

# Projekt Inspira

Integrerad behandling för personer med psykisk ohälsa inom  
etableringen i Uppsala län



Utvärderingsrapport: December 2016  
Annika Åhs  
Socialmedicin, Institutionen för  
folkhälsa- och vårdvetenskap, Uppsala  
Universitet

# Innehåll

Innehåll.....	1
Sammanfattning.....	1
Inledning.....	3
En ökad andel nyanlända med svårigheter .....	3
Projekt Inspira .....	4
Syftet med utvärderingen .....	5
Metod.....	6
Urval och procedur.....	6
Etiska aspekter .....	7
Enkätens innehåll .....	7
Indikatorer på hälsa.....	7
Acceptans av känslor och tilltro till den egna förmågan .....	9
Hälsovanor.....	9
Andra hälsobeteenden .....	10
Deltagarnas utvärdering av projektet .....	10
Analys av data.....	10
Resultat.....	11
Sociodemografiska förhållanden.....	11
Uppföljning av insatserna.....	13
Sysselsättning och försörjning.....	13
Deltagande i insatserna .....	14
Indikatorer på hälsa.....	15
Acceptans av känslor .....	19
Self-efficacy .....	20
Hälsovanor.....	20
Socialt stöd och nätverk .....	21
Vårdkontakter .....	23
Deltagarnas egen värdering av insatserna i projektet .....	23
Diskussion.....	27
Deltagande i etableringen .....	27
Ohälsa bland deltagarna.....	27
Förändring vid uppföljningen .....	28

Subjektivt välmående .....	28
Symptom på depression .....	28
Symptom på post-traumatisk stress.....	29
Acceptans av känslor .....	29
Hälsorelaterad livskvalitet .....	30
Somatiska symptom .....	30
Hälsobeteenden och andra indikatorer på hälsa .....	31
Self-efficacy .....	31
Metoddiskussion .....	32
Slutsats och implikationer .....	33
Referenser .....	34

## **Tack till medverkande**

- ❖ Ett tack till deltagarna i projekt Inspira som delat med sig av sina upplevelser och erfarenheter.
- ❖ Tack till personalen i projektet som arbetat med insatserna och då till medverkande från Arbetsförmedlingen, Röda Korset och Uppsala kommun.
- ❖ Ett tack till projektledare Karolina Eriksson och psykolog Tove Filén som hjälpt till med planering, insamlande av data och med att ta fram mätinstrument.
- ❖ Slutligen tack till Samordningsförbundet i Uppsala för finansiering av projektet under den period som utvärderingen gjordes.

# Sammanfattning

Ett samverkansprojekt påbörjades i Uppsala mellan Arbetsförmedlingen, kommunen och Röda korsets behandlingscenter. Projektet finansierades via Samordningsförbundet i Uppsala. Projektet startades mot bakgrunden av att många nyanlända personer har svårigheter att genomgå etableringsinsatser som nyanlända får i form av arbetsförberedande insatser, samhällsorientering och språkinsatser. I dessa insatser för personer i Uppsala län har uppmärksammats att det finns personer som har svårt att följa verksamheten på grund av psykisk ohälsa - eller psykisk och fysisk ohälsa i kombination (1, 2). Projektet fick namnet Inspira, "*Integrerad behandling för personer med psykisk ohälsa inom etableringen i Uppsala län*". I den här rapporten utvärderas projektet för perioden november 2015, då projektet startade fram till september 2016. Projektet fortsätter år 2017. Rapporten är en del i utvärderingen av hur projektet fungerat under perioden fram t.o.m. uppföljningen. I utvärderingen ingår alla deltagare, totalt 22 personer som började i projektet mellan november 2015 och maj 2016.

Projekt Inspira syftar till att genomföra en integrerad behandling för personer med psykisk ohälsa som deltar i etableringsinsatser. Målgruppen för projektet är migranter/flyktingar från 18 år och uppåt som har haft en pågående etableringsplan hos Arbetsförmedlingen och som haft svårt att fullfölja denna på grund av psykisk ohälsa - eller psykisk och fysisk ohälsa i kombination - som i sin tur hänger samman med erfarenheter av krig och flykt. Målet är att förebygga och minska psykisk ohälsa, främja en hälsosam livsstil och därmed ge dessa personer förutsättningar att klara av aktiviteter enligt sin etableringsplan. I förlängningen avser projektet att påverka förmågan hos nyanlända att snabbare bli en del av det svenska samhället och den svenska arbetsmarknaden.

Individuella planeringar görs för alla deltagare. De aktiviteter som erbjuds deltagarna är dels individuella kontakter, t.ex. psykoterapi, dels gruppträffar med fokus på hälsoinriktade interventioner såsom fysisk träning och utbildande insatser. Samverkan sker mellan fler aktörer vid bedömning av individens stöd- och vårdbehov och vid planering av arbetspraktik, undervisning och andra inslag i etableringen. Detta förutsätter ett samarbete mellan bl.a. medarbetare på Röda Korsets behandlingscenter, arbetsförmedlare, lärare som arbetade med Svenska för invandrare (Sfi) och socialsekreterare.

Syftet med den här rapporten är att undersöka om insatserna i projektet kunde främja hälsa, hälsobeteenden och ge nyanlända immigranter/flyktingar förutsättningar att klara av aktiviteterna inom etableringen. Data samlades in från deltagare genom enkäter under projektets början och vid en given tidpunkt för uppföljning. I rapporten beskrivs hur situationen ser ut för deltagare upp till nio månader efter påbörjade insatser.

Deltagarna har fått insatser även efter uppföljningen är den här utvärderingen avser därför inte att studera behandlingseffekter efter avslutad behandling.

Resultaten visar inte på någon större förändring i sysselsättning eller i typ av ersättningsform vid uppföljningen, jämfört med i början av insatserna, men tecken fanns på att fler personer hade försörjningsstöd i kombination med etableringsersättning vid uppföljningen. Resultaten indikerar att deltagarna inte i högre utsträckning hade en egen försörjning vid uppföljningen, men att många fått en högre ekonomisk ersättning då de också erhållit försörjningsstöd. En majoritet av deltagarna upplevde också att projektet hjälpt dem att kunna ta del av övriga etableringsinsatser.

Det framkom att deltagarna i projektet generellt upplevde en psykisk och fysisk ohälsa. Förekomsten av en långvarig sjukdom, somatiska symptom, ett lågt subjektivt välbefinnande, hög skattning av symptom på depression och ångest liksom post-traumatisk stress var tydlig i gruppen. För en del av de instrument som använts för att skatta hälsa syntes inga signifikanta skillnader mellan skattningar i början av projektet och vid uppföljningen, medan för andra syns en förbättring i hälsan. Subjektivt välmående var signifikant bättre med hjälp av ett av instrumenten. Det mått som visade på en skillnad (The WHO-5 Well-Being Index) har i andra studier visat sig vara känsligt för förändringar i hälsa till följd av interventioner. Det har använts för att avgöra förändringar i välmående i samband med olika former av insatser (3).

Symptom på depression var signifikant lägre vid uppföljningen, jämfört med i början av projektet. Skattningen av posttraumatiska symptom var lägre vid uppföljningen, men skilde sig inte signifikant åt mellan mätningarna. Ingen signifikant förändring kunde heller ses mellan grupperna för skattningen av hälsorelaterad livskvalitet, somatiska symptom eller self-efficacy. En tendens kunde däremot ses gällande att acceptans av känslor var bättre vid uppföljningen än i början av projektet. Det kan vara ett tecken på att insatserna påbörjat en förändring hos deltagarna, en förändring som möjligen kan vara en del av att i bättre kunna hantera symptom på ångest och stressrelaterade symptom. Undersökningen baseras på ett relativt litet urval och slutsatser om skillnader mellan grupperna i hälsovanor var svåra att dra. Ingen av deltagarna drack alkohol medan strax under hälften rökte. Resultaten visar tecken på att graden av motion ökade vid uppföljningen, men insatserna i sig omfattade fysisk aktivitet. Vårdutnyttjandet var högt både i början av projektet och vid uppföljningen. Deltagarna gav uttryck för att projektet påverkat dem i positiv riktning.

En slutsats att dra är att det är viktigt att fortsätta att arbeta med psykisk ohälsa hos målgruppen, då ohälsan är stor. Resultaten ger ett visst stöd för att projektet vid tidpunkten för uppföljningen kan ha påverkat hälsan i en positiv riktning hos deltagare. Deltagarna fortsätter i insatserna och det är tänkbart att längre insatser i högre utsträckning kan förbättra deras hälsa och möjligheter på arbetsmarknaden. Projektet kan ändå vid uppföljningen sägas påvisa förbättringar som kan vara ett steg i processen att minska ohälsa och öka förutsättningar för målgruppen att klara etableringen.

# Inledning

## En ökad andel nyanlända med svårigheter

En allt större del av den svenska befolkningen består av människor med utländsk bakgrund. Forskning visar att hälsa och hälsovanor hos många invandrargrupper är sämre än hos majoritetsbefolkningen, att invandrare och flyktingar ofta men inte alltid har en sämre psykisk ohälsa (4-7). Nyanlända är en speciellt sårbar grupp då de inte har hunnit etablera sig i samhället. I en studie från Malmö som inkluderade nyanlända Irakier upptäcktes stora olikheter i hälsa mellan nyanlända personer och befolkningen i riket, men också likheter i det hänseendet att det är samma välkända faktorer som påverkar hälsan. Dessa faktorer var enligt studien kön, ålder, utbildning, ekonomi, livsvillkor och levnadsvanor (7). I en svensk studie från 2016 som använt tvärsnittsdata som samlats in med enkäter och register har man visat att den psykiska ohälsan är stor bland nyanlända från Syrien och bland asylsökande från Eritrea, Somalia och Syrien. Symptom på depression, ångest, post-traumatisk stress samt lågt välbefinnande var vanligt förekommande (6). Ett svagt socialt stöd och stress exempelvis till följd av ekonomiska bekymmer eller avsaknad av anhöriga lyftes fram.

Faktorer som i andra studier har associerats med psykisk ohälsa bland immigranter är dåligt socialt nätverk, språksvårigheter, ekonomisk otrygghet, låg nivå av sociokulturell anpassning och att vara kvinna (8-10). Kvinnor kan vara speciellt utsatta då de ofta varit utsatta för våld, fattigdom, förtryck och diskriminering i hemlandet och för att de sällan söker vård för sina symptom (5). Invandrare och flyktingar generellt (med undantag från vissa asylsökande) vänder sig också i mindre utsträckning till den psykiatriska vården jämfört med majoritetsbefolkningen och utsätts därför för en högre risk att inte få den vård som de har behov av (5).

Vidare har utrikes födda, speciellt nyanlända i mindre utsträckning än inrikes födda svenskar ett förvärvsarbete och det gäller oavsett utbildningsbakgrund (1). Det kan bidra till ytterligare ohälsa och utanförskap. Att arbetslösheten inom gruppen utlandsfödda är hög beror på flera olika faktorer. Dels kan personernas humankapital ha minskat genom migrationen till Sverige. Tidigare utbildningar, yrkeserfarenheter kan ha blivit mindre värda eller användbara p.g.a. av olika kunskapskrav i olika länder eller till följd av att man behöver använda ett nytt språk. Det sociala kapitalet och sociala nätverken kan också minskas av migration. Det kan medföra färre personliga kontakter som skulle kunnat ha ökat möjligheten att få ett arbete. Ohälsa men även diskriminering är andra förklarande faktorer till den höga arbetslösheten (11). Ohälsa liksom en orättvis behandling i kontakt med arbetsmarknaden kan göra det svårt för många invandrare att delta i etablering och att nå arbetsmarknaden, eller att bli integrerade i det svenska samhället.

Det finns ett behov av att utveckla och förbättra arbetet med att integrera och etablera migranter/flyktingar som börjar sitt liv i Sverige. I etableringsinsatser för personer i

Uppsala län har noterats att det finns personer som har svårt att följa verksamheten i sin etableringsplan på grund av psykisk ohälsa - eller psykisk och fysisk ohälsa i kombination (1, 2). Erfarenheter tyder på att det i sin tur hänger samman med att migranterna/flyktingarna kan vara traumatiserade och stressfyllda p.g.a. de situationer de har varit med om. Situationerna är ofta relaterade till krig, fysiskt våld och tortyr, svåra flyktingumbäranden, förlust av närstående eller till att familjeband slitits upp. Det kan ta sig uttryck i hög frånvaro i etableringsinsatserna, att deltagare rapporterar dåligt mående i form av t.ex. sömn- och koncentrationssvårigheter, huvudvärk, oro och stress, svårigheter som tillsammans ger sämre möjligheter att tillgodogöra sig etableringen (1, 2).

