



Landstinget
i Östergötland

Forsknings- och utvecklingsenheten
för Närsjukvården i Östergötland

Primärvårdsbaserad hälsoinformation i grupp till ofrivilligt migrerade

Rapport-FoUrnalen
2013:5

*Rose-Marie Mossberg-Maghsoudi
Hanna Waldemarson*



ISSN 1102-3805

Primärvårdsbaserad hälsoinformation i grupp till ofrivilligt migrerade

Rose-Marie Mossberg-Maghsoudi
Hanna Waldemarson

Rose-Marie Mossberg-Maghsoudi, Hanna Waldemarson, 2013

Reproservice, Coor Service Management AB, Linköping, Sverige 2013
Rapport-FoUrnalen 2013:5

ISSN 1102-3805

Sammanfattning

Människor som tvingats fly från sitt land är en utsatt grupp. De lever