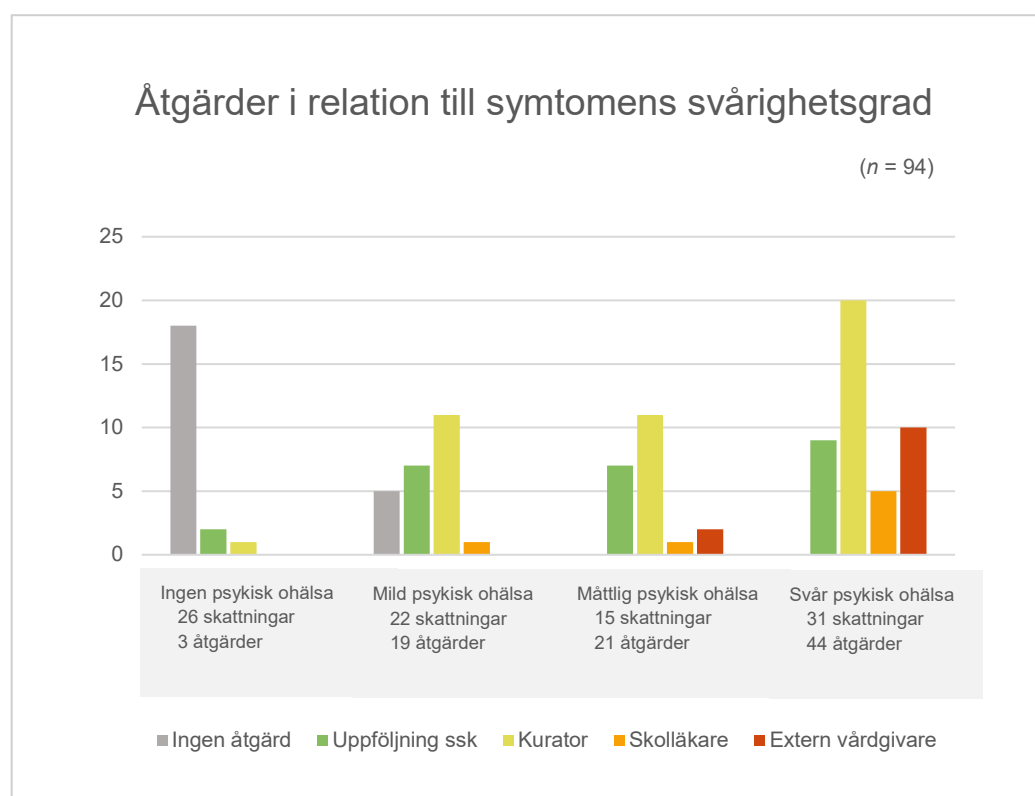
- 11-17 poäng på RHS (motsvarande mild psykisk ohälsa) Överväg fortsatt stöd inom elevhälsan eller boka in uppföljning efter ett par veckor

- 18-24 poäng (motsvarande måttlig psykisk ohälsa) Överväg fortsatt stöd och erbjud fördjupad bedömning exempelvis tillsammans med kurator för möjlighet att följa ungdomen över tid. Vid behov hänvisa eleven vidare till annan vårdgivare
- 25 eller mer (motsvarande allvarlig psykisk ohälsa) Överväg kontakt med skolkurator och/eller skolläkare för fördjupad bedömning. Ta ställning till behov av remiss till hälso- och sjukvård exempelvis första linjens psykiatri eller BUP.

Poäng lägre än elva tolkades som att ingen psykisk ohälsa förelåg och att ingen åtgärd var indikerad. En närmare granskning av vilka åtgärder som hade vidtagits i relation till elevens poäng visade att dessa förslag hade följts mycket väl, se figur 3.

Figur 3

Åtgärder i relation tillsymtomens svårighetsgrad



Figuren visar antal åtgärder inom olika svårighetsintervall. Samma elev kan ha erbjudits flera olika åtgärder, vilket framför allt gällde elever med svår psykisk ohälsa. Alla elever med måttlig och svår psykisk ohälsa erbjöds minst en åtgärd. När dessa elever erbjöds uppföljning hos skolsköterskan var det alltid i kombination med ytterligare åtgärder.

Godtagbarhet: Både elever och deltagare tog emot RHS väl

Hur pass väl RHS accepterades av elever och deltagare undersöktes med hjälp av påståendena *Eleven verkade bekväm med att besvara frågorna i RHS* och *Det kändes bekvämt för mig att be eleven fylla i RHS*. Påståendet om elevens upplevelse skattades positivt 97% av tillfällena, vilket stämmer väl med vad som framkom under fokusgruppsintervjuerna. Min känsla är att eleven har uppskattat att få dessa frågor ställda och Helt positivt bara. Jag tror att det är vi som krånglar till det lite för mycket innan, var två uppfattningar som framkom under fokusgruppsintervjuerna. Deltagarna tyckte sig också se ett mervärde i att låta eleverna fylla i formuläret:

Jag tänker att det är att de blir bekräftade och sedda också. Att vi tar dem på allvar. Att det blir så naturligt att prata om det när man har det på papper så där.

Och det är det jag tycker har varit det bästa. Att de har blivit medvetna. Jag har inte skickat vidare så många, men just det här att de blir medvetna. Kommer tillbaka igen, pratar med mig igen, eller till kuratorn. Och det tycker jag har varit superbra.

Påståendet om deltagarens upplevelse av att lämna ut RHS, *Det kändes bekvämt för mig att be eleven fylla i RHS*, skattades positivt 100% av tillfällena. Deltagarna tycks således ha varit bekväma med att undersöka psykisk ohälsa med hjälp av ett frågeformulär. *Det har varit en bra ingång till samtal med elever, när de först har fått fylla i screeningen, och sen har man utgått ifrån deras svar i samtalen*, beskrev en deltagare.

Samtliga deltagare uttryckte att de ville fortsätta använda RHS i sitt arbete även efter projektets avslutande och deltagarna ställde sig positiva till att rekommendera instrumentet till andra. Det framkom också ett önskemål om liknande instrument, att använda med svenska elever.

Upplevelse av kompetens

Deltagarna var inför projektstart överlag nöjda med sin kompetens gällande att möta nyanlända elever med psykisk ohälsa. Tabell 3 visar deras skattningar av fyra påståenden relaterade till kompetens. Skalan går från 1-5, där låga skattningar innebär låg självupplevd kompetens och höga skattningar hög självupplevd kompetens.

Tabell 3

Deltagarnas skattning av sin egen kompetens gällande att möta nyanlända elever med psykisk ohälsa innan projektet startade (n = 29).

Skattat påstående	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>
Jag känner att jag kan ge adekvata råd om psykisk ohälsa till nyanlända elever	4.00	0.71	4
Jag har de kunskaper som krävs för att jobba med nyanlända elever med psykisk ohälsa	3.69	0.89	4
Jag upplever att jag kan identifiera och bedöma vilka behov som nyanlända elever med psykisk ohälsa har	3.86	0.74	4
Jag är på det hela taget nöjd med mitt sätt att arbeta med nyanlända elever med psykisk ohälsa	3.61	0.79	4

Kommentar. *M* = Medelvärde, *SD* = Standardavvikelse, *Mdn* = Median. Varje påstående skattades på en skala från 1 (instämmer inte alls) till 5 (instämmer helt).

Innan projektets början var medianskattningen av självupplevd kompetens utifrån dessa fyra frågor 16 poäng (kvartilavstånd 1.5). Medianvärdet var detsamma (16, (kvartilavstånd 1.25) vid projektavslut. Av de 18 deltagare som besvarade frågorna både vid projektets början och slut skattade åtta personer sin kompetens som oförändrad, åtta personer skattade den som högre vid projektavslut och två personer skattade den som lägre vid projektets avslut.

Denna bild stämmer väl överens med hur deltagarna talade om sin kompetens i de avslutande intervjuerna. Många deltagare beskrev att de redan innan projektstart hade känt sig bekväma med att prata om psykisk ohälsa. Trots detta kunde RHS göra att deltagaren kände sig lite modigare när det kom till att ställa frågor om psykisk ohälsa. Deltagarna lyfte också fram att deras sätt att fråga om psykisk ohälsa utvecklats under projektperioden.

Och jag upplever nog att jag vågade kanske lite mer när jag hade någonting att sätta i handen på eleven. Att lite snabbare komma in på de här frågorna om dåligt mående, psykisk ohälsa. Jag blev lite modigare tack vare den här enkäten, som alla elever sa... som jag erbjöd, tackade jag till att göra.