### Projekt Inspira


Lagen om etableringsinsatser omfattar nyanlända i arbetsför ålder med uppehållstillstånd, samt vissa anhöriga. Lagen innehåller bestämmelser om ansvar och insatser som syftar till att underlätta nyanlända invandrares etablering i arbets- och samhällslivet. Insatserna ska stärka nyanländas deltagande i arbets- och samhällslivet och ge dem förutsättningar för egenförsörjning (12). En etableringsplan görs tillsammans med Arbetsförmedlingen. Planen ska göras inom två månader och etableringen får ta upp till två år (36 månader om man tar hänsyn till sjukskrivning och föräldraledighet). Den ska innehålla planering av arbetsförberedande insatser, samhällsorientering och språkinsatser (Svenska för invandrare, Sfi)(13).

Mot bakgrunden av de svårigheter som upptäckts bland nyanlända kan det vara angeläget att satsa på att förbättra hälsan hos de nyanlända som ingår i etableringen. I Uppsala startades därför ett projekt av Arbetsförmedlingen i Uppsala i samarbete med Uppsala kommun och Röda korsets behandlingscenter och som finansierades av Samordningsförbundet (2). Projekt Inspira, "*Integrerad behandling för personer med psykisk ohälsa inom etableringen i Uppsala län*" är en del av dessa parter pågående verksamhet. Inledningsvis planerades projektet pågå i tre år, men projektet pågår nu under 2017. Utvärderingen i den här rapporten avser perioden november 2015 t.o.m. september 2016 och är en punktmätning av hur insatserna fungerat fram tills dess.



Syftet med projektet är att ge personer som är nyanlända till Sverige förutsättningar att klara av aktiviteter inom etableringen genom att bl.a. ge insatser som påverkar deltagarnas hälsa. I förlängningen är syftet att påverka deras förmåga att snabbare bli en del av det svenska samhället och den svenska arbetsmarknaden. Mål med projektet har varit att förebygga och minska psykisk ohälsa, främja en hälsosam livsstil och minska, förebygga passivitet.

Projektets målgrupp är migranter/flyktingar från 18 år och uppåt som har haft en pågående etableringsplan hos Arbetsförmedlingen och som bedöms ha svårt att fullfölja denna på grund av psykisk ohälsa. Till en början var syftet att deltagarna i projektet skulle omfatta personer som uppvisade Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), men insatserna i projektet breddades till att omfatta personer med psykisk ohälsa - eller



psykisk och fysisk ohälsa i kombination som kunde relateras till erfarenheter från krig och flykt. 

Projektets aktiviteter är en del av etableringsplanen och etableringen i sig (men inte nödvändigtvis deltagande i projektet) ger en ersättning i form av etableringsersättning. Vikt har lagts vid deltagarnas motivation att ta del av de aktiviteter som erbjuds inom projektet och att börja i projektet var frivilligt. Samverkan fanns mellan fler aktörer vid bedömning av individens stöd- och vårdbehov och vid planering av arbetspraktik, undervisning och andra inslag i etableringen. Detta förutsatte ett samarbete mellan Röda Korsets medarbetare, arbetsförmedlare på Arbetsförmedlingen, Sfi-lärare, socialsekreterare inom Socialtjänsten och annan personal inom och kring etableringen. Klinisk psykolog, arbetspsykolog, arbetsterapeut, sjukgymnast m.fl. var en del i projektet.

Deltagarna erbjöds individuella träffar för urval, bedömning och planering. De aktiviteter som erbjöds var *arbetslivsinriktade aktiviteter*, såsom individuella samtal och gruppträffar med samordnare för Uppsala kommun samt med representanter från Arbetsförmedlingen (arbetsförmedlare och arbetspsykolog nska för invandrare (Sfi) och praktik var andra arbetslivsinriktade aktiviteter. *Behandling* med psykolog, fysioterapi med sjukgymnast var en del av aktiviteterna liksom *hälsofrämjande aktiviteter*, såsom yoga, vattengymnastik och träning på Friskis och Svettis. Projektets gruppaktiviteter syftade  social aktivering och brytande av undvikandemönster och isolering som är vanligt vid psykisk ohälsa. Man diskuterade i grupp också frågor kring samhällsinformation, t.ex. frågor kring boende och vårdkontakter.

### Syftet med utvärderingen

Syftet med rapporten är att utvärdera hur insatserna i projekt Inspira kan främja hälsa och ge nyanlända immigranter/flyktingar förutsättningar att klara av aktiviteter inom etableringen. Projektet fortgår och syftet är att göra en uppföljning av deltagarnas situation efter att de deltagit upp till nio månader i projektet.

Specifika frågeställningar är:

- Hur medverkar deltagare i projektet i en etableringsplan? Det avser deltagande i projektets insatser, förekomst av annan sysselsättning eller sjukskrivning, samt vilken typ av ersättningsform deltagarna i projektet har.
- Förändras deltagarnas upplevelse av ohälsa/hälsa i samband med medverkan i projektet?
- Förändras deltagarnas beskrivning av hälsobeteenden och sociala stöd av att delta i projektet?
- Hur förändras förmågan/upplevelsen av att kunna lösa problem, eller att hantera den egna livssituationen av medverkan i projektet?
- Hur upplever deltagarna att det har varit att delta i projektet, eller hur värderar de insatserna?

# Metod

## Urval och procedur

Undersökningspopulationen bestod av deltagare i projekt Inspira. Totalt var det 22 personer som medverkade i undersökningen. Det var relativt få deltagare i projektet och resultaten bör därför tolkas med försiktighet. Totalurvalet bedöms ändå vara tillräckligt för att kunna beskriva projektets insatser. Urvalet inkluderade alla som börjat i projektet från november 2015 till maj 2016. En deltagare kunde ha varit med i upp till nio månader vid uppföljningen. Längden för hur länge en deltagare varit med i projektet varierade därför beroende när personen började.

Data i rapporten behandlar svar från en enkät som deltagarna fyllde i början av sitt deltagande i projektet och vid uppföljningen i september. Att fylla i enkäten var en del av insatserna enligt etableringsplanen och var inte frivilligt. Medverkan i utvärderingen av projektet var obligatorisk.<sup>1</sup> Två av deltagarna kunde inte fylla i den andra enkäten skulle fyllas i, eftersom de hoppat av, eller slutat i projektet. Statistik över huvudsaklig sysselsättning samt uppgifter om ekonomisk ersättning i form av försörjningsstöd samlades också in från Arbetsförmedlingen via projektledare för Inspira och då för samtliga deltagare.

Information om utvärderingen/enkäten gavs till alla deltagare. Tolk som talade deltagarnas språk fanns till hjälp när enkäterna fylldes i. Frågorna i enkäten lästes upp på ett enskilt modersmål och man kunde få svara på frågorna muntligt. Vissa skalor i enkäten fanns också på hemspråk för att underlätta förståelsen.

Datainsamling genomföras delvis i verksamhetens lokaler då ifyllandet av enkäten lades in som en aktivitet tillsammans med personal i projektet. Den första enkäten besvarades tillsammans med personal. Formulären vid första mätningen fylldes i ett eller två i taget. I samband med den andra enkäten fick deltagarna med sig enkäten hem och de fick sedan fylla i de frågor som de inte kunnat besvara tillsammans med tolk, eller personal i verksamhetens lokaler. I enkät nummer två hade en arabisk version av enkäten tagits fram. Deltagarna kunde då som svar på öppna frågor skriva sina svar på arabiska. Frågor där deltagarna utvärderade själva projektet och aktiviteterna fylldes i separat (antingen med hjälp av en arabiskt översatt version av frågorna eller med tolk) och svaren lades i ett enskilt kuvert.

---

<sup>1</sup> Alla deltagare tillfrågades om deras svar fick användas i en forskningsstudie som beskriver projektet. Deltagandet i forskningsstudien var frivillig och informerat samtycke krävdes för att vara med i den. Data från de individer som gav sitt medgivande till att delta kan därför komma att presenteras i form av en forskningsstudie. Ett informationsbrev om forskningsstudien gavs till samtliga deltagare och det översattes till arabiska som var det mest använda språket bland deltagarna.

De som fyllde i enkäten tilldelades en kod som skrevs på varje enkät. En lista skapades över forskningspersonerna och deras personliga koder. Av hänsyn till deltagarnas integritet förvarades listan oåtkomlig för andra än ett fåtal personer som höll i deltagarnas insatser. All insamlad data behandlades så att ingen obehörig kom åt den. Den databas som skapades innehöll inte några personuppgifter och det var inte möjligt att identifiera enskilda individers svar vid redovisningen av resultaten.

## Etiska aspekter

Negativa tankar och känslor kan väckas hos deltagare i ett projekt när de fyller i frågorna i enkäter. När det hände fanns möjlighet för dem som ville, att prata med personal i projektet. Kontakt kunde också tas med kontaktperson på Uppsala universitet (även om så inte skedde). Personal följde upp svar som indikerade att en person behöver extra stöd.

## Enkätens innehåll

Etablerade skattningsskalor användes. Frågorna valdes av författaren till rapporten och i samråd med projektledare och psykolog i projektet. Några av frågorna ställdes endast vid det andra mättillfället.

Frågorna handlade om:

- Ålder, kön, utbildning och sysselsättning, liksom om anhöriga och boende.
- Vilka aktiviteter deltagarna medverkat i samt hur länge och hur ofta de medverkat.
- Hälsa såsom förekomst av långvarig sjukdom och somatiska besvär, subjektivt välmående, symptom på depression och ångest, samt symptom på posttraumatisk stress.
- Acceptans av känslor och tilltron till den egna förmågan att hantera olika situationer (Self-efficacy).
- Hälsovanor, inklusive alkohol, motion och socialt- stöd och nätverk, samt vårdkontakter.
- Förväntningar på projektet och hur deltagarna värderade insatserna i projektet.

## Indikatorer på hälsa

### *Långvarig sjukdom*

Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem? (Ja, Nej). Och, medför dessa besvär att din arbetsförmåga är nedsatt eller hindrar dig i dina dagliga sysselsättningar? (Nej, inte alls, Ja i någon mån, Ja, i hög grad). Frågorna användes för att mäta långvarig sjukdom/funktionsnedsättning. Frågan har tidigare använts i Sveriges nationella folkhälsoenkät "Hälsa på lika villkor" (14).

### *Somatiska besvär*

Subjektivt upplevda somatiska besvär studerades med 12 frågor från enkäten SCL-90 (15). SCL-90 syftar till att mäta hur man själv tycker sig ha mått under de senaste sju dagarna och symptom skattas på en femgradig skala från 0-4 ("inte alls" till "väldigt mycket"). Hela instrumentet omfattar flera delskalor, men endast delskalan för somatisk hälsa användes. Deltagarna tillfrågades om somatiska symptom såsom: huvudvärk, smärtor i hjärtrakten eller bröstet, illamående eller orolig mage. Summan av poängen delas med antalet item i skalan.

### *Hälsorelaterad livskvalitet*

Med hjälp av frågeformuläret EQ-5D Hälsoenkät studerades livskvalitet/upplevd hälsa. På en VAS-skala 0-100 (EQ VAS) får individen också skatta sitt allmänna hälsotillstånd. En person graderar också sin hälsa på fem dimensioner: rörlighet, hygien, förmåga att utföra huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär, och oro/nedstämdhet (16, 17). Svaren ges på en tregradig skala (inga, måttliga respektive svåra besvär). Resultaten för skalan kan redovisas separat för de olika dimensionerna och för VAS-skalan, eller som ett hälsoindex.

### *Subjektivt välmående*

Med WHO:s välbefinnande index-5 (WHO-5) studerades subjektivt välmående. Indexet har validerats och kan användas för att screena för depression eller för att avgöra förändringar i välmående i samband med interventioner (3). Instrumentet innehåller fem positivt formulerade frågor såsom "Jag har känt mig glad och på gott humör" och "Jag har känt mig lugn och avslappnad". Poängen graderas på en sexgradig skala (från aldrig = 0 till hela tiden = 5) och skattas för de senaste två veckorna. Poängen summeras och multipliceras med 4 för att få en poäng från 0 (avsaknad av välbefinnande) till 100 (maximalt välbefinnande).