Det är väl det att man ställer en följdfråga extra kring vissa saker, medans förut så fångade man upp, men nu kanske man ställer en liten extrafråga. Alltså, det är mer... Man har berört dem, men nu tar man ett steg till, och då plötsligt får man fram, kanske lite mer information. Som de inte tänker på att säga och jag kanske inte har fångat upp på samma sätt. Så det är ju det här att finjustera sina egna frågor

Upplevelser av samverkan inom elevhälsan och med andra vårdgivare

Samarbete inom skola och elevhälsa är nyckeln till framgång

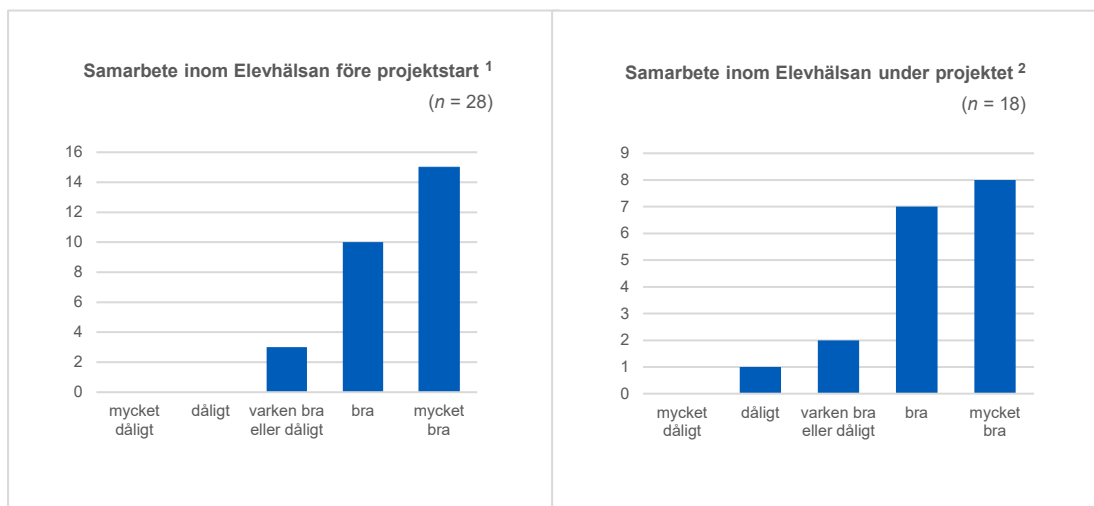
Samarbete på alla plan – inom elevhälsan, med pedagoger, med andra vuxna runt eleverna och med hälso- och sjukvården - beskrevs som en förutsättning för ett framgångsrikt arbete med nyanlända elever.

Det är när man har ett gott samarbete i hela elevhälsoteamet skulle jag säga, när alla jobbar mot samma mål. Det är väl det som är framgångsfaktorn, när man har med sig både pedagoger och man kan jobba... ja, där alla är överens om problemet och jobbar åt samma håll!

I sina enkätsvar, både inför projektstart och vid projektavslutningen, tyckte de allra flesta deltagare att samarbetet inom elevhälsan fungerade bra eller mycket bra när det gällde nyanlända elever med psykisk ohälsa (se figur 4). Vid projektavslutningen tyckte en av deltagarna att samarbetet fungerat dåligt och kommenterade detta med att de mentorer som jobbade med dessa elever hade dålig kunskap om sina elevers mående.

Figur 4

Deltagarnas upplevelser av samarbetet inom elevhälsan, före och under projektperioden, presenterat utifrån antal som skattat på respektive sätt



Kommentar: ¹ Hur upplever du att samarbetet inom Elevhälsan på din skola fungerar när det gäller nyanlända elever med psykisk ohälsa? ² Hur upplever du att samarbetet inom Elevhälsan på din skola fungerat under hösten, när det gäller nyanlända elever med psykisk ohälsa?

I de flesta fall tycks samarbetet inte ha påverkats nämnvärt av projektdeltagande, även om någon deltagare nämner i sina enkätsvar att samarbetet har underlättats av att kuratorn och skolsköterskan båda arbetat med RHS under projektiden.

Jag tycker att den samverkan har vi haft innan. Jag tycker inte det har blivit så större skillnad, måste jag säga. Jag har en oerhört bra samverkan med kuratorn. Och det hade vi innan också.

Utmanande att få till samarbete med andra vårdinstanser

Deltagarnas uppfattningar om samarbetet med andra vårdinstanser visade på större utmaningar än när det gällde samarbetet inom elevhälsan. BUP beskrevs överlag som svåra att få kontakt med, och deras väntetider som långa.

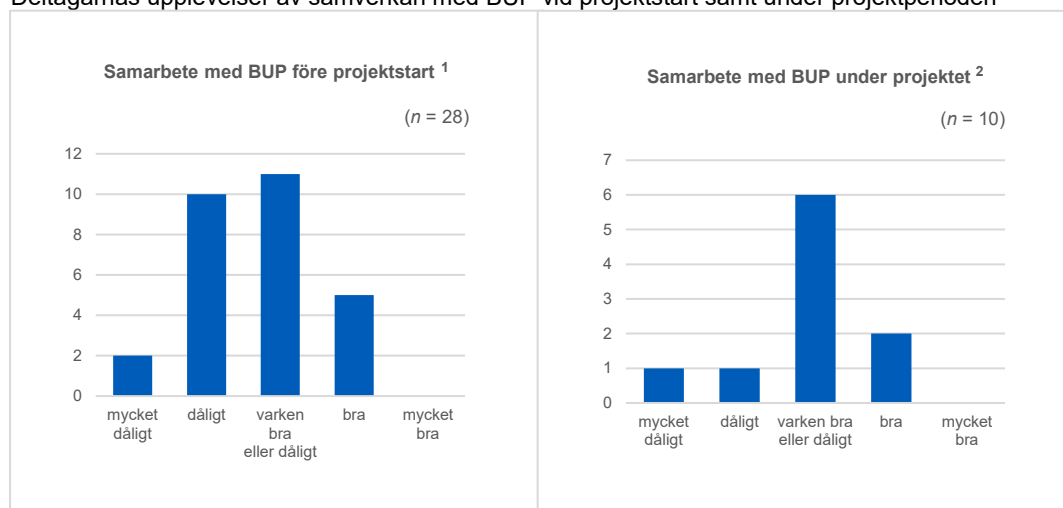
Man slutar höra av sig till dem till slut, för att man får liksom ingen ... man får ändå inte in dem någonstans

Samma som tidigare, tyvärr svåra att få kontakt med i alla ärenden så inte sämre med denna målgrupp

Figur 5 visar deltagarnas skattningar av hur de tyckte samarbetet med BUP fungerade inför projektstart samt under projektiden. Vid projektstart besvarade 28 personer frågan om samverkan med BUP, vid projektavslut besvarade bara tio deltagare frågan. Flera deltagare kommenterade istället vid projektavslutningen att de inte haft någon samverkan med BUP under den period då projektet genomfördes. Bland de tio personer som besvarade frågan vid båda tillfällena gick det inte att se någon skillnad i skattningarna av samverkan före och under projektperioden.

Figur 5

Deltagarnas upplevelser av samverkan med BUP vid projektstart samt under projektperioden



Kommentar: ¹ Hur upplever du att det går att samverka med Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) kring nyanlända elever med psykisk ohälsa? ² Hur upplever du att det under hösten gått att samverka med Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) kring nyanlända elever med psykisk ohälsa?

Eftersom många deltagare hade elever som var äldre än 18 år, samverkade flera också med andra instanser såsom primärvård och vuxenpsykiatri. Erfarenheter av detta efterfrågades inte vid projektstart, men vid projektets slut skattades samverkan med dessa instanser huvudsakligen som *varken bra eller dålig*, eller som *bra*, se Figur 6.

Figur 6

Deltagarnas skattningar av samarbete med vuxenpsykiatri och andra vårdinstanser under projektiden



Kommentar: ¹ Hur upplever du att det under hösten gått att samverka med vuxenpsykiatri eller andra vårdinstanser kring nyanlända elever med psykisk ohälsa?

Vissa problem uttrycktes även i samverkan med vuxenpsykiatri och primärvård: *Tillgänglighet och väntetider! Inte blivit bättre med pandemin*, som en deltagare uttryckte det. Trots detta menade flera deltagare att det var något enklare att remittera till primärvården och vuxenpsykiatri än till BUP. Även här varierade dock erfarenheterna, och den belastning på vården som pandemin inneburit lyftes fram som en försvårande omständighet.

*... samma som med barnsjukvården kanske något bättre med vuxen dock.
Primärvården har varit omöjligt att få hjälp av pga pandemin.*

Har remitterat till vårdcentral och det funkar bra, det är ju dock inget samarbete på det sättet.