### *Symptom på depression och ångest*

Med Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25)" studerades symptom på depression och ångest (18). Formuläret mäter både ångest (de 10 första frågorna exempelvis: Hur mycket har du besvärats av: "plötslig rädsla utan anledning", eller "nervositet eller inre oro?") och depression (15 frågor exempelvis: Hur mycket har du besvärats av "orkeslöshet, långsamhet", eller "nedstämdhet?"). Svaren graderas på en skala från 1-4 ("inte alls" till "extremt mycket"). Resultaten kan redovisas såsom medelvärde för hela skalan och för de båda delskalorna. Summan för de två delskalorna divideras med respektive antal frågor, adderas ihop och delas med två för att få fram ett totalvärde (med ett värde mellan 1 till 4).

### *Symptom relaterade till trauma*

Post-traumatisk stress uppskattades med hjälp av PTSD symptom checklist (PCL-S) (19, 20). Formuläret mäter exempel på symptom som människor kan få av stressande upplevelser. Symptomen utgår från kriterier för Posttraumatiskt stressyndrom, PTSD. Symptomen gäller exempelvis om man har återkommande, besvärande minnen, tankar eller mentala bilder av en stressfylld händelse, om man har svårt att minnas en viktig del

av specifika händelser, eller om man undvikit situationer eller platser som påminner om dessa. Poängen skattas på en skala från 1-5 ("inte alls" till "i högsta grad") och poängen varierar mellan 17 och 85. I en undersökningsgrupp där man förväntar sig hög förekomst av PTSD använder man ett högre gränsvärde, än då prevalensen antas vara lägre (20).

## Acceptans av känslor och tilltro till den egna förmågan

### *Psykologisk flexibilitet*

Men svensk version av Acceptance and action questionnaire (AAQ-II) uppskattades acceptans av känslor/psykologisk flexibilitet (21, 22). AAQ-II kan sägas mäta förmåga att acceptera obehagliga tankar och känslor. Den svenska versionen innehåller sex frågor/påståenden som mäter psykologisk flexibilitet, som handlar om i vilken utsträckning en person kan acceptera känslor och tankar, men samtidigt sträva efter att uppnå mål i en riktning som följer de egna värderingar. De har relaterats till symptom på depression, ångest och mental hälsa generellt (22). Svaren graderas på en skala mellan 1-7 (från alltid sant till aldrig sant) och ett exempel på ett påstående är: "Mina smärtsamma minnen hindrar mig från att ha ett meningsfullt och tillfredsställande liv".

### *Self-efficacy*

Tilltro till den egna förmågan (Self-efficacy) mättes med en svensk översättning av the General Self-Efficacy Scale (S-GSE) (23). Flera studier visar på hög reliabilitet och validitet för instrumentet (24). Skalan innehåller tio påståenden (t.ex. "Jag lyckas alltid lösa svåra problem om jag bara anstränger mig tillräckligt" eller "Vad som än händer klarar jag mig alltid") som graderas på en skala mellan 1-4 ("tar helt avstånd" till "instämmer helt"). Ju högre poäng ju högre förmåga antar man att en person har att klara av krav i livet. Medelvärde för svaren kan räknas ut. Skalan ger poäng mellan 10 till 40 och ett medelvärde för poängen kan sedan beräknas (med ett värde mellan 1-4). Begreppet har sin grund i kognitiva teorier och avser människors tro på sin egen förmåga att utföra en viss handling som krävs för att uppnå ett önskat resultat. Det avser en känsla av kompetens att hantera olika stressande situationer (23, 24).

## Hälsovanor

### *Alkohol, tobak och motion*

Alkoholkonsumtion mättes med The Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption (AUDIT-C) som innehåller tre frågor. En fråga handlar om frekvens (Hur ofta dricker du alkohol?) och två frågor om kvantitet av hur mycket alkohol man dricker (25). En av frågorna om kvantitet handlar om hur många glas man dricker en typisk dag då man dricker alkohol. Den andra frågan om kvantitet är en indikator på hög konsumtion och gäller hur ofta man dricker sex glas eller mer vid samma tillfälle. Svaren

graderas på en skala mellan 0-4 och kan ge en totalpoäng på 12. Ett värde  $\geq 5$  poäng för män och  $\geq 4$  poäng för kvinnor brukar räknas som riskbruk (26).

Grad av motion mättes med hjälp av en fråga om hur ofta deltagarna var fysiskt aktiva en vanlig vecka. Frågan har tidigare använts i den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" (14). Bruk av tobak avsåg frågan om man röker dagligen eller inte.

## **Andra hälsobeteenden**

### ***Socialt stöd och nätverk***

Frågor om socialt stöd och nätverk handlade om hur ofta man är tillsammans med vänner bekanta eller släktingar, om man upplever att man har ett emotionellt socialt stöd, (såsom någon att dela sina innersta tankar med) och om man har ett instrumentellt socialt stöd (kan få hjälp att hantera praktiska problem). Frågorna har tidigare använts i den nationella folkhälsoenkäten (14).

### ***Vårdkontakter***

Vårdkontakter avsåg kontakt med läkare på sjukhus eller vårdcentral, distriktssköterska, dietist, kurator, psykolog och naprapat, samt om man varit inlagd på sjukhus(14).

## **Deltagarnas utvärdering av projektet**

Deltagarnas värdering av insatserna i projektet omfattade frågor om hur deltagarna tyckte att projektet fungerat i helhet och hur de tyckte att de specifika insatserna i projektet hade fungerat. En fråga handlade om i vilken utsträckning projektet motsvarat de förväntningar man hade. Ytterligare en fråga handlade om i vilken mån deltagarna upplevde att projektet hade hjälpt dem att ta del av övriga etableringsinsatser.

## **Analys av data**

Deskriptiv statistik användes för att återge deltagarnas skattning på olika item. Analyser gjordes för om det fanns skillnader och samband i deltagarnas svar vid första och andra mättillfället. Variationer i andelen som rapporterade exempelvis symptom i början och vid uppföljningen testades statistiskt med t-test och test med chi-två (27, 28). Om de förväntade värdena i en kategori som studerades fick värden mindre  $\leq 5$  så gjordes ingen statistisk analys med chi-två. I vissa fall där en person inte svarat på en specifik fråga i en skattningsskala, ersattes saknade med medelvärden som hur andra i en specifik grupp svarat, så att en statistisk analys kunde göras av ett större material. Med hjälp av imputering hittas det genomsnittliga värdet av den variabeln som saknade uppgifter, d.v.s. hur en person i den gruppen (avser urvalet vid projektets början respektive vid uppföljningen) i medeltal svarade på en viss fråga. Följande antal värden ersattes för de olika delskalorna; tre värden för SCL-90, sex värden för HSCL-25, ett värde för AAQ-II och två värden för S-GSE.

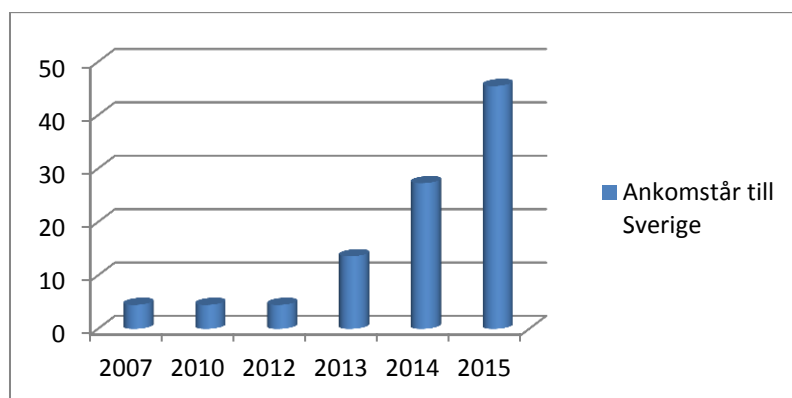
# Resultat

## Sociodemografiska förhållanden

I det här avsnittet beskrivs deltagarnas situation vad gäller sociodemografiska variabler. En majoritet kom från Syrien (73 procent). Andra länder som var representerade var Afghanistan, Iran, Sudan och Palestina (Tabell 1). En majoritet av deltagarna (73 %) hade kommit till Sverige under år 2014 eller 2015 (Figur 1). I genomsnitt hade deltagarna varit i Sverige 2.3 år (Sd=1.96).

**Tabell 1.** Antal deltagare per födelse land.

	Antal	Procent
<b>Födelse land</b>		
Syrien	16	73
Afghanistan	2	9
Iran	2	9
Sudan	1	4.5
Palestina	1	4.5
Totalt	22	100



**Figur 1.** Andel deltagare som angett olika ankomstår till Sverige (n=22).

Medelåldern i gruppen var 43 år (Sd=9.8). Den yngsta personen var 18 år och den äldsta 56 år. En majoritet av deltagarna var 46 år eller äldre. Det var betydligt fler kvinnor än män i som deltog (Tabell 2).

Hälften angav att de hade någon form av grundskoleutbildning (1-6 års, eller 6-9 års utbildning). Gymnasieutbildning eller akademiska utbildning noterades hos något färre. En kvinna angav att hon inte hade någon utbildning.

Som svar på frågan om vad man hade gjort den mesta delen av tiden i sitt hemland svarade 32 % att de hade arbetat. Tre av dessa var kvinnor. Ungefär hälften av deltagarna (54 %) rapporterade att de hade skött hushållet som huvudsaklig sysselsättning. Av dem var samtliga kvinnor.

Majoriteten var gifta eller hade en partner (77 %) men något färre rapporterade att de bodde tillsammans med en eller flera andra vuxna. Flertalet hade barn (82 %) och mer än hälften angav att de bodde tillsammans med barn under 18 år. Många angav att de flesta eller några av deras anhöriga bodde i Sverige (77 % i början av insatserna).

**Tabell 2.** Beskrivning av deltagarna i projektet.

	<b>Antal</b>	<b>Procent</b>
<b>Kön</b>		
Man	6	27
Kvinna	16	73
<b>Ålder</b>		
18-25	2	9
26-45	7	32
≥46	13	59
<b>Utbildning</b>		
Ingen	1	4.5
1-6 år	4	18
7-9 år	7	32
10-12 år	4	18
Akademisk utbildning/ högskola	6	27.5
<b>Sysselsättning i hemlandet</b>		
Arbetade	7	32
Studerade	3	14
Skötte hemmet	12	54
<b>Civilstånd</b>		
Gift/har en partner	17	77
Inte gift/har inte en partner	5	23
<b>Har barn</b>		
Ja	18	82
Nej	4	18
<b>Bor tillsammans med*</b>		
Ensam	6	27
Barn under 18 år	12	54.5
Med vuxen/vuxna över 18 år	13	59
<b>Anhöriga bor i Sverige</b>		
Ja, de flesta	9	41
Några av dem	8	36
Nej	5	23

**Not:** \* Fler alternativ kunde anges. Andel av n=22.



## Uppföljning av insatserna

I det här avsnittet beskrivs deltagande i etableringsplanen, exempelvis vad som hänt med sysselsättning, försörjning, hälsa och hälsovanor. Resultaten presenteras för hur deltagarna svarade i början av projektet och vid uppföljningen. I avsnittet beskrivs också hur deltagarna beskrev erfarenheter av att ha deltagit i projektet.

### Sysselsättning och försörjning

I början av projektet uppgav alla utom en (n=21) att de studerade via Sfi och slutet av projektet uppgav något färre (n=16) att de deltog i Sfi. I början av projektet var tre personer sjukskrivna och i slutet fyra stycken. Vid uppföljningen uppgav en kvinna att hon studerade en annan utbildning och en kvinna angav att hon deltog i arbete/praktik (Tabell 3).

Etableringsersättning är den ersättning som ges i samband med etableringsinsatser. I Tabell 3 kan ses att alla utom en hade etableringsersättning i början av projektet (95.5%) och att nästan lika många att de hade det vid det andra mättillfället (86 %). Mellan 41 % och 45.5 % hade etableringstillägg i början av projektet och vid uppföljningen (vilket inte var en signifikant skillnad). När det gäller förekomst av försörjningsstöd angav 36 % att de hade försörjningsstöd i början av projektet och signifikant fler eller 77 % vid uppföljningen ( $p=0.01$ ). Bostadsbidrag el. bostadstillägg erhöles av 32 % respektive 36.5 % i början av projektet och vid uppföljningen (vilket inte skilde sig signifikant).