*I vår region är det alltid lättare att samverka med vuxenpsykiatri än med BUP.
Snabbt, smidigt och lätt att få kontakt.*

Vad gäller samverkan med andra instanser framkom stora regionala skillnader: på vissa orter kunde elevhälsopersonalen hänvisa eleven både till olika aktörer inom civilsamhället

(t.ex. Stadsmissionen, Svenska kyrkan, Läkare i världen och Röda korset) och till specialiserade enheter inom hälso- och sjukvården (t.ex. transkulturella enheter inom psykiatri eller enheter specialiserade på behandling av posttraumatisk stress). På andra orter upplevde skolkuratorerna att de ensamma fick hantera elevernas psykiska mående. För skolkuratorerna kunde detta ibland leda till en rollkonflikt: det ingick inte i deras uppdrag att bedriva behandlingar, samtidigt var det hos dem som eleverna var.

BUP har inte tid och vårdcentralen står och slår ifrån sig "Ja, vi vet inte vad vi ska göra." Så att mycket landar i skolan.

... tanken är inte att vi ska utföra behandling i skolan ju. Men ändå så sitter vi där med dem. Det blir ju det. Det är ju skolan de befinner sig.

Utöver att det kunde vara svårt att ordna så att eleven fick hälso- och sjukvård utanför elevhälsan, framkom också en motsatt svårighet: att få eleverna att acceptera den hjälp som erbjöds. När eleven väl fått förtroende för skolsköterskan eller skolkuratören kunde eleven uppleva det som ett avvisande att bli hänvisad någon annanstans.

... de väljer ut dig att berätta någonting för och du reagerar med att "Det här måste vi gå vidare med." Det kan bli väldigt tokigt för många.

I intervjuerna blev det tydligt att elevhälsan fyller en mycket viktig funktion för de nyanlända eleverna. En deltagare lyfte elevhälsans betydelse i väntan på annan behandling: *... att skapa relationer och vara en trygghet i väntan på att de ska kunna få någon behandling...* Men skolan och elevhälsan som trygg plats kunde också vara något mycket större än så.

Skolan är ju jätteviktig för just dem. Vi är ju tryggheten. Det är vi som... ja, vi är superviktiga för dem... Eleven kommer alltid till skolan. Där finns vi. Vi finns på plats.

Vid projektavslutningen lyfte deltagarna enstaka exempel på att man skickat med den ifyllda RHS-blanketten vid remiss och upplevt att detta bidragit till att eleven snabbare fått hjälp. För att detta egentligen skulle ha någon effekt framfördes dock önskemål om att exempelvis BUP skulle få information om vad RHS är.

Vi skickade med en elev med det här resultatet från enkäten, och jag upplever att det gjorde nog att det gick lite snabbare än vanligt att få hjälp för den eleven. /.../ Jag tror att det gav oss en... inte en gräddfil, men att det gick betydligt snabbare än vad det hade gått i vanliga fall.

Kanske önska då att man tillsammans med vår enhet här som vi samarbetar med, att de hade den här mer ingående kunskapen som vi har nu om formuläret. Det skulle jag önska.

Idéer för hur samverkan kan utvecklas

När det gäller möjlig utveckling av samarbetet med andra vårdinstanser, såsom primärvården, BUP och vuxenpsykiatri, nämnde flera deltagare vikten av ökad öppenhet och kommunikation mellan verksamheter, samt gedigen kunskap om och förståelse för varandras arbete. Många av deltagarna uttryckte att de önskade en ökad tillgänglighet för nyanlända barn och unga inom de psykiatriska verksamheterna, men också en ökad tillgänglighet för professionell kontakt genom rådgivning och konsultation. Möjlighet att kunna talas vid i telefon och ha kollegiala samråd efterfrågades. Några trodde också det skulle underlätta om det inom de psykiatriska verksamheterna fanns en särskild enhet för nyanlända.

Jag hade också önskat att man kunde få jobba mer integrerat med BUP. Vi jobbar så mycket i stuprör och jag tycker det försvårar.

Utökat samarbete med elevhälsan. Att de kan vara mer tillgängliga för elevhälsan för att kunna ge råd, stöd och konsultation. Det skulle gynna eleverna.

Flera deltagare föreslog konkret samverkan kring elever, t.ex. genom att vårdgivare kom när skolan kallade till möten, eller att som elevhälsopersonal bli inbjuden till möten runt eleven inom andra vårdinstanser. Några deltagare uttryckte en tanke om att samverkan med BUP skulle kunna förbättras genom en muntlig överlämning i samband med remiss. Tankar om att samverkan skedde mycket på specialistvårdens premisser lyftes också.

... att BUP alltid försöker involvera skolan på något sätt i samband med att vi skickar remisser så att vi arbetar mot samma mål, vi är ju elevens arbetsplats

Att det inte bara är BUP som dikterar villkoren... de vill att skolan ska göra än det ena än det andra... känns som envägs kommunikation i vår region. Tror att vi dubbelarbetar mycket. BUP vill att skolan gör massor exempelvis medicinsk utredning som sedan ibland i vissa fall görs om på BUP, samma med sociala utredningen... resultatet blir att barn och föräldrar får träffa massa olika människor i olika professioner. Borde kunna göras effektivare.

Även om vissa deltagare uttryckte uppgivenhet och besvikelse fanns också en förståelse för att verksamheter som BUP också står inför stora utmaningar och gör så gott de kan.

Jag tänker, ibland så är det ju svårt att påverka. Vi har haft omorganisation på våra BUP-mottagningar i mitt närområde, och det har varit mycket personalomsättningar, och det måste få tid att sätta sig. Så jag vet att det har varit köer, och det har varit en del kritik mot hur många man har kunnat ta emot och så, också. Men jag får ju förlita mig på att de gör sitt bästa utifrån förutsättningarna. Så man inte hamnar i polariseringar och bara slåss emot varandra i stället, och kritiserar.

Jag vet inte, de kämpar på i motvind också känner jag, det lyfter liksom aldrig, köerna är jättelånga, ungdomsmottagning och vårdcentraler likaså, De gör sitt bästa men

eleven och deras problem, ibland allvarliga problem, fastnar ändå i skolans värld där de får hanteras så gott det går.

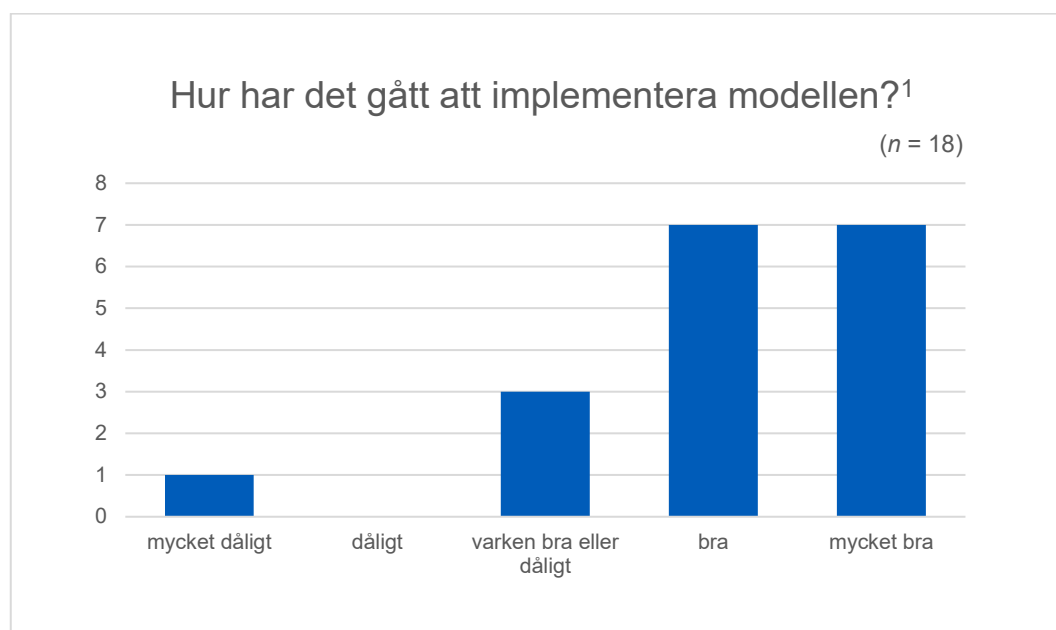
Upplevelse av implementering av modellen och av projektgenomförandet

Deltagarna tyckte generellt att implementeringen gått bra

Deltagarna var överlag nöjda med hur det gått att använda den modell för att identifiera och bemöta psykisk ohälsa bland nyanlända gymnasieelever som introducerades i projektet. 14 av de 18 deltagare som utvärderade projektet tyckte att det gått bra eller mycket bra att implementera modellen (se figur 7). Den deltagare som tyckte att det gått "mycket dåligt" beskrev att hon inte använt RHS i sin roll som kurator, utan tyckte att det passade bättre i skolsköterskans arbete.