**Tabell 3.** Typ av sysselsättning och ekonomisk försörjning i början av projektet och vid uppföljningen.

	I början av projektet		Vid uppföljningen	
	Antal	Fördelning (%)	Antal	Fördelning (%)
<b>Sysselsättning</b>				
Svenska för invandrare (Sfi)	21	95.5	16	73
Sjukskriven	3	14	4	19
Arbetar	0	0	1	4.5
Föräldraledig	0	0	1	4.5
<b>Ekonomisk försörjning</b>				
Etableringsersättning	21	95.5	19	86
Etableringstillägg	9	41	10	45.5
Försörjningsstöd	8	36	17	77
Bostadsersättning el. bostadsbidrag	7	32	8	36.5
Barnbidrag	-	-	13	59
Underhållsstöd	-	-	2	9
Föräldrapenning	-	-	1	4.5

**Not:** Uppgifterna är insamlade via enkäten vid mätningen som skedde i början av projektet, men är inhämtade via statistik från Arbetsförmedlingen för uppgifter vid uppföljningen (n=22). Uppgifter om barnbidrag, underhållsstöd och föräldrapenning frågades inte om i enkäten.

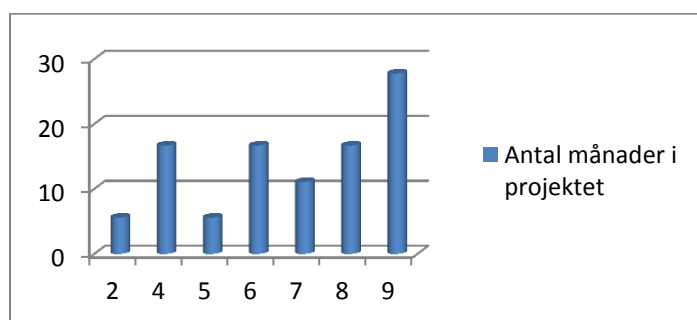
### Deltagande i insatserna

I Tabell 4 redovisas specifika insatser för deltagarna. En majoritet angav att de hade deltagit i insatserna som erbjöds, såsom i 80 % en introduktionsgrupp med Röda korset 90 % i individuell behandling med psykolog, 75 % hos en sjukgymnast. Flertalet hade också medverkat i olika former av träning, eller fått information kring frågor om arbete och arbetsmarknad. Något färre angav att de haft enskilda samtal med samordnare för Uppsala kommun, där man fått information om kommunens insatser (45 %).

**Tabell 4.** Fördelning av deltagare i projektets insatser (n=22).

	Antal	Procent
<b>Typ av insats</b>		
Introduktionsgrupp med Röda korset	16	80
Workshop med Arbetsförmedlingen och Uppsala kommun	17	85
Samtal med Arbetsförmedlingen	15	75
Samtal med samordnare för Uppsala kommun	9	45
Psykolog	18	90
Sjukgymnast	15	75
Yoga	19	95
Vattengymnastik	16	80
Friskis och Svettis	15	75

I medeltal medverkade deltagarna i nästan sju månader i projektet ( $m=6.7$ ,  $sd=2.2$ ,  $n=18$ ). I Figur 2 noteras att över hälften (56 %) svarat att de hade deltagit mellan 7-9 månader, men att det fanns en person som endast deltagit i två månader. Majoriteten angav att de gått i behandling från fem månader eller mer när det gäller behandling hos en psykolog, behandling av sjukgymnast, yoga eller vattengymnastik (Tabell 5). Många hade också vid fler än ett tillfälle deltagit i samtal med representanter från Arbetsförmedlingen och Uppsala kommun. Introduktionsgruppen gavs också vid flera tillfällen (Tabell 6).



**Figur 2.** Andel som angivit att de deltagit antal månader i projektet (n=18).

**Tabell 5.** Antal månader som man deltagit i projektets insatser.

	1-2 månader		3-4 månader		5-6 månader		≥7 månader	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Typ av insats</b>								
Psykolog	3	16	4	21	1	5	11	58
Sjukgymnast	4	23	3	18	1	6	9	53
Yoga	3	16	4	21	1	5	11	58
Vattengymnastik	5	31	3	19	1	6	7	44
Friskis och Svettis	6	37.5	3	19	1	6	6	37.5

**Not:** Valid procent eller andel för dem som svarat på en viss fråga presenteras.

**Tabell 6.** Antal gånger som man deltagit i projektets insatser.

	1-2 gångar		3-4 gångar		≥ 4 gångar	
	N	%	N	%	N	%
<b>Typ av insats</b>						
Introduktionsgrupp med Röda korset	4	22	2	11	12	67
Workshop med Arbetsförmedlingen och Uppsala kommun	7	41	3	18	7	41
Samtal med Arbetsförmedlingen	3	17	4	22	11	61
Samtal med samordnare för Uppsala kommun	9	56	2	13	5	31

**Not:** Valid procent eller andel för dem som svarat på en viss fråga presenteras.

### Indikatorer på hälsa

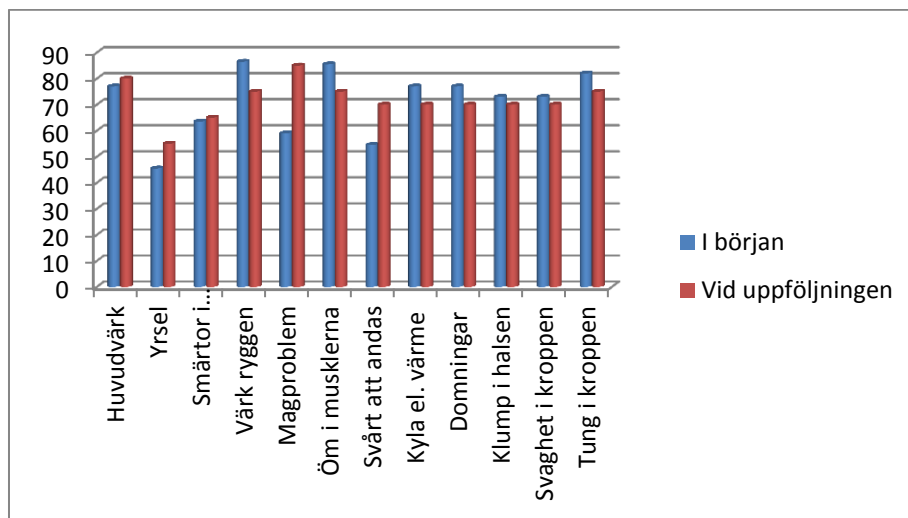
Nedan redovisas hur deltagarnas upplever sin hälsa i början av projektet och vid uppföljningen. Förekomst av långvarig sjukdom och kroppsliga symptom redovisas. Andra symptom gäller subjektiv välmående och livskvalitet, symptom på depression och ångest och trauma.

### Långvarig sjukdom

En majoritet av deltagarna angav att de hade en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning både i början- (78 %, n=17) och i slutet av projektet (75 %, n=15). Många av dessa tyckte att detta medförde att de "i någon mån eller i hög grad" att de blev hindrade i sin arbetsförmåga eller sina dagliga sysselsättningar (Av de som svarat i början av projektet: 94 %, n=16; I slutet av projektet 91 % n=10).

### Somatiska besvär

I Figur 3 noteras att en majoritet av deltagarna angav att de hade olika fysiska symptom ("måttliga till väldigt mycket"). Det var inte var någon signifikant skillnad i hur man svarade i helhet på skalan för somatisering (enligt SCL-90) då svaren jämfördes mellan de två mättillfällena. Medelvärdet på delskalan var 2.17 (sd=0.66, median=2.25, 25:e percentilen=1.67, 75:e percentilen=2.69) i början av insatserna och 2.22 (sd=0.81, median=2.46, 25:e percentilen=1.65, 75:e percentilen=2.73) vid uppföljningen (på en skala mellan 0-4, p=n.s.).



**Figur 3.** Andel personer med olika somatiska symptom, som svarat att de haft "måttliga till väldigt mycket" besvär.

### Livskvalitet mätt med EQ-5D

Livskvalitet eller hälsa enligt EQ-5D redovisas såsom skattningar på en VAS-skala och som skillnader i svar för de olika dimensionerna av hälsa som skalan mäter.

#### VAS-skattning

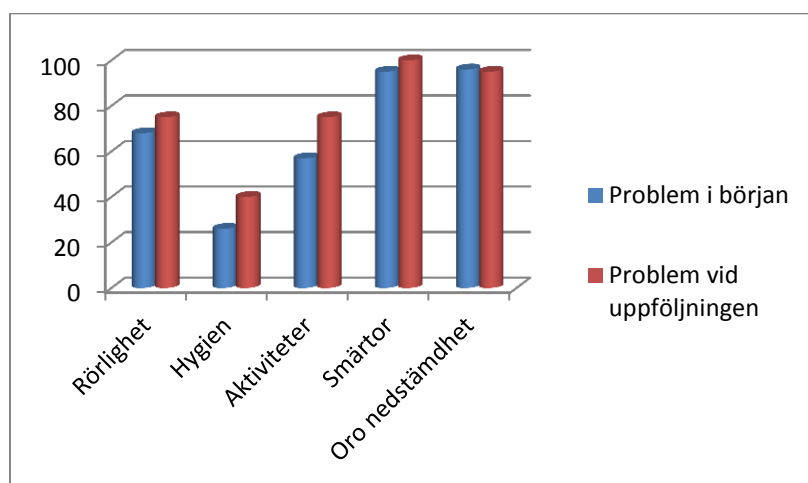
I enkäten EQ-5D ombads deltagarna skatta sitt allmänna hälsotillstånd på en VAS-skala mellan 0-100 (där 100 indikerar bästa tänkbara hälsotillstånd och 0 sämsta tänkbara). Det framkommer att den självskattade hälsan kan beskrivas som dålig vid båda tillfällena. Medelvärdet på VAS-skalan var i början av insatserna 47.9 medan det var 45.6 vid uppföljningen, vilket inte visade på någon signifikant skillnad vid mättillfällena (Tabell 7).

**Tabell 7.** Skattning av hälsan i början av projektet och vid uppföljningen enligt VAS-skalan i EQ 5D presenterad som medelvärde, standardavvikelse (Sd), median och percentiler (25:e och 75:e).

	I början av projektet	Vid uppföljningen	T-test
<b>EQ-5D VAS</b>			
Medelvärde (Sd)	47.9 (22.5)	45.6 (21.5)	n.s.
Median	50	40	
-25:e	38.8	40	
-75:e	66.3	60	

#### Olika dimensioner av hälsa

Deltagarna tillfrågades om problem inom dimensioner av hälsa som har att göra med förekomst av svårigheter att 1) röra sig, 2) sköta hygien eller 3) klara av de vardagliga aktiviteterna samt svarade på frågor om 4) förekomst av smärta och 5) nedstämdhet och oro. Flest problem rapporterades för dimensionerna som mäter smärta, och oro eller nedstämdhet, följt svårigheter i att röra sig och sköta huvudsakliga aktiviteter (Figur 4 och Tabell 8). Den lägsta andelen problem återfanns för svårigheter att sköta sin dagliga hygien, mat eller påklädning. Ingen signifikant skillnad upptäcktes för de olika dimensionerna på hälsa i början och i slutet av insatserna.



**Figur 4.** Andel som rapporterade "vissa till svåra problem" enligt EQ-5D, i början av projektet och vid uppföljningen.