Figur 7

Deltagarnas upplevelser av att implementera en systematisk modell för att identifiera och bemöta psykisk ohälsa bland nyanlända gymnasieelever.



Kommentar: ¹ I projektet har du fått testa att en modell för att identifiera och bemöta psykisk ohälsa bland nyanlända gymnasieelever. Hur upplever du att det har gått att implementera modellen?

Covid-19-pandemin försvårade implementeringen

Då projektet genomfördes under hösten 2020, när covid-19-pandemins andra våg svepte över Sverige, påverkades implementeringen i viss utsträckning av detta. Mycket av gymnasieskolans arbete genomfördes på distans, och deltagarna beskrev att dessa

speciella omständigheter påverkade deras arbete, och därmed också implementeringen av projektet, i högre eller lägre grad.

Pandemin har försvårat den naturliga mötesplatsen på skolan ex öppenmottagningen, klassbesök.

Det som har varit svårt är att jag som sjuksköterska har fått andra uppgifter under pandemin, lånats ut osv så jag har tyvärr inte varit så tillgänglig på skolan. Därav har jag inte hunnit träffa så många som passat in.

Man kanske inte har haft samma kontakt och möjlighet att göra screeningen. Även om jag också har gjort den på distans, och då delat min skärm.

Projektupplägget

I utvärderingarna uttryckte sig deltagarna positivt om projektupplägget med utbildnings- och uppföljningsdagar, samt det skriftliga material de använt under projektiden.

Jag tänkte bara att det var bra att vi hade den här uppföljningen ganska snabbt efter den första utbildningen, så man hade chans att fråga frågor och också för min del blev lite puttad att "nej, sätt i gång", liksom, så, så att man hade kommit i gång till uppföljningstillfället. Det tyckte jag var bra. Och så har det varit intressant att man har fått del av ny forskning och allt som är på gång och så. Att få det serverat, inte behöva söka det själv, utan det ... Det har jag uppskattat mycket, måste jag säga.

Jag vill bara säga, jag tycker det var väldigt enkelt. Väldig väl förberett av er, och genomtänkt och strukturerat. Så nej, man kan bara önska att det här är en sån arbetsmodell som man får se fler gånger. Jag tycker inte det har varit några frågetecken för vår del, för mig och kuratorn.

5 Diskussion

Elevhälsan har en unik möjlighet att på ett tidigt stadium uppmärksamma psykisk ohälsa hos nyanlända elever. I föreliggande rapport utvärderas ett projekt där elevhälsopersonal provade att göra detta med hjälp av en strukturerad arbetsmodell baserad på the Refugee Health Screener, RHS.

RHS fungerade bra med många olika elever

De elever som under projektets gång besvarade RHS kom från en mängd olika länder och fördelningen mellan flickor och pojkar var relativt jämn. RHS tycks ha fungerat bra i mötet med elever i olika åldrar, av olika kön och på olika språk. Skalan tycks också ha fungerat bra både i självskattningsformat och som intervju. Även om skattningarna var positiva också när skalan användes med tolk antyder flernivåsanalysen att upplevelsen var något mindre positiv under sådana omständigheter. Att det överlag är komplicerat att föra samtal om psykisk ohälsa med tolk närvarande är dock inte unikt för det här projektet, utan något som rapporterats även i andra studier (se t ex. Cerci & Neale, 2018).

Elevernas psykiska hälsa varierade

Elevernas psykiska hälsoproblem varierade från obefintliga till svåra. De åtgärder som vidtogs stämde väl med vad som rekommenderades, vilket skulle kunna tolkas som ett stöd för att de tänkta åtgärderna uppfattades som adekvata. Det uppmätta medelvärdet på RHS för samtliga elever, 18.69 poäng, motsvarar måttlig psykisk ohälsa. Det bör dock beaktas att de ingående eleverna kommit i kontakt med elevhälsan av vitt skilda orsaker: vissa besvarade RHS som en del av ett hälsosamtal och andra hade uttryckligen sökt för någon form av psykisk ohälsa. Medelvärdet ska således inte tolkas som representativt för nyanlända elevers psykiska hälsa. Sett i relation till andra studier där nyanlända barn och unga besvarat RHS kan man se att medelvärdet var högre än vad man fann i en studie inkluderande ensamkommande flyktingbarn i Tyskland (Hanewald et al., 2020), men lägre än vad man tidigare funnit i en studie från Uppsala (Sarkadi et al., 2019).

RHS uppfattades som användbart inom elevhälsan

De allra flesta deltagare beskrev att de innan projektet inte använde några specifika metoder för att bedöma psykisk ohälsa bland nyanlända elever, utan förlitade sig mycket på samtalet. Även om några av de deltagande skolkuratorerna menade att användande av frågeformulär som RHS inte riktigt passade in bland deras arbetsmetoder, välkomnades RHS generellt som en strukturerad metod av deltagarna. De påståenden som användes för att skatta upplevelse av RHS fick överlag positiva svar, både vad gäller användbarhet, godtagbarhet hos både elev och personal, samt gällande den kliniska nytta deltagarna tyckte sig ha av att använda skalan. De kvantitativa resultaten bekräftades i fokusgruppsintervjuerna, där en uppfattning om RHS som enkelt och snabbt framkom. Flera deltagare uttryckte också att de upplevt att RHS snarast sparat tid, eftersom skalan bidrog till en snabbare problemformulering. Skalan uppfattades också underlätta samtalen om psykisk ohälsa med eleverna. Dessa resultat stärker bilden från den tidigare pilotstudien som visade att RHS bidrog till att tydliggöra problem och möjliggöra fördjupade samtal om psykisk ohälsa (Heimer, 2019). En av de huvudsakliga slutsatserna

i den kvalitativa utvärderingen var då att RHS uppfattades som ett hjälpsamt verktyg i skolsköterskors och skolkuratorers arbete med psykisk ohälsa bland nyanlända elever (Andreasen, 2019). Tidigare studier (Kaltenbach et al., 2017; Stingl et al., 2017) har visat att RHS överlag uppfattas som lättanvänt och relevant av både flyktingar och kliniker. I och med denna utvärdering och den tidigare pilotstudien utvidgas detta till att även gälla inom en ny kontext; elevhälsan.

Hög upplevd kompetens bland deltagarna

Tidigare studier har pekat på att skolsköterskor kan känna sig osäkra när det gäller frågor om psykisk ohälsa (Jönsson et al., 2019; Moen & Skundberg-Kletthagen, 2017). Detta stämde dock inte in på deltagarna i detta projekt, som redan innan projektstart uttryckte att de kände sig bekväma och kompetenta när det gällde frågor om psykisk ohälsa. Detta kan möjligen förklaras av deltagarnas långa yrkeserfarenhet och höga utbildningsnivå. Skolsköterskorna hade i snitt arbetat i 26 år och skolkuratorerna i 19 år, och majoriteten av skolsköterskorna hade också specialistutbildning. Trots en initialt hög nivå av självupplevd kompetens uttryckte deltagarna i intervjuer att RHS gjort att de känt sig lite modigare när det gällde att ställa frågor om psykisk ohälsa.

Upplevelsen av samverkan oförändrad under projektet

Att utgå från en strukturerad arbetsmodell skulle potentiellt sett kunna leda till bättre kommunikation och samverkan inom en organisation. Arbetsmodellen tycks dock i detta fall inte ha påverkat samverkan inom elevhälsan nämnvärt. Överlag beskrev deltagarna innan projektstart att de upplevde att samarbetet inom elevhälsan fungerade bra. Då en förutsättning för projektdeltagande var att både skolkurator och skolsköterska från samma skola deltog skulle detta ha kunnat påverka urvalet så att enbart medarbetare vid elevhälsoenheter med gott internt samarbete anmälde intresse för att delta. Deltagarna beskrev både innan och efter projektet att det kunde vara utmanande att få till ett fungerande samarbete med externa vårdgivare. Det fanns enstaka exempel på att RHS hade underlättat samarbetet, dock tryckte deltagarna framför allt på behovet av strukturella förändringar för att få till stånd ett bättre samarbete med externa vårdgivare.

Covid-19-pandemin försvårade implementeringen av modellen

Det projekt som här utvärderas var planerat att genomföras under senare delen av våren och tidiga hösten 2020, men kom att skjutas framåt till följd av covid-19-pandemin och de smittskyddsåtgärder som vidtogs nationellt och regionalt. Den 17 mars 2020 uppmanade Folkhälsomyndigheten gymnasieskolor i Sverige att inte bedriva undervisning i skolans lokaler, utan övergå till distansundervisning. Med förhoppningen om att denna nedstängning av gymnasieskolan skulle vara tillfällig sköts projektets startpunkt fram till september 2020. Även om gymnasieskolorna vid den tidpunkten var öppna och projektet sjösattes, kom även höstterminen att drabbas av såväl nationella som regionala restriktioner och skolstängningar. Utvärderingen av deltagarnas upplevelser av projektgenomförandet och implementeringen av den strukturerade arbetsmodell som testades visar att dessa omständigheter till viss del försvårade genomförandet. Skolan var under perioden inte den naturliga mötesplats den annars varit, vilket medförde att kontaktytorna med eleverna påverkades och möjligheterna att träffa dem för samtal i

skolans lokaler minskade. Därtill vittnade några deltagare om ändrade prioriteringar i sina arbetsuppgifter. Trots dessa utmaningar kunde projektet genomföras, och även om deltagarnas upplevelser kan ha påverkats av faktorer relaterade till den samtidigt pågående pandemin och dess konsekvenser, tyder de överlag positiva erfarenheterna på att den testade arbetsmodellen ansågs användbar trots dessa omständighetsfaktorer.

Kan den RHS-baserade arbetsmodellen rekommenderas inom elevhälsan?

För att en åtgärd ska kunna rekommenderas bör vissa aspekter tas i beaktan. Dessa är behovet av åtgärden i relation till tillståndets svårighetsgrad, balansen mellan önskade och oönskade effekter, patienternas värderingar och preferenser, hur kostnadseffektiv åtgärden är, åtgärdens potentiella påverkan på jämlikhet i hälsa, samt åtgärdens påverkan på patientens möjlighet till självbestämmande (Socialstyrelsen, 2019a). Utifrån dessa punkter kan följande sägas om den RHS-baserade arbetsmetod som prövades under projektet:

Behov av åtgärd utifrån hälsotillståndets svårighetsgrad

Att barn och unga med flyktingbakgrund lider av psykisk ohälsa i högre grad än allmänpopulationen är välbelagt (se t. ex. Fazel et al., 2012). I Sverige har det också uppmärksammats att ensamkommande barn och ungdomar har en kraftigt förhöjd suicidrisk (Mittendorfer-Rutz et al., 2019). Nyanlända elever med psykisk ohälsa har dessutom sämre möjligheter att tillgodogöra sig skolundervisning, vilket riskerar att påverka deras framtidsutsikter (Wong & Schweitzer, 2017). Psykisk ohälsa hos barn och unga med flyktingbakgrund bör således betraktas som ett allvarligt tillstånd, vilket motiverar att åtgärder sätts in.

Balansen mellan önskade och oönskade effekter

Genom att använda ett strukturerat bedömningsinstrument som RHS skulle psykisk ohälsa hos nyanlända gymnasieelever kunna uppmärksammas i ett tidigare skede. Detta är viktigt utifrån rapporter som pekar på att nyanlända barn och unga har lägre tillgång till psykiatrisk vård än barn födda i Sverige (Berg et al., 2020) samt att de inte får vård i ett tidigt skede (Manhica et al., 2017). En möjlig oönskad effekt skulle kunna vara att elever som inte upplever psykisk ohälsa felaktigt skulle kunna pekas ut som att de gör det. Detta kan dock enkelt avhjälpas genom att elevhälsopersonalen samtalar med eleven om resultatet innan några vidare åtgärder vidtas. Med tanke på de diskuterade samverkanssvårigheterna finns också en risk att eleven inte får hjälp för problem som identifieras. Dock uttryckte deltagarna att de själva hade möjlighet att erbjuda stöd till de elever som behövde det, varpå risken att en elev lämnas helt utan hjälp eller stöd bedöms vara liten. Således kan de önskade effekterna anses överväga de oönskade.

Patienternas värderingar och preferenser

I studien framkom inga tecken på att eleverna skulle ha misstänkt till att besvara frågorna i RHS. Elevhälsopersonalen uttryckte snarare att eleverna tyckte att det var positivt att de fick frågorna. Tidigare forskning har visat att flyktingar gärna vill att hälso- och

sjukvårdspersonal ställer frågor om psykisk ohälsa, men att det kan vara svårt att själv lyfta ämnet (Shannon et al., 2012). Om frågorna ställs med hjälp av ett frågeformulär uppfattas de som en neutral del av en medicinsk undersökning, vilket särskilt uppskattas av flyktingar med svåra erfarenheter (Mollica et al., 1992).

Kostnadseffektivitet

RHS är gratis att använda och projektdeltagarna upplevde att de genom att använda instrumentet sparade tid. Huruvida användandet av instrumentet medför hälsoekonomiska vinster är dock något som framtida forskning bör utvärdera närmre.

Påverkan på jämlikhet i hälsa

Barn och unga med flyktningbakgrund lider av högre grad av psykisk ohälsa än allmänpopulationen, men har trots det lägre tillgång till psykiatrisk vård (Berg et al., 2020). Genom att systematiskt uppmärksamma psykisk ohälsa hos nyanlända gymnasieelever finns en potential till att minska denna ojämlikhet.

Påverkan på patientens möjlighet till självbestämmande och delaktighet

Projektdeltagarna beskrev att RHS gjorde det enklare att prata med eleverna om psykisk ohälsa. När elevhälsopersonalen har ett tydligt underlag att utgå från i sina diskussioner kan det vara enklare att diskutera möjliga åtgärder med eleven, som då på ett tydligare sätt själv kan fatta väl grundade beslut.

Metodologisk diskussion

Resultaten av denna utvärdering bör betraktas i ljuset av vissa metodologiska svagheter, inte minst gällande det begränsade deltagarantalet och bortfallet under projektets gång. Vid projektets start inkluderades 29 deltagare och så många som 11 av dessa (38%, varav 4 skolsköterskor och 7 skolkuratorer) kom att falla bort under projektets gång. I några fall känner vi till orsakerna till dessa avhopp, som av deltagarna beskrevs som relaterade till byte av arbete, att inte längre ha en kollega som deltog i projektet eller att deltagaren inte längre träffade den aktuella elevgruppen. Det är dock oklart om dessa anledningar kan anses gälla för alla som valt att avstå från fortsatt deltagande i projektet. Det skulle kunna vara så att deltagare som hade lägre förväntningar på projektet eller var mindre nöjda med den föreslagna arbetsmodellen i högre utsträckning valde att hoppa av.

Av de 18 deltagare som var med till projektets slut var det 12 personer som delgav information om sitt användande av RHS. Det innebär att 10 av de 11 skolsköterskor som var med genom hela projektet redovisat hur de använt RHS, och att 2 av 7 skolkuratorer gjort detsamma. I projektets ursprungliga plan och i den guide som deltagarna fick, låg fokus på att skolsköterskorna skulle använda RHS och att skolkuratorernas främsta uppgift var att bistå med fördjupad bedömning och stödsamtal. Att relativt få skolkuratorer tycks ha använt RHS behöver därmed inte ses som alltför problematiskt. Det kan däremot tyda på att det fallit sig mer naturligt för skolsköterskor att använda RHS inom ramen för sitt arbete, än det gjort för många av projektets deltagande skolkuratorer. Även om några skolkuratorer menade att en strukturerad skattningskala inte riktigt

passade in i deras vanliga arbetssätt, uppfattade andra RHS som mycket användbar och nyttjade skalan i stor utsträckning.

Det låga deltagarantalet och studiedesignen gör att det inte går att uttala sig om generaliserbarhet i kvantitativ mening. Då deltagarna kom från både små och stora kommuner, var olika gamla och hade olika lång yrkeserfarenhet och dessutom utgjordes av två olika yrkesgrupper, är det dock tänkbart att metoden skulle kunna uppfattas på liknande vis av skolsköterskor och skolkuratorer i andra kontexter än den aktuella.

Samtliga deltagare anmälde sig frivilligt till projektet. Detta hade fördelen att deltagarna hade god erfarenhet av att träffa nyanlända elever och kunde ge rik och nyanserad data kring sina upplevelser av arbetsmodellen. Det är dock också möjligt att intresset för att delta i projektet återspeglade ett större intresse för frågor om psykisk ohälsa och nyanlända elever, vilket skulle kunna kopplas till de höga resultaten för självupplevd kompetens innan projektstart. Detta kan vara en orsak till den låga rapporteringen av negativa upplevelser av den RHS-baserade arbetsmodellen.

Även eleverna tycks ha tagit emot RHS väl. Då de elever som besvarade RHS var i olika åldrar, kom från många olika länder och dessutom hade kommit till elevhälsan av en rad olika anledningar kan elevernas positiva mottagande inte hänföras till självselektion.

Vad gäller deltagarnas redovisning av vilka åtgärder som vidtagits som följd av att de administrerat RHS bör påpekas att detta inte bygger på prospektiva journaluppgifter, utan på deltagarnas självrapport. Det finns därmed viss risk för att dessa uppgifter kan ha färgats av deltagarnas uppfattning om vilka uppgifter de bör rapportera att de vidtagit, snarare än vilka åtgärder som faktiskt genomförts.