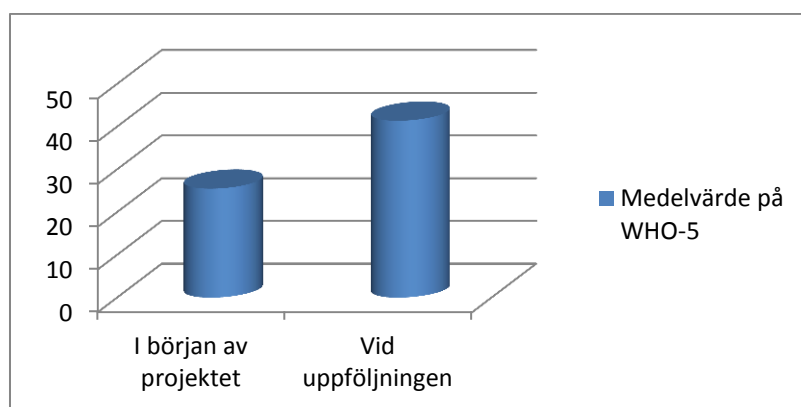
**Tabell 8.** Antal och andel med problem inom de olika dimensionerna enligt EQ-5D skalan.

EQ-5D Dimensioner	I början av projektet		Vid uppföljningen	
	N	%	N	%
<b>Rörlighet</b>				
Inga problem	7	32	5	25
Vissa problem	15	68	15	75
Svåra problem	0	0	0	0
<b>Hygien</b>				
Inga problem	16	73	12	60
Vissa problem	5	23	8	40
Svåra problem	1	4	0	0
<b>Huvudsakliga aktiviteter</b>				
Inga problem	9	43	5	25
Vissa problem	11	52	14	70
Svåra problem	1	5	1	5
<b>Smärtor besvär</b>				
Inga problem	1	4.5	0	0
Vissa problem	11	50	11	55
Svåra problem	10	45.5	9	45
<b>Oro/nedstämdhet</b>				
Inga problem	1	5	1	5
Vissa problem	11	52	12	60
Svåra problem	9	43	7	35

**Not:** Valid procent användes för de som svarat på frågan.

### Subjektivt välmående enligt WHO's välbefinnande index

Subjektivt välmående enligt WHO's välbefinnande index (WHO-5) kan uppnå ett värde av 100 (maximalt välbefinnande). Resultaten indikerar att deltagarna generellt skattar sin hälsa lågt. Däremot var skattningen i medeltal högre vid uppföljningen, d.v.s. hälsan var bättre ( $p=0.04$ ). I medeltal skattades hälsan som 25.45 (sd=21.11) vid första tillfället och som 41.4 (sd=27.11) vid det andra mättillfället.



**Figur 5.** Medelvärde välbefinnandeindex enligt WHO-5, i början av projektet och vid uppföljningen.

### *Symptom på depression och ångest enligt HSCL-25*

Symptom på enligt HSCL-25 som mäter depression och ångest var lägre vid uppföljningen av projektet ( $p=0.05$ ). Vid analys av delskalorna för ångest och depression separat kunde noteras att skillnaden i symptom gäller symptom på depression men inte för ångest (Tabell 9).

**Tabell 9.** Skattning av symptom på depression i början av projektet och vid uppföljningen enligt HSCL-25, presenterad som medelvärde, standardavvikelse (Sd), median och percentiler (25:e och 75:e). Värden presenteras för hela skalan samt för en delskala för ångest och en för depression.

	<b>I början av insatserna</b>	<b>Vid uppföljningen</b>	<b>T-test</b>
<b>HSCL-25</b>			
<b>Hela skalan</b>			
Medelvärde (Sd)	2.80 (0.45)	2.45 (0.62)	0.05
Median	2.80	2.61	
-25:e	2.53	1.95	
-75:e	3.10	2.93	
<b>Ångest</b>			
Medelvärde (Sd)	2.83 (0.52)	2.52 (0.74)	n.s.
Median	2.80	2.64	
-25:e	2.40	2.0	
-75:e	3.25	3.0	
<b>Depression</b>			
Medelvärde (Sd)	2.77 (0.53)	2.38 (0.63)	0.04
Median	2.73	2.40	
-25:e	2.43	1.95	
-75:e	3.23	2.70	

**Not:** En person exkluderades i svaren som avsåg skattningar i början av projektet, då en person inte svarat alls på skalan ( $n=21$ ).

### *Post-traumatisk stress*

Enligt PTSD symptom checklist (PCL-S) var medelvärdet för symptomen på posttraumatisk stress 59.2 i början av insatserna och 53.2 vid det andra mättillfället. Skillnaden var inte signifikant (Tabell 10).

### *Acceptans av känslor*

Resultaten för AAQ-II (den svenska versionen med sex item) som ger indikationer på psykologisk flexibilitet, eller acceptans av känslor visar att (Tabell 10). Poängen kan hamna mellan 0-42 och där höga poäng avser svårigheter att acceptera känslor som t.ex. rör smärtsamma erfarenheter. Medeltalet för deltagarna i början av insatserna var 32.1 medan det var 26.5 i slutet. Skillnaden var på gränsen till signifikant ( $p=0.053$ ) och det fanns en tendens till att man bättre kunde hantera/acceptera smärtsamma känslor vid uppföljningen, än i början.

### Self-efficacy

Self-efficacy (tilltron till den egna förmågan) förändrades inte signifikant mellan de olika mätpunkterna. Såsom kan ses i Tabell 10 var medelvärdet på skalan 2.4 poäng i början av projektet och 2.3 vid andra mättillfället. Poängen kan hamna mellan 1-4.

**Tabell 10.** Skattning av symptom på posttraumatisk stress (med PCL-S) acceptans av känslor (enligt AAQ-II) och self-efficacy (enligt S-GSE) i början av projektet och vid uppföljningen presenterat som medelvärde, standardavvikelse (Sd), median och percentiler (25:e och 75:e).

	I början av projektet	Vid uppföljningen	T-test
<b>Posttraumatisk stress</b>			
Medelvärde (Sd)	59.19 (12.21)	53.15 (13.46)	n.s.
Median	59.0	58.5	
-25:e	47.0	39.5	
-75:e	68.5	62.0	
<b>Acceptans av känslor</b>			
Medelvärde (Sd)	32.05 (7.36)	26.45 (10.40)	0.053
Median	33.0	27.0	
-25:e	25.5	20.75	
-75:e	39.0	34.50	
<b>Self-efficacy</b>			
Medelvärde (Sd)	2.38 (0.54)	2.29 (0.56)	n.s.
Median	2.40	2.25	
-25:e	2.05	1.83	
-75:e	2.80	2.80	

**Not:** En person togs bort då de inte svarat alls vid mätningen i början av projektet. Gällande samtliga skolor n=21 för gruppen i början och n=20 vid uppföljningen.

### Hälsvanor

Ingen av deltagarna drack alkohol, varken i slutet eller i början av insatserna (Tabell 11). När det gäller rökning upptäcktes ingen signifikant skillnad för hur många som rökte i början och vid mättillfälle 2 (i början ja: n=10, 45,5%; vid uppföljningen ja 40 %). Det var 40 % som angav att motionerade mer än 3 timmar i veckan i början av insatserna medan 60 % gjorde så vid uppföljningen (Tabell 11).



**Tabell 11.** Beskrivning av hälsovanor bland deltagarna i början av projektet och vid uppföljningen.

	I början av projektet		Vid uppföljningen	
	N	%	N	%
<b>Riskbruk alkohol</b>				
Ja	0	0	0	0
Nej	22	100	19	100
<b>Röker</b>				
Ja	10	45.5	8	40
Nej	12	54.5	12	60
<b>Motion</b>				
Inte alls till högst en timme/veckan	6	30	3	15
Mer än 1 timme till 3 timmar i veckan	6	30	5	25
≤3 timmar i veckan	8	40	12	60

### Socialt stöd och nätverk

Totalt svarade nio personer att de inte alls brukar träffa eller vara tillsammans med vänner eller bekanta eller släktingar (som de inte bor med) (i början av insatserna n=5, i slutet av insatserna n=4). Hälften (50 %, n=11) av deltagarna träffade andra en gång i veckan eller mer i början av projektet medan runt 58 % av de som svarat (n=11) gjorde det vid uppföljningen. Skillnaden var inte signifikant.

Emotionellt socialt stöd, i form av att kunna dela sina innersta känslor och tankar med och att ha någon att anförtro sig till någon upplevde en majoritet av deltagarna att de hade, både i början av projektet (73 %) och vid uppföljningen (74 %). Att kunna få hjälp att av någon med praktiska problem eller om man är sjuk svarade 68 % att de kunde i början av insatserna, medan 79 % menade så i slutet av projektet. Färre angav att de var gifta eller hade en partner vid andra mättillfället (60 %) än i början av projektet (77 %) men skillnaden var inte signifikant.

Att känna ganska mycket till väldigt mycket oro för sina anhöriga rapporterades av 86 % (n=19) i början av insatserna, men endast av 45 % (n=9) vid uppföljningen. En majoritet rapporterade att de hade anhöriga i Sverige i början av projektet (77 %, n=17) medan 60 % sa att deras anhöriga bodde i Sverige (n=12) i slutet av projektet. Skillnaden var inte signifikant.

**Tabell 12.** Socialt stöd och nätverk bland deltagarna i början av projektet och vid uppföljningen.

	I början av projektet		Vid uppföljningen	
	Antal	Fördelning (%)	Antal	Fördelning (%)
<b>Emotionellt stöd</b>				
Ja	16	73	14	74
Nej	6	27	5	26
<b>Instrumentellt stöd*</b>				
Ja	15	68	15	79
Nej	7	32	4	21
<b>Tid tillsammans andra</b>				
Ingen gång till någon				
enstaka gång	6	27	4	21
Någon gång i månaden	5	23	4	21
Någon gång i veckan	3	14	5	26
Flera gånger i veckan	8	36	6	32
<b>Gift eller har en partner</b>				
Ja	17	77	12	60
Nej	5	23	8	40
<b>Anhöriga i Sverige</b>				
Ja de flesta	9	41	3	15
Ja några	8	36	9	45
Nej	5	23	8	40

**Not:** \* Nej avser nej aldrig till nej för det mesta inte. Ja avser ja alltid till ja för det mesta.

**Tabell 13.** Beskrivning av vårdkontakter bland deltagarna under de senaste tre månaderna.

Typ av vårdkontakt	I början av projektet		Vid uppföljningen	
	N	%	N	%
Läkare på sjukhus	10	56	13	87
Läkare på vårdcentral	15	83	10	62.5
Distriktssköterska	5	28	9	60
Dietist	1	6	3	23
Kurator	2	11	3	25
Psykolog	6	33	15	88
Sjukgymnast	8	44	12	86
Naprapat, kiropraktor, homeopat och dyl.	0	0	8	57
Varit inlagd på sjukhus	3	17	6	40
Akutmottagning	4	22	7	50

**Not:** Valid procent användes för de som svarat på frågan.

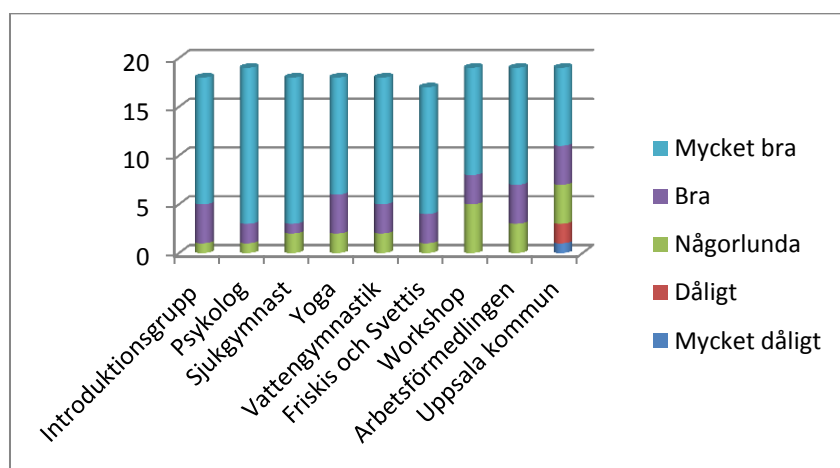
## Vårdkontakter

Majoriteten av deltagarna hade varit i kontakt med vården de senaste tre månaderna. I början av insatserna angav 18 personer (82 %) att de sökt vård medan 20 (100 %) rapporterade det i slutet av projektet. I Tabell 13 redovisas vilken typ av vårdkontakter som angavs. P.g.a ett litet urval var det svårt att studera skillnader i vårdkontakter mellan mätillfällena.