I utvärderingen användes en mixad metod, där vissa frågeställningar framför allt besvarades kvalitativt, medan andra besvarades med en kombination av kvantitativ och kvalitativ data. Kvalitativ data samlades in både medelst fokusgruppsintervjuer och med frisvarsfrågor i enkäter. För att stärka den kvalitativa analysens trovärdighet illustrerades resultat med representativa citat. Analysen gjordes i dialog mellan de två forskarna, för att säkerställa att de teman som valdes var representativa för datamaterialet i sin helhet.

De statistiska beräkningar som gjordes hölls till ett minimum, och kvantitativa och kvalitativa resultat ställdes mot varandra genom metodologisk triangulering (Morse, 1991) då en av fördelarna med att använda mixad metod är just att styrkorna från respektive metod kan bidra till att balansera för den andra metodens svagheter (Creswell & Plano Clark, 2017).

Framtida studier

I intervjuer såväl som i enkäter framkom att deltagarna fann det utmanande att samverka med andra vårdgivare såsom BUP. Att mer ingående studera vari utmaningarna ligger och hur dessa ska hanteras var inte möjligt inom ramen för föreliggande projekt och utvärdering. För att tillse att elever vars psykiska ohälsa uppmärksammas inom elevhälsan får rätt stöd och hjälp är det dock av yttersta vikt att denna samverkan fungerar. Att finna vägar för en bättre fungerande samverkan mellan elevhälsan och andra vårdinstanser såsom BUP, är därför ett viktigt område för framtida studier.

Föreliggande utvärdering fokuserade endast på elevhälsopersonalens upplevelser av en RHS-baserad arbetsmodell. Det vore vidare intressant att studera även elevernas upplevelser mer explicit. Det vore också intressant att studera huruvida arbetsmodellen

leder till att de elever som identifieras får vård, samt om detta i sin tur ger gynnsamma effekter på psykiskt mående, klassrumsfungerande och inläring hos målgruppen.

I denna utvärdering deltog skolsköterskor och skolkuratorer från många olika orter runt om i Sverige. Då urvalsgruppen var liten vore det intressant att genomföra en liknande utvärdering med en större urvalsgrupp. En sådan utvärdering skulle också kunna undersöka arbetsmodellens kostnadseffektivitet.

Slutsatser

Sammanfattningsvis visade utvärderingen att både skolsköterskor och skolkuratorer uppfattade den RHS-baserade arbetsmodellen som tidseffektiv och lätt att använda. Rekommendationerna för hur RHS kunde introduceras och hur resultaten kunde tolkas upplevdes som hjälpsamma och RHS i sig som lätt att förstå. Deltagarna beskrev att RHS gjorde det enklare att kommunicera kring psykisk ohälsa och gjorde att de snabbare kom till kärnan av en elevs problem. Samtliga deltagare som använt RHS uttryckte att de ville fortsätta använda skalan efter projektets slut och att de kunde rekommendera andra att använda den. Skalan tycks också ha emottagits positivt av eleverna. Resultaten kan tänkas vara överförbara till andra kontexter, men några säkra slutsatser om generalisering kan utifrån urvalsstorlek och studiedesign inte dras. Utifrån en sammanvägning av olika aspekter som införandet av metoden skulle kunna innebära tyder resultaten på att en RHS-baserad arbetsmodell för att uppmärksamma psykisk ohälsa hos nyanlända elever kan fungera väl inom elevhälsan.

6 Referenser

- Andreasen, M. P. (2019). *Refugee Health Screener -13: Covering the white spot on the map. A qualitative study of school nurses' and school councellors' experiences of implementing mental health screening among newly arrived migrant students in Stockholm*. Karolinska Institutet.
- Baak, M., Miller, E., Ziersch, A., Due, C., Masocha, S., & Ziaian, T. (2020). The role of schools in identifying and referring refugee background young people who are experiencing mental health issues. *Journal of School Health*, 90(3), 172–181. <https://doi.org/10.1111/josh.12862>
- Berg, L., Ljunggren, G., & Hjern, A. (2020). Underutilisation of psychiatric care among refugee adolescents in Stockholm. *Acta Paediatrica*, apa.15520. <https://doi.org/10.1111/apa.15520>
- Bjærtå, A., Leiler, A., Ekdahl, J., & Wasteson, E. (2018). Assessing severity of psychological distress among refugees with the Refugee Health Screener, 13-item version. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(11), 834–839. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000886>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Guidance for Mental Health Screening during the Domestic Medical Examination for Newly Arrived Refugees*. <https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/domestic/mental-health-screening-guidelines.html>
- Cerci, D., & Neale, J. (2018). Working with interpreters in mental health: Are we lost in translation? *International Journal of Social Psychiatry*, 64(5), 509–510. <https://doi.org/10.1177/0020764018770699>
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2017). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2007.00096.x>
- Fazel, M., Garcia, J., & Stein, A. (2016). The right location? Experiences of refugee adolescents seen by school-based mental health services. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 21(3), 368–380. <https://doi.org/10.1177/1359104516631606>
- Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: Risk and protective factors. In *The Lancet* (Vol. 379, Issue 9812, pp. 266–282). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60051-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60051-2)
- Hanewald, B., Knipper, M., Fleck, W., Pons-Kühnemann, J., Hahn, E., Ta, T. M. T., Brosig, B., Gallhofer, B., Mulert, C., & Stingl, M. (2020). Different patterns of mental health problems in Unaccompanied Refugee Minors (URM): A sequential mixed method

- study. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00324>
- Heimer, Å. (2019). *Stöd för personal inom elevhälsan som möter ensamkommande barn och unga - fokus psykisk ohälsa. Erfarenheter från pilotprojekt psykisk ohälsa inom elevhälsan med RHS. Dnr 5.7-19567/2018*. Socialstyrelsen.
- Hollifield, M., Toolson, E. C., Verbillis-Kolp, S., Farmer, B., Yamazaki, J., Woldehaimanot, T., & Holland, A. (2016). Effective screening for emotional distress in refugees: The Refugee Health Screener. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(4), 247–253. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000469>
- Hollifield, M., Verbillis-Kolp, S., Farmer, B., Toolson, E. C., Woldehaimanot, T., Yamazaki, J., Holland, A., St. Clair, J., & SooHoo, J. (2013). The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): Development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. *General Hospital Psychiatry*, 35(2), 202–209. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2012.12.002>
- Iversen, V. C., Sveaass, N., & Morken, G. (2014). The role of trauma and psychological distress on motivation for foreign language acquisition among refugees. *International Journal of Culture and Mental Health*, 7(1), 59–67. <https://doi.org/10.1080/17542863.2012.695384>
- Jakobsen, M., Demott, M. A. M., & Heir, T. (2014). Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum-seeking adolescents in Norway. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 10, 53–58. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4085584/pdf/CPEMH-10-53.pdf>
- Jönsson, J., Maltestam, M., Tops, A. B., & Garmy, P. (2019). School nurses' experiences working with students with mental health problems: A qualitative study. *Journal of School Nursing*, 35(3), 203–209. <https://doi.org/10.1177/1059840517744019>
- Kaltenbach, E., Härdtner, E., Hermenau, K., Schauer, M., & Elbert, T. (2017). Efficient identification of mental health problems in refugees in Germany: the Refugee Health Screener. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup2), 1389205. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1389205>
- Kern, L., Mathur, S. R., Albrecht, S. F., Poland, S., Rozalski, M., & Skiba, R. J. (2017). The need for school-based mental health services and recommendations for implementation. *School Mental Health*, 9(3), 205–217. <https://doi.org/10.1007/s12310-017-9216-5>
- Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor, (2003). https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- Lauder, W., Reynolds, W., Reilly, V., & Angus, N. (2000). The development and testing of the Mental Health Problems Perception Questionnaire. *Journal of Psychiatric and*