## Deltagarnas egen värdering av insatserna i projektet

### Bedömningen av projektet i helhet

I helhet rapporterade de flesta (n=18, 95 %) att de bedömde att projektet i helhet hade fungerat bra eller mycket bra. Ingen person svarade att det hade fungerat dåligt. I Figur 6 beskrivs hur deltagarna värderade de olika insatserna. I stort nämndes att aktiviteterna fungerat bra eller mycket bra. När det gäller de enskilda samtalen med representant från Uppsala kommun tyckte tre personer att insatsen fungerat dåligt eller mycket dåligt.



**Figur 6.** Antal deltagarna som svarat på frågan om hur de upplevde att insatserna i projektet har fungerat.

En majoritet (n=14, 71 %) upplevde att projektet påverkat mående i positiv riktning (ganska eller väldigt mycket) medan resterande som svarade att projektet i "liten till måttlig utsträckning" påverkade hälsan positivt (n=4, 22 %). Många menade (n=14, 74 %) att projektet "ganska mycket eller väldigt mycket" hjälpt dem att kunna ta del av övriga etableringsinsatser (exempelvis Sfi). Deltagarna fick svara på om de tyckte att projektet påverkat dem på något annat sätt eller om de hade andra kommentarer kring hur projektet fungerat. I Tabell 14-15 ges exempel på deltagarnas egen beskrivning av detta.

**Tabell 14.** Deltagarnas egna ord om projektet påverkat dem.

---

**Har projektet påverkat dig på något annat sätt?**

---

- Jag kände mig som en människa som räknas och respekteras. De ansvariga för projektet samarbetade bra med oss alla och de var mycket vänliga (deltagare 1)
- Aktiviteterna som hade med det psykiska tillståndet att göra gav lindring hela tiden. Och när det gällde det fysiska, alltifrån yoga, vattengymnastik och träning fick det kroppen att bli piggare och mer utvilad och det hjälper för att kunna fortsätta lösa problem som jag utsätts för i livet, även om de är små (deltagare 2).
- Ja, det hjälpte mig med de mentala delarna och även de fysiska och projektet är bra och jag tackar de ansvariga (deltagare 3).
- Självständighet. Bra att jag kommer att hitta ett jobb i framtiden. Det här projektet är bra och hjälper att bygga upp personligheten samt ha nytta av arbetsmarknaden i Sverige (deltagare 4).
- Ja, projektet hjälpte mig på ett bra sätt med mitt mentala och fysiska tillstånd (deltagare 5).
- Ja, jag blir bättre. Som jag ser det ska jag fortsätta träffa psykologen och fysioterapeuten för det bästa är när jag känner mig stark och långt från de problem som jag fortfarande lider av från mitt förflutna. Det hjälper mig att glömma mina gamla problem och sjukdom och att vara en stark människa som bor i Sverige. Ett tryggt land som hjälper och stöttar kvinnan (deltagare 6).
- De visade intresse på ett bra sätt, obeskrivlig medmänsklighet. Jag hade inget värde och jag fick tillbaka mitt värde. När jag deltog i projektet var mitt mentala hälsotillstånd noll/obetydligt. Och tack vare det här projektet är mitt tillstånd nu gott och bättre än bra och jag tackar alla som ansvarar för projektet (deltagare 7)
- Ja, projektet hjälpte mig med det, både vad gäller det mentala och kroppsliga. Projektet var mycket njutbart och det hjälpte mig ibland att bli av med oro och ackumulerad sorg och de som hjälpte mig med detta ska ha tack (deltagare 8).
- Både det psykiska och det kroppsliga välmående (deltagare 9).
- Projektet var mycket bra. Jag kände mig trygg och jag väntade på mötena (mötestiderna) eftersom jag kände mig avslappnad som om vi var en familj (deltagare 10).
- Påverkat mig bara positivt (deltagare 11).
- Jag tycker om att projektet är jättebra för mig. Därför att jag hoppas på livet och blev jättebra, mår bättre, mår ibland. Jag tror det här projektet har påverkat mig. Tacksam för er (deltagare 12).
- De återkommande mötena (cirkelmötena) med de ansvariga för projektet och min känsla att personerna brydde sig om min situation (deltagare 13).
- Nu mår jag bättre än förut (deltagare 14).
- Ja projektet hjälpte mig med det (deltagare 15).

---

**Not:** Deltagarnas numrering är inte densamma som deras kodnummer, i syfte att de inte ska kunna identifieras.

**Tabell 15.** Deltagarnas övriga kommentarer om projektet.

---

**Har du kommentarer kring hur projektet fungerat? Vad har fungerat bra, mindre bra m.m.?**

---

- Nej, det var lyckat på alla sätt. Jag önskar dem all framgång och vill tacka för allt arbete de lagt ned (deltagare 1)
- Det som fick projektet att lyckas var den stora hjälpen från alla personer som deltog i projektet. Och det som var mindre lyckat var tiden som var kort och som jag hade önskat att var längre (deltagare 2).
- Jag har inga för projektet är mycket lyckat när det gäller det mentala och det fysiska (deltagare 3).
- Fysisk träning, yoga och simning hjälper att utveckla/bygga kroppen finna "stillhet"/orörlighet till självständighet (deltagare 4).
- Nej, jag har inga kommentarer för att projektet är mycket lyckat avseende när det gäller de mentala och det fysiska delarna (deltagare 5).
- Ja, från början led jag av stressrelaterade problem och djup, stor depression. Och när jag deltog i projektet och med hjälp av psykologen och den naturliga behandlingen kände jag mig bättre än förut. Jag behövde en pålitlig person att tala med, och där fanns de bästa människorna (deltagare 6).
- I helhet är projektet och de som ansvarar för det utmärkt enligt mig (deltagare 7).
- Projektet var mycket lyckat, i första hand främst vad gäller det mentala och även det kroppsliga. Jag hoppas fortsätta i detta härliga projekt (deltagare 8).
- Jag har inga kommentarer. Allt var lyckat. De ansträngde sig för alla, stort tack till alla och jag hoppas att projektet lyckas med sina mål (deltagare 10).
- Det skulle kännas bättre med utökade tider hos psykolog (deltagare 11).
- Det är jättebra för mig och fungerande för mig, men jag vill ha mer och hoppas inte sluta nu (deltagare 12).
- Projektet är ganska bra (deltagare 13).
- Det är jätte, jättebra och framgångsrikt projekt. Jag hoppas på en fortsättning av projektet (deltagare 14).
- Jag har inga kommentarer för att det hjälpte mig (deltagare 15).
- När de frågar mig svåra frågor blir det jättesvårt (deltagare 16).

---

**Not:** Deltagarnas numrering är inte densamma som deras kodnummer, i syfte att de inte ska kunna identifieras.

### **Förväntningar**

På frågan om man upplevde att projektet motsvarade förväntningarna beskrev 19 % (n=3) att projektet i en liten till måttlig utsträckning hade motsvarat förväntningarna, medan 81 % (n=13) sade att projektet ganska mycket eller väldigt mycket motsvarade förväntningarna.

I Tabell 16 presenteras några exempel på hur deltagarna med egna ord beskrev förväntningarna på projektet. Deltagarna beskriver bl.a. att de önskar få hjälp med sina hälsoproblem och att integrera sig i samhället.

**Tabell 16.** Deltagarnas beskrivning av vilka förväntningar de hade på projektet.

---

### Förväntningar på projektet

---

- Hjälpt att integrera sig i samhället och att inte isolera sig samt att må bättre.
  - Få prata med någon kring sitt mående för att inte bli sämre i sitt mående.
  - Mycket att jag ska klara mig själv och att jag ska bli bättre.
  - Att inte slösa min tid, tvärt om känna att det är roligt. Göra mig förberedd för ett arbete i Sverige.
  - Önskar att jag får vård. Hoppas att jag kan glömma det som har hänt mig. Jag hoppas att jag får tillbaka gnistan i livet, den goda smaken av livet. Jag hoppas att jag utvecklar mig och blir delaktig i Sverige och inte står kvar på den nivå jag är i dag. Återförenas med mina föräldrar och leva ett normalt liv. Det som har hänt mig har gjort att jag tappat självförtroendet och att jag inte vågar prata med människor. Mitt självförtroende har totalt försvunnit.
  - Hjälper mig att integrera mig i Sverige. Att tänka på nya sätt. Anpassa mig till samhället. Nya sätt och metoder att tänka och förstå kulturen. Hjälpt med mitt psykiska mående efter kriget och saknad efter min mamma.
  - Hjälpt, behandling hoppas att när jag blir frisk att jag hittar ett jobb och att lära mig svenska. Jag vill ha stöd i skolan.
  - Hjälpa oss, stötta oss. Eftersom vi mår dåligt jag och min man. Min dotter också. Hon mår dåligt också. Vi känner oss fortfarande ostabila här. Jag hoppas att jag får en bostad så att jag kan fortsätta i projektet.
  - Att få mer kraft och hopp. Vill få ett arbete framöver.
  - Hjälpt att må bättre, få bättre sömn.
  - Jag vill att hälsoproblemen inte påverkar min vardag så mycket som nu. Få bättre tillstånd.
  - Hjälpt att må bättre. Tycker om att delta i aktiviteter, men orkar inte nu. Vill bli stark för att kunna ta hand om sina barn när de kommer till Sverige.
  - Bra saker att jag börjar må bättre.
  - Jag trivs, jag mår mycket bättre psykiskt och sjukgymnastik också. Jag har stort behov av yoga nu.
  - Jag vill glömma många saker som påverkar tankarna. Jag vill inte sitta hemma. Det stämmer att i Syrien var jag hemmafru, men jag hade mycket att göra där.
  - Att jag mår bättre psykiskt. Att leva stabilt med min fru och mina barn. Stabilitet är viktigt för mig.
  - Att lära mig svenska. Att bli självständig. Jag vill jobba och lära mig språket, det gjorde jag i Syrien. Man kan inte göra det om man inte har koncentration. Jag vill inte vara en börda. Jag är rädd och orolig. För när jag sitter i klassrummet känner jag mig kvävd som i ett fängelse. Jag vill gå ut. Lärarna är jättebra. Problemet är med mig inte skolan. Jag är rädd för att sova, för att jag får mardrömmar.
  - Må bättre psykiskt och fysiskt. Hälsan är viktigast.
  - Att jag ska lära mig svenska först och främst. Att jag får tillbaka min hälsa så gott som. Jag tycker om att hjälpa folk. Aktivitet, idrott och hälsa, umgås med folk mycket.
  - Hoppas kunna anpassa mig till landet, miljön jag bor i. Att jag bidrar med min aktivitet till mig, mina barn och samhället.
-

## Diskussion

Syftet med den här utvärderingen är att beskriva hur projekt Inspira påverkat hälsan och förutsättningar att klara av aktiviteter inom etableringen hos deltagarna i projektet. Insatserna i projektet fortgår och i rapporten beskriver situationen för deltagarna efter att de deltagit en tid i projektet. Målgruppen är immigranter som bedömdes ha svårt att medverka i etableringsinsatser till följd av psykisk ohälsa relaterad till trauma och flykt. I projektet har aktiviteter genomförts som avser vara arbetslivsinriktade och hälsofrämjande både genom individuella kontakter och genom gruppaktiviteter.

### Deltagande i etableringen

Någon tydlig förändring i sysselsättning kunde inte noteras, men det verkar som om fler personer hade ekonomisk ersättning via försörjningsstöd i kombination med etableringsersättning vid uppföljningen. Endast en person hade vid uppföljningen ett arbete (deltid). Något färre deltog i SFI vid uppföljningen, men en majoritet hade deltagit i de flesta av projektets aktiviteter. Att förvänta sig en ökad sysselsättning efter de insatser som getts i projektet kan vara svårt med tanke på att projektet då endast pågått upp till nio månader. Möjligen kan sägas att deltagarna hade en högre ekonomisk ersättning med tanke på att fler också fått försörjningsstöd. Generellt bland flyktingar som nyligen kommit till Sverige är det få som börjar arbeta direkt, utan de flesta deltar i studier. Även om andelen som förvärvsarbetar ökar med tiden är andelen lägre än bland inrikes födda även efter tio år i landet. Enligt statistik från Statistiska Centralbyrån förvärvsarbetar omkring 60 procent av kvinnorna som invandrat som flykting- eller anhöriginvandrare efter tio år. Bland männen förvärvsarbetar något mer än 60 procent av flyktingarna och omkring 70 procent av anhöriginvandrarerna (29).