- Mental Health Nursing*, 7(3), 221–226. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2000.00270.x>
- Manhica, H., Almquist, Y., Rostila, M., & Hjern, A. (2017). The use of psychiatric services by young adults who came to Sweden as teenage refugees: a national cohort study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26, 526–534. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000445>
- Mittendorfer-Rutz, E., Hagström, A., & Hollander, A. C. (2019). High suicide rates among unaccompanied minors/youth seeking asylum in Sweden. *Crisis*, 1–4. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000636>
- Moen, Ø. L., & Skundberg-Kletthagen, H. (2017). Public health nurses' experience, involvement and attitude concerning mental health issues in a school setting. *Nordic Journal of Nursing Research*, 38(2), 205715851771168. <https://doi.org/10.1177/2057158517711680>
- Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire. Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(2), 111–116. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1737972>
- Morse, J. M. (1991). Approaches to Qualitative-Quantitative Methodological Triangulation.pdf. *Nursing Research*, 40(2), 120–123.
- Ravenna, J., & Cleaver, K. (2016). School nurses' experiences of managing young people with mental health problems: A scoping review. *Journal of School Nursing*, 32(1), 58–70. <https://doi.org/10.1177/1059840515620281>
- Salari, R., Malekian, C., Linck, L., Kristiansson, R., & Sarkadi, A. (2017). Screening for PTSD symptoms in unaccompanied refugee minors: A test of the CRIES-8 questionnaire in routine care. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(6), 605–611. <https://doi.org/10.1177/1403494817715516>
- Sarkadi, A., Bjärtå, A., Leiler, A., & Salari, R. (2019). Is the Refugee Health Screener a useful tool when screening 14- to 18-year-old refugee adolescents for emotional distress? *Journal of Refugee Studies*, 32(Special_Issue_1), i141–i150. <https://doi.org/10.1093/jrs/fey072>
- Shannon, P., O'Dougherty, M., & Mehta, E. (2012). Refugees' perspectives on barriers to communication about trauma histories in primary care. *Mental Health in Family Medicine*, 9(1), 47–55. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/proxybib.miun.se/pmc/articles/PMC3487607/pdf/MHFM-09-047.pdf>
- Skollag 2010:800, (2010). https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/skollag-2010800_sfs-2010-800

- Socialstyrelsen. (2019a). *Instruktion 3. Väg samman till rekommendationer*, Dnr 1.3-15990/2019.
- Socialstyrelsen. (2019b). *Uppdrag om kartläggningar och analyser inom området psykisk ohälsa*, Dnr 1298/2019.
- Stingl, M., Knipper, M., Hetzger, B., Richards, J., Yazgan, B., Gallhofer, B., & Hanewald, B. (2017). Assessing the special need for protection of vulnerable refugees: testing the applicability of a screening method (RHS-15) to detect traumatic disorders in a refugee sample in Germany. *Ethnicity & Health*, 1465–3419. <https://doi.org/10.1080/13557858.2017.1379598>
- Thompson, A. M., Reinke, W., Holmes, S., Danforth, L., & Herman, K. (2017). County Schools Mental Health Coalition: A Model for a Systematic Approach to Supporting Youths. *Children & Schools*, 39(4), 209–218. <https://doi.org/10.1093/cs/cdx019>
- UNHCR. (2019). *Global Trends Forced Displacement in 2018*. www.unhcr.org/5c6fb2d04
- Wong, C. W. S., & Schweitzer, R. D. (2017). Individual, premigration and postsettlement factors, and academic achievement in adolescents from refugee backgrounds: A systematic review and model. *Transcultural Psychiatry*, 54(5–6), 756–782. <https://doi.org/10.1177/1363461517737015>

7 Bilagor

- Bilaga 1: Guide för elevhälsopersonal som deltar i Test av ny arbetsmodell för att uppmärksamma psykisk ohälsa hos nyanlända elever
- Bilaga 2: Dokument A (fylldes i av deltagaren varje gång RHS användes)
- Bilaga 3: Dokument B (fylldes i av deltagaren för att ge en översiktlig beskrivning av vilka elever som fyllt i RHS)



Guide för elevhälsopersonal som deltar i

Test av ny arbetsmodell för att uppmärksamma psykisk ohälsa hos nyanlända elever

Hej!

Informationen i den här guiden vänder sig till dig som har valt att delta i Socialstyrelsens test av en ny arbetsmodell för att uppmärksamma psykisk ohälsa hos nyanlända elever på gymnasiet.

Först och främst; tack för att du vill vara med och utveckla arbetet med nyanlända elever.

Det här projektet startades av Socialstyrelsen mot bakgrund av den utbredda psykiska ohälsan bland nyanlända barn och unga. Myndigheten har sett ett behov av att stödja och underlätta elevhälsans arbete med att tidigt identifiera symtom på psykisk ohälsa hos nyanlända elever.

Målet är att nyanlända elever med symtom på psykisk ohälsa i större utsträckning ska få stöd och vård på rätt nivå i vården, i tid. Det är i sig är en grund för att kunna stödja eleven i att uppnå utbildningens mål.

Arbetsmodellen vi testar bygger på användning av självskattningsinstrumentet RHS, Refugee Health Screener. Arbetet genomförs under perioden september 2020 – januari 2020 med hjälp av dig och andra som arbetar i elevhälsan på ett

antal gymnasieskolor som har språkin introduktionssprogram. Projektet involverar skolsköterskor och skolkuratorer.

Mittuniversitetet utvärderar arbetet med fokus på två områden; hur arbetsmodellen fungerar och hur modellen påverkar elevhälsopersonalens upplevelser av att arbeta med de här frågorna.

Vi hoppas att de följande sidorna ska ge dig bra information, tips och stöd. Du kan alltid kontakta oss med frågor och funderingar.

Lycka till!

Moa Mannheimer

projektledare, Socialstyrelsen
moa.mannheimer@socialstyrelsen.se

Anna Leiler

forskare, Mittuniversitetet
anna.leiler@miun.se

Upplägg av projektet

Arbetet ser olika ut beroende på yrkesroll. Att delta i projektet som skolsköterska innebär att i sitt arbete använda RHS i mötet med nyanlända elever. Som skolkurator deltar du i samarbete med skolsköterskan i att möta och stödja eleverna. Vid användande av RHS kommer detta dokumenteras och samlas in av forskarna. Alla som deltar i projektet åtar sig att vara med på en inledande och en avslutande dag.

Inledande utbildningsdag

den 10 september kl. 10–16

Vid denna digitala utbildningsdag får du kunskap om migrationens betydelse för psykisk hälsa bland barn och unga. Vidare ges information om hur RHS används och hur samverkan med BUP och första linjen kan se ut. Forskarna samlar också in underlag till utvärderingen av projektet. Det sker genom fokusgruppsdiskussioner där du och de andra deltagarna diskuterar hur ni arbetar med nyanlända elever med psykisk ohälsa idag samt era förväntningar på projektet. Samtliga deltagare besvarar en enkät om era erfarenheter av att möta nyanlända elever med psykisk ohälsa. Innan utbildningsdagen får du aktuellt material per post.

Under arbetets gång

Uppgifter för dig som är skolsköterska

Börja med att skapa en rutin för förvaring av de dokument som hör till studien. Det är två dokument, A – med frågor om hur instrumentet fungerade och B – med grundläggande information om eleverna (erhålls vid den inledande träffen). Inga personuppgifter kommer att samlas in men materialet behöver ändå förvaras inlåst på ett säkert sätt.

Under besök av elev ur målgruppen (se rubriken Om RHS – målgrupp):

- Erbjud eleven att skatta sig med RHS-13.
- Led och stötta eleven i att fylla i instrumentet.
- Räkna samman resultat.
- Samtala med eleven om resultatet.
- Bedöm åtgärd utifrån resultat enligt anvisningen (se rubriken Poäng och åtgärder)

Efter besök

- Märk **Dokument A** med Deltagar-ID och fyll i information.
Sammanställ grundläggande uppgifter om eleven i **Dokument B**.
- Dokumentera i elevens journal att du har använt RHS, bakgrunden till det samt åtgärd.
Scanna gärna in det använda RHS-instrumentet i elevens journal.

Inför avslutande träff i november

Förbered ifyllda **Dokument A** i ett omärkt kuvert och en sammanställning av grundläggande elevinformation **Dokument B** i ett annat omärkt kuvert. Kuvertet ska lämnas över till forskningsledarna direkt.

Uppgifter för dig som är skolkurator

I dialog med skolsköterska tar du emot elever där RHS har använts för ytterligare bedömning och/eller stödsamtal.

Grunden i modellen är att skolsköterskan som möter de flesta eleverna i hälsosamtal gör den initiala kartläggningen med hjälp av RHS. Dock finns det inget som hindrar att du som kurator också använder RHS om det passar bra i vissa lägen. Om du som kurator väljer att använda RHS i mötet med elever gör du på samma sätt som beskrivs ovan.

Avslutande utbildningsdag

den 14 januari kl. 10–15

Vid den avslutande dagen i Stockholm summeras erfarenheter med bland annat fokusgruppsintervjuer och avslutande enkäter. Vid det här tillfället handlar frågorna om hur arbetssättet och manualen fungerat samt upplevelser av att delta i projektet. Vi samlar också in det material som användarna av RHS samlat under projektet. Socialstyrelsen står för resor till och från denna träff.

Om RHS

RHS, Refugee Health Screener, är ett forskningsbaserat formulär som har utvecklats i USA för att identifiera tecken på ångest, depression och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) hos vissa flyktingpopulationer och har översatts till 18 språk. RHS-13 – versionen som testas inom ramen för detta arbete – består av 13 frågor. Tanken med att tidigt identifiera tecken på psykisk ohälsa är att eleven så tidigt som möjligt ska få det stöd hen behöver på rätt vårdnivå.