### Ohälsa bland deltagarna

Resultaten visar att deltagarna i projektet generellt upplevde både en psykisk och fysisk ohälsa. Indikationer på ohälsa syntes i samtliga mått på hälsa som användes. Förekomsten av en långvarig sjukdom, eller ett funktionshinder, somatiska symptom, ett lågt subjektivt välbefinnande, hög skattning av symptom på depression och ångest liksom post-traumatisk stress var tydlig i gruppen. Resultaten är i linje med tidigare forskning som visar på dålig mental hälsa hos immigranter (4-7). Psykisk ohälsa och symptom relaterat till trauma kan sägas vara mer eller mindre generell för de många av de nyanlända personer som kommit till Sverige den senaste tiden. I en nyligen gjord studie av Tinghög och kollegor (6) fann man att många nyanlända från Syrien rapporterade depression- och ångestsymptom och att 30 % hade symptom på post-traumatiskt stressyndrom (PTSD). Liknande symptom och lågt välbefinnande rapporterades bland andra nyanlända och asylsökande, särskilt bland personer från Eritrea och Somalia. Nästan alla deltagare i den studien hade varit utsatta för någon

traumatisk händelse. En av slutsatserna var att det är angeläget att minska och förebygga psykisk ohälsa hos dessa grupper. Man diskuterade också att psykisk ohälsa kan utgöra ett hinder för en lyckad etablering i samhället och att en satsning på åtgärder, t.ex. hälsofrämjande etableringsinsatser minskar inte bara det enskilda lidandet bland personer i dessa grupper utan också får samhällsekonomiska konsekvenser. En psykisk ohälsa i målgruppen är en anledning till fortsatta insatser.

### Förändring vid uppföljningen

Ett av syftena med utvärderingen var att undersöka om det finns en förändring i hälsan, hälsovanor och andra faktorer hos deltagarna efter att de deltagit en tid i projektet. För en del av de instrument som använts för att skatta hälsa syntes inga signifikanta skillnader i början av projektet och vid uppföljningen, medan för andra syns en förbättring i hälsan.


### Subjektivt välmående

Med instrumentet World Health Organization Well-Being Index (WHO-5) syntes att deltagarna hade ett *bättre subjektivt välmående* vid uppföljningen än i början av projektet. Instrumentet innehåller positivt formulerade frågor såsom "Jag har känt mig glad och på gott humör" och "Jag har känt mig lugn och avslappnad". WHO-5 är översatt till många språk har använts och bedömts vara ett bra mått för att uppskatta och avgöra förändringar i hälsa till i samband med kliniska interventioner. Det har och har använts inom många områden. Det bedöms vara ett bra mått för att uppskatta förändring i hälsa över tid och mellan grupper. Att skalan mäter någonting allmänt eller är en s.k. generisk skala som inte beskriver en sjukdom gör att den bra kan uppskatta en generell effekt av en intervention (3). Även om instrumentet mäter ett generellt subjektivt välmående har det bedömts kunna vara ett bra mått att uppskatta eller screena för symptom på depression. Deltagarna skattade generellt sin subjektiva hälsa som mycket låg enligt instrumentet, men skattningen var i medeltal högre i slutet av projektet. I medeltal skattades hälsan som 25.5 vid första tillfället och som 41.4 vid det andra tillfället. Indexet kan uppnå ett värde av 100 som indikerar maximalt välbefinnande. Den har använts i generella populationer i Europa och ett medelvärde som rapporterats är 70. Ett värde på  $\geq 50$  rekommenderas för att indikera depression. Liknande värden har t.o.m. relaterats till en ökad risk för dödlighet (3).

### Symptom på depression

När det gäller symptom på depression var symptomen lägre vid uppföljningen, jämfört med i början av projektet. Förändringen var inte stor och den kliniska betydelsen av en sådan förändring är svår att bedöma. Skattningen gjordes the Hopkins Symptoms Check List (HSCL-25) (poängen var 2.77 jämfört med 2.38 enligt delskalan för depression). HSCL-25 har använts där ett värde på  $\geq 1,75$  indikerar att det förekommer en depressions- och/eller ångestdiagnos (3). Resultaten visar att deltagarna hade värden som indikerar depression. Instrumentet har använts i flera populationer korrelerats



med emotionell stress och poäng på delskalan för depression har relaterats till depressionsdiagnos. Depression är ett vanligt ohälsoproblem i befolkningen i helhet och är starkt relaterat till produktionsbortfall i form av frånvaro från arbetslivet (30). Nyanlända kan vara en speciellt utsatt grupp för depression. Hos nyanlända personer med erfarenheter av flykt kan depressionen utlösas eller påverkas av långvarig stress och förluster. Kulturen kan ha en skyddande roll, men också bli en stressfaktor som ökar depressionsrisken, t.ex. genom konflikter i anpassningsprocessen som kan ha att göra med konflikter mellan den tidigare- och nya kulturen i (5). 

### Symptom på post-traumatisk stress

Skattningen av posttraumatiska symptom var lägre vid uppföljningen, men skilde sig inte signifikant åt mellan mätningarna. Medelvärde var 59.2 i början i projektet och 53.2 vid uppföljningen. Skattningarna indikerar att deltagarna har symptom på Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) även om instrumentet inte är diagnostiskt. I en svensk studie av Arnberg et al. (31) fann man att bland tsunamiöverlevare hade de med PTSD ett medelvärde på 56.3 (sd = 10.3) och de utan PTSD ett medelvärde på 26.7 (sd = 10.9)(31). PTSD kan orsakas av traumatiska erfarenheter. Symptomen kännetecknas av ökad ångest och PTSD yttrar sig framförallt i överspändhet, undvikande av det som påminner om händelsen samt återupplevande av händelsen. Påträngande minnen kan komma t.ex. i mardrömmar eller flashbacks och personen undviker att tala om eller vara i situationer som påminner om traumat. En överdriven vaksamhet kan göra att man blir onormalt lättskrämd och lättirriterad. Personen med PTSD kan lätt bli arg, upplever svårigheter att koncentrera sig eller får problem med sömnen. PTSD kan leda till arbetsoförmåga eller till en generell social funktionsnedsättning, med och psykiskt lidande som påverkar individen familjen och omgivningen (5). Det är därför viktigt att försöka komma tillrätta med dessa symptom bland immigranter och nyanlända som ett led i att öka deras chans att få en bättre hälsa och att bli en del av samhället. Det är troligt att det krävs långa och intensiva insatser för att komma tillrätta med symptomen. Det är viktigt att förbättra symptomen så pass mycket att en person kan delta mer i samhället och arbetslivet, möjligen trots sina symptom. Insatserna i projekt Inspira behöver troligen behöva pågå under en längre tid för att det skulle vara möjligt att se större förändring i symptom på posttraumatisk stress.

### Acceptans av känslor

Att acceptera känslor och tankar, inte förändra dem och ändå agera i riktning mot sina mål, trots att man kan ha negativa känslor antas öka den psykologiska flexibiliteten och minska undvikandebeteenden. Enligt skattningsskalan AAQ-II noterades en tendens att acceptans av känslor vara något bättre vid uppföljningen än i början av projektet. Det kan vara ett tecken på att insatserna påbörjat en förändring hos deltagarna, en förändring som möjligen kan vara en del av att i bättre kunna hantera symptom på ångest och stressrelaterade symptom, såsom PTSD. Möjligen är acceptans av känslor ett första steg till förbättring innan själva symptombilden vid posttraumatisk stress kan ändras. En högre grad av undvikande av känslor, eller sämre psykisk flexibilitet har

associerats med fler depressions- och ångestsymptom, mer stress och sämre generellt psykiskt välmående. Låg acceptans har (med hjälp av en något längre version av AAQ-II) också relaterats till fler sjukdagar, eller frånvaro i arbete för personer som har ett arbete (22). Att öka acceptans bland personer med ett dåligt mående borde alltså kunna förbättra den psykiska hälsan och möjligen förmågan att delta i arbete.

### **Hälsorelaterad livskvalitet**

Med hjälp av EQ-5D skattades hälsorelaterad livskvalitet för deltagarna och då hur de upplevde sitt allmänna hälsotillstånd på en skattningsskala mellan 0-100 (VAS-skala) och symptom och funktion i dagliga aktiviteter. Ett sådant sätt att se på hälsa är i linje med WHO:s definition av hälsobegreppet som är breddat och inte bara avser frånvaro av sjukdom (14). Ohälsa kan medföra nedsatt funktion i att hantera dagliga aktiviteter och arbetsförmåga. Resultaten visar att majoriteten av deltagarna upplevde svårigheter i att klara av de huvudsakliga dagliga aktiviteterna (inklusive arbete). De hade lägre värden än befolkningen i helhet vad gäller symptom på de olika dimensionerna av hälsa som instrumentet mäter. Det fanns ingen signifikant skillnad i hur man skattade hälsan i början av projektet och vid uppföljningen, men resultaten visar att gruppen i helhet ligger under normvärden för den svenska befolkningen. Normvärden för den svenska befolkningen vad gäller VAS-skalan har visat sig vara olika för olika åldersgrupper men medelvärdet varierar mellan avrundat 77-84 för personer mellan 18-79 år (32). Deltagarna i den här studien hade ett medelvärde på nästan 48 och 46 vid de olika mättillfällena, vilket är betydligt lägre.

### **Somatiska symptom**

Att ha fysiska symptom såsom nervositet, huvudvärk eller ont i magen kanske egentligen inte är en sjukdom utan snarare ett uttryck för ett psykologiskt eller psykosomatiskt problem, d.v.s. en somatisering av mental ohälsa. Stressreaktioner eller kulturbyte kan associeras med detta och bland personer med PTSD är detta vanligt (5). Det kan vara svårt att säga om deltagarna i projektet upplevde just detta. Tydligt är dock att förekomsten av somatiska symptom var hög hos deltagarna i projektet. Somatiska besvär mättes med hjälp av en delskala i SCL-90, den för somatisering. Ingen signifikant skillnad upptäcktes i delskalan i början av projektet och vid uppföljningen. Förekomst av symptom såsom exempelvis huvudvärk, yrsel, smärtor i hjärtrakten eller dålig mage rapporterades i hög utsträckning bland deltagarna vid båda mättillfällena. I en tidigare svensk studie av Fridell och kollegor (15) var syftet att beskriva normering, standardisering och validering av SCL-90 och resultaten visar att delskalorna i SCL-90 ganska bra kan differentiera mellan normala- och patientgrupper, men att de inte räcker för att predicera olika syndrom. I studien menar man att SCL-90 lämpar sig såsom ett screeninginstrument för att skilja mellan individer med och utan psykopatologi men inte för mer differentierad diagnostik. SCL-90 har också använts för att mäta förändringar eller symptomvariationer i samband med behandling (15).

### Hälsobeteenden och andra indikatorer på hälsa

Då den här utvärderingen gjordes med hjälp av ett litet urval var det svårt att studera skillnader i hälsovanor statistiskt. Rent deskriptivt kunde noteras att något fler motionerade vid uppföljningen. Det ingick dock i projektets insatser att delta i gruppaktiviteter kring fysisk aktivitet. Ingen av deltagarna i projektet drack alkohol, men runt 40-45 % av deltagarna rökte. Så gott som samtliga av deltagarna hade varit i kontakt med vården de senaste tre månaderna. Majoriteten angav också att de hade en långvarig sjukdom eller funktionshinder. Frågan om långvarig sjukdom kan ses som en indikator på vårdbehov (14). Att deltagarna uttryckte ett vårdbehov var därför tydligt.

### Self-efficacy

Self-efficacy avser en persons tilltro till att han eller hon kan klara av att utföra ett speciellt beteende i en specifik situation. Begreppet introducerades av Bandura (33) som menar att personer som upplever hög self-efficacy är mer välmående och har lättare att hantera problem. Hög self-efficacy har relaterats till att se krav som mer utmanande än stressande, medan låg self-efficacy har associerats till sämre förmåga att hantera stress och att vara mer benägen att uppleva ångest och ha mindre självförtroende (23).

Resultaten visar på låg skattning av self-efficacy, men inte på några skillnader i skattningar i början av projektet och vid uppföljningen. Låg self-efficacy kan utgöra ett hinder för att återgå arbete efter sjukskrivning (34). Annan forskning visar att self-efficacy kan predicera människors uppfattning om fysisk arbetskapacitet (35). I tidigare svensk studie av Andersén et al. (36) som inkluderade kvinnor med smärta och värk som deltog i arbetsrehabilitering har man försökt att identifiera vad som predicerar självskattad hälsa hos personer som är sjukskrivna. I studien fann man att medelvärdet för S-GSE var lågt för kvinnor som är födda utomlands, bland de med låg motivation och osäkerhet kring att återvända till arbete och bland dem som uttryckte misstro. Ångest och depression predicerade lägre self-efficacy. De sjukskrivna kvinnorna i ovan nämnda studie hade ett liknande medelvärde på S-GSE ( $m=2.3$ ,  $Sd=0.7$ ) som deltagarna i den här utvärderingen ( $m=2.4$  samt  $2.3$ ). I en vanlig population beräknas medelvärdet vara 2.9 (37). Ingen signifikant förändring kunde ses mellan grupperna vad gäller self-efficacy i projekt Inspira, men deltagarna uttryck för att de kände sig, stärkta, sedda och respekterade. Deltagarnas egna ord av hur projektet påverkat dem, visar på att de upplevde någon form av stärkt egenmakt. Möjligen uttrycker det ett första steg i att förändra tron på den egna förmågan att hantera sin situation, men att det krävs ytterligare en förändring för att man ska se skillnad i ett mått som self-efficacy. En deltagare uttryckte:

”Ja, jag blir bättre. Som jag ser det ska jag fortsätta träffa psykologen och fysioterapeuten för det bästa är när jag känner mig stark och långt från de problem som jag fortfarande lider av från mitt förflutna. Det hjälper mig att glömma mina gamla problem och sjukdom och att vara en stark människa som bor i Sverige. Ett tryggt land som hjälper och stöttar kvinnan”.

## Metoddiskussion

Resultaten bör tolkas med försiktighet då urvalet var litet. Inte heller användes en kontrollgrupp. De flesta av deltagarna har fortsatt i projektet efter det att uppföljningen gjordes och utvärderingen beskriver ett delresultat i en längre behandling. Deltagarna deltog olika lång tid och med olika intensitet i insatserna. Många tog paus i sin behandling med psykolog någon upp till några månader innan uppföljningen och vissa deltagare var med sporadiskt i sjukgymnastens hälsofrämjande aktiviteter. I vissa fall kan eftermätningen därför mäta mående några veckor efter behandling. Detta beror delvis på behandlarnas semester men till största delen på låg närvaro i projektets aktiviteter under Ramadan och sommarmånaderna. Det är därför tänkbart att fler skillnader i indikatorer på hälsa skulle ha noterats vid en uppföljning i ett senare skede. Det är möjligt att hälsan hos deltagarna skulle påverkats mer till det bättre om insatserna pågått under en längre tid och med högre intensitet. Resultaten kan ändå ses som en fingervisning kring hur insatserna fungerat. Data från projektet ger möjlighet att få ta del av ett material som används i kliniskt i verksamhet, vilket kan ge en möjlighet till att ställa mer djupgående frågor till personer med erfarenhet av flykt och trauma, frågor som inte lika lätt kan ställas om de riktas till befolkningen i helhet.

Flera faktorer som inte direkt har med projektet att göra kan ha påverkat hälsan. Det kan finnas händelser i deltagarnas liv som kan ha påverkat mätningarna. Det framkommer inte hur annan vård som deltagarna har fått kan ha påverkat resultaten av insatserna i projektet. Måendet kan också ha påverkas åt ena eller andra hållet under behandlingens gång av t ex positiva eller negativa besked kring boendesituationen eller anhörigas situation i andra länder, t ex sjukdom eller död, eller familjeåterförening. Något färre angav att deras anhöriga bodde i Sverige vid uppföljningen, jämfört med i början av projektet. Däremot angav något färre vid uppföljningen att de i hög grad oroade sig för sina anhöriga, vilket inte ger tydliga tecken på att stressen kring anhörigas situation skulle ha förvärrats.

Vissa svårigheter uppstod i samband med ifyllandet av enkäterna. Skattningsskalorna fylldes i en eller två i taget vid projektets början och i vissa fall tog det längre tid än beräknat innan alla formulär fyllts i för en person. Ifyllandet av den första enkäten gjordes till stor del individuellt med behandlare och tolk eller hemma, medan eftermätningen för några personer gjordes i grupp på Arbetsförmedlingen. De flesta formulär hade skickats hem i förväg och då fanns alternativet att åtminstone delvis fylla i på egen hand. I gruppen på Arbetsförmedlingen fanns små möjligheter att diskret sätta sig för sig själv och situationen vid mättillfälle två var åtminstone i vissa fall rätt rörig. Många hade inte tillgång till bord. Möjligen kan en stressig miljö ha påverkat förståelsen av frågor i högre grad vid eftermätningen än vid förmätningen. I början av projektet hade man större möjlighet att diskutera innebörden av frågor med behandlare.

## Slutsats och implikationer

Deltagarna i projektet upplevde generellt en psykisk och fysisk ohälsa. Att deltagarna uttryckte ett vårdbehov är därför tydligt. En slutsats är att det är viktigt att fortsätta att arbeta med psykisk ohälsa hos målgruppen, då ohälsan är stor. Att förbättra hälsan kan vara ett steg i processen att minska ohälsa och möjligen öka förutsättningar för målgruppen att klara etableringen. Det är viktigt att rusta nyanlända personer för arbete eller studier och i förlängningen öka deras möjlighet att integreras i samhället.

För en del av de instrument som använts för att skatta hälsa syntes inga signifikanta skillnader mellan skattningar i början av projektet och vid uppföljningen, medan för andra syns en förbättring. Subjektivt välmående var signifikant bättre vid uppföljningen. Symptom på depression minskade, även om det var i en liten utsträckning. Ingen signifikant förändring kunde ses mellan grupperna för hälsorelaterad livskvalitet, somatiska symptom eller self-efficacy. En tendens kunde däremot ses gällande acceptans av känslor som var bättre vid uppföljningen än i början av projektet. Deltagarna gav uttryck för att projektet påverkat dem i positiv riktning och att projektet i helhet hade fungerat bra. Några tydliga förändringar i sysselsättning syntes inte vid uppföljningen. Något fler hade däremot sin ersättning via försörjningsstöd i kombination med etableringsersättning vid uppföljningen. Det kan ha varit ett komplement i ersättningen som kan ha gjort att deltagarna klarat av de dagliga utgifterna.

Projekt Inspira är ett samverkansprojekt och har krävt samarbete mellan olika aktörer. Resultaten från utvärderingen visar på en viss förbättring i hälsan hos deltagarna. Det tydliggör att det är viktigt att öka kunskapen hos myndigheter kring hur man kan samarbeta mellan varandra för individer som har behov av samordnade insatser. Sammantaget visar resultaten tecken på att insatserna påbörjat en förändring hos deltagarna. Projektets insatser kan ha stärkt deltagarnas hälsa och då möjligen indirekt deras arbetsförmåga. På sikt kan det ge både individuella och samhälleliga vinster. Projektet fortsätter en tid efter det att utvärderingen gjordes och det är tänkbart att en större förändring av symptom hade syntes om utvärderingen gjorts i ett senare skede. Längre hälsofrämjande och arbetslivsinriktade insatser till nyanlända kan ses som lämpliga då de symptom som deltagarna har vanligtvis tar tid att behandla.

## Referenser

1. Regionförbundet Uppsala län. En sammanställning av nyanländas utanförskap från arbetsmarknaden. 2014.
2. Arbetsförmedlingen i Uppsala län och Samordningsförbundet i Uppsala län. Projektplan/överenskommelse om samverkansprojekt. Integrerad behandling för personer med psykisk ohälsa inom etableringen i Uppsala län. 2015.
3. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2015;84(3):167-76.
4. Socialstyrelsen Folkhälsorapport 2009.
5. Socialstyrelsen. Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter: Ett kunskapsunderlag för primärvården. Januari 2015 .
6. Tinghög P Arwidson C, Sigvardsdotter E, Malm A, Saboonchi F. Nyanlända och asylsökande i Sverige: En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor. Röda Korsets Högskolas rapportserie 2016:1.
7. Daryani A, Löthberg K, Feldman I, Westerling R. Olika villkor-olika hälsa: Hälsan bland irakier folkbokförda i Malmö 2005-2007. *Socialmedicinsk tidskrift* 2/2012. 2010.
8. Schweitzer R, Melville F, Steel Z, Lacherez P. Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006;40(2):179-87.
9. Shishehgar S, Gholizadeh L, DiGiacomo M, Davidson PM. The impact of migration on the health status of Iranians: an integrative literature review. *BMC international health and human rights*. 2015;15(1):1.
10. Tinghög P, Al-Saffar S, Carstensen J, Nordenfelt L. Immigrant-and non-immigrant-specific factors' association with mental ill health among immigrants in Sweden. *International Journal of Social Psychiatry*. 2009.
11. Segendorf ÅO, Teljosuo T. Sysselsättning för invandrare: En ESO-rapport om arbetsmarknadsintegration: Fritzes Stockholm; 2011.
12. Regerlingskansliets rättsdatabaser. R. (2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare.
13. Rosenqvist F. Etableringsreformens 100 första dagar. *FORES Policy Paper*. 2011;2.
14. Folkhälsoinstitutet. Syfte och bakgrund till frågorna i nationella Folkhälsoenkäten. 2014.
15. Fridell M, Cesarec Z, Johansson M, Malling Thorsen S. SCL-90. Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan. 2002.
16. Devlin NJ, Krabbe PF. The development of new research methods for the valuation of EQ-5D-5L. *The European Journal of Health Economics*. 2013;14(1):1-3.
17. Group E-DE. <http://www.euroqol.org/>. 1990.
18. Winokur A, Winokur DF, Rickels K, Cox DS. Symptoms of emotional distress in a family planning service: stability over a four-week period. *The British Journal of Psychiatry*. 1984;144(4):395-9.

19. Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC, Forneris CA. Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behaviour research and therapy*. 1996;34(8):669-73.
20. [www.ptsd.va.gov](http://www.ptsd.va.gov) NCFP. Using the PTSD Checklist (PCL).
21. Lundgren T, Parling T. Acceptance and action questionnaire, AAQ-II. (Manuskript under förberedelse, tillgängligt från Tobias Lundgren) Uppsala universitet: Institutionen för psykologi. 2009
22. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*. 2011;42(4):676-88.
23. Jerusalem M, Schwarzer R, Schwarzer R. Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. *Self-efficacy: Thought control of action*. 1992:195-213.
24. Luszczynska A, Scholz U, Schwarzer R. The general self-efficacy scale: Multicultural validation studies. *The Journal of psychology*. 2005;139(5):439-57.
25. Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of internal medicine*. 1998;158(16):1789-95.
26. Nehlin C, Fredriksson A, Jansson L. Brief alcohol screening in a clinical psychiatric population: Special attention needed. *Drug and alcohol review*. 2012;31(4):538-43.
27. [https://en.wikipedia.org/wiki/Chi-squared\\_test](https://en.wikipedia.org/wiki/Chi-squared_test).
28. [https://en.wikipedia.org/wiki/Student%27s\\_t-test](https://en.wikipedia.org/wiki/Student%27s_t-test).
29. Statistiknyhet från Statistiska Centralbyrå, 2014;Nr 2014:315.
30. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, SBU, *Behandling av depressionssjukdomar: en systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: SBU. 2004.
31. Arnberg FK, Michel P-O, Johannesson KB. Properties of Swedish posttraumatic stress measures after a disaster. *Journal of anxiety disorders*. 2014;28(4):402-9.
32. Williams. EbASaA. *Measuring Self-Reported Population Health: An International Perspective based on EQ-5D*. EuroQol Group. 2004. .
33. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of self-control*. New York: Freeman; 1997.
34. Jensen AGC. A two-year follow-up on a program theory of return to work intervention. *Work*. 2013;44(2):165-75.
35. Löve J, Moore CD, Hensing G. Validation of the Swedish translation of the general self-efficacy scale. *Quality of Life Research*. 2012;21(7):1249-53.
36. Andersén Å, Larsson K, Lytsy P, Kristiansson P, Anderzén I. Predictors of self-efficacy in women on long-term sick leave. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2015;38(4):320-6.
37. <http://userpage.fu-berlin.de/health/selfscal.htm>. General Self-Efficacy Scale (GSE)