RHS finns tillgängligt på: amhariska, arabiska, burmesiska, dari, engelska, farsi, franska, karen, kinyarwanda, nepalesiska, ryska, somaliska, sorani (soranisk kurdiska), spanska, mexikansk spanska, svenska, swahili och tigrinja.

RHS på olika språk skickas ut inför projektstart och finns för nerladdning på **War survivors institute**, warsurvivors.org.

Målgrupp

RHS-13 kan användas i möten med nyanlända elever som har uttryckt något av nedanstående besvär:

- Nedstämdhet, depression, irritation, ilska, tomhet, likgiltighet
- Oro, rädsla, ångest
- Sömnstörningar, utmattning, stark trötthet, andningssvårigheter, hjärtklappning, nedsatt aptit
- Återkommande besvär minst en gång i månaden, så som huvudvärk, illamående, ont i magen, diarré för vilka eleven sökt hjälp hos elevhälsan
- Koncentrationssvårigheter, hyperaktivitet, rastlöshet.



Med *nyanlända* elever menas gymnasieelever som har kommit till Sverige från ett annat land och gått högst fyra år i svensk skola.

RHS kan också användas i möten med nyanlända elever där lärare eller mentor har uttryckt oro för hur eleven mår, inklusive elever med hög ogiltig frånvaro.

Kort om användning

Eleven fyller själv i svar på de 13 frågorna i formuläret. Det tar mellan 5 till 10 minuter och svaren genererar 0–4 poäng. Om den sammanlagda poängen är högre än 11 gör en samlad bedömning om eleven behöver erbjudas stöd inom elevhälsan eller hänvisas vidare. Det kan handla om första linjens psykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri, BUP.

Stöd för mötet med elever

Här får du förslag på vad du kan säga när du introducerar RHS. Du är fri att anpassa och ändra så det passar den aktuella situationen.

En del nyanlända har kroppsliga och själsliga symtom som kan bero på olika upplevelser i samband med tiden före, under och efter att ha flyttat till ett nytt land. Kroppsliga symtom kan vara att ha ont i magen, svårt att sova och äta samt att känna sig trött hela tiden. Själsliga symtom kan vara att känna sig rädd, ledsen, orolig, stressad och ensam. De här frågorna kan hjälpa oss att hitta barn och unga som har det svårt och som kan behöva extra stöd.

Läs eller lyssna på frågan och känn efter hur väl den stämmer in på dig. Ange i skalan vid varje symtom i vilken grad symtomet har besvärat dig den senaste månaden. Ringa in det alternativ som bäst passar in på dig. Om symtomet inte har besvärat dig under den senaste månaden ska du ringa in 0 som betyder INTE ALLS

SKALA				
0	1	2	3	4
INTE ALLS (not at all)	LITE (a little bit)	MÅTLIGT (moderate)	EN HEL DEL (quite a bit)	EXTREMT MYCKET (extremely)

Om ni inte talar samma språk

- Fråga eleven vilket modersmål hen har och vilket språk som hen kan läsa på. Ta fram RHS-formulär på det språk som eleven kan läsa.
- Om formuläret inte finns på det språk eleven kan läsa på; låt eleven bestämma om ni ska använda svenska eller kanske engelska. Om det är för svårt att samta-

la på svenska eller engelska, använd tolk. Det är bra om tolken läser frågan från ett översatt formulär, inte direktöversätter från svenska.

- Ge tydliga instruktioner och låt eleven fylla i svaren själv. (Du har ditt formulär på svenska framför dig och eleven sitt formulär på sitt språk framför sig).



Eleven bör inte tänka för länge utan fylla i det nummer/den flaska som passar bäst in på hens mående. Undvik att förklara djupgående kring varje enskild fråga.

Om en elev inte förstår vad som menas med trauma kan du säga att det kan handla om en hemsk upplevelse som man har varit med om.

Om eleven inte kan läsa

För personer som inte kan läsa har **tom, nästan tom, halvtom, halvfull** och **full flaska** visat sig vara tillförlitligt och lättförståeligt. Förklara att flaskan symboliserar **i hur hög grad** påståendet stämmer in på elevens mående den senaste månaden. **Värdet 0, "Inte alls"** och **tom flaska** symboliserar att påståendet inte alls stämmer in på hens mående den senaste månaden.

Poäng och förslag till åtgärder

11–17 poäng	Indikerar mild psykisk ohälsa. Överväg fortsatt stöd inom elevhälsan eller boka in uppföljning efter ett par veckor.
18–24 poäng	Indikerar måttlig psykisk ohälsa. Överväg fortsatt stöd och erbjud fördjupad bedömning exempelvis tillsammans med kurator för möjlighet att följa ungdomen över tid. Vid behov hänvisa eleven vidare till annan vårdgivare.
25 poäng eller mer	Indikerar allvarlig psykisk ohälsa. Överväg kontakt med skolkurator och/eller skolläkare för fördjupad bedömning. Ta ställning till behov av remiss till hälso- och sjukvård exempelvis första linjens psykiatri eller BUP (använd sedvanliga kanaler och samarbetsformer).



Poängen är inte en sanning utan en indikation på psykisk ohälsa. Verktöget ska hjälpa personal att undvika att missa någon och att forma ett standardiserat arbetssätt. Det viktiga är att eleven fångas upp eftersom det föreligger risk för psykisk ohälsa som kan försvåra elevens möjlighet att klara målen i skolan.

Stöd för samtal om resultatet

Med tanke på hur du har svarat på frågorna så verkar det vara jobbigt för dig ...

Du är inte ensam om att känna så här. Många som nyligen kommit till Sverige kan känna sig stressade, ledsna och oroliga. Man kanske saknar sin familj och sina vänner. Man kan känna olika mycket, olika dagar ...

Det brukar vara bra att få stöd genom att få prata med en vuxen för att må bättre. Därför brukar vi boka tid hos vår skolkurator XXX. Med henne/honom kan du prata mer om hur du mår och vilket stöd du behöver. Tycker du det skulle vara bra?

Om eleven är tveksam till att träffa kuratorn

Du skulle kunna träffa kuratorn och helt enkelt se vem det är. Många elever som har träffat henne/honom är nöjda efteråt.

Om eleven inte vill gå till kuratorn

Här kan du istället erbjuda ett till samtal hos dig som skolsköterska.

Om eleven ska remitteras till hälso- och sjukvården

Jag blir bekymrad för din hälsa. Jag märker eller förstår att du inte alls mår bra. För att du ska kunna få hjälp att må bättre behöver man ta reda på mer om varför du mår som du gör. I första hand skulle jag vilja att du träffar vår skolläkare, som kan göra en mera ingående medicinsk bedömning av dig och remittera dig vidare till hjälp i sjukvården. Är det okej?

Det kan vara bra att ha med sig någon vid ett sådant besök, som kanske kan hjälpa till att beskriva hur du har det. Den kan också hjälpa till så man minns vad som sagts. Skulle du vilja ha med någon till det mötet? Vem i så fall?

Deltagar-ID: _____

Dokument A

Datum för besök/samtal: _____

Administreringssätt

Eleven sökte primärt för: _____

☐ Intervju☐ Självadministrering

Användes tolk?

☐ Ja☐ Nej

Hur lång tid tog det att fylla i RHS? _____ minuter Språk på RHS: _____ Totalpoäng: _____

Åtgärd: _____

Din upplevelse av att använda RHS med denna elev

Ringa in det alternativ som stämmer bäst på varje rad	Instämmer inte alls	Instämmer inte	Instämmer	Instämmer helt
1. RHS var lätt att administrera	-2	-1	+1	+2
2. Frågorna i RHS var lätta för eleven att förstå	-2	-1	+1	+2
3. Det kändes bekvämt för mig att be eleven fylla i RHS	-2	-1	+1	+2
4. Eleven verkade bekväm med att besvara frågorna i RHS	-2	-1	+1	+2
5. RHS gjorde det lättare att prata med eleven om psykisk ohälsa	-2	-1	+1	+2
6. RHS gjorde mig säkrare i min bedömning av elevens problem	-2	-1	+1	+2
7. RHS hjälpte mig att bedöma hur allvarliga elevens problem var	-2	-1	+1	+2
8. RHS gjorde det lättare att välja åtgärd	-2	-1	+1	+2

Om du valt att inte använda RHS med en elev där det rekommenderats, ange skäl samt kommentera ditt val här:

☐ Eleven vill inte☐ Språkliga svårigheter/ingen tolk☐ Etablerad vårdkontakt finns☐ Andra skäl

Kommentar: _____

Dokument B

Denna blankett används som underlag för sammanställning av för vilka elever RHS använts. Vid projekttidens slut lämnas blanketten **omärkt** till forskningsledarna.

[illegible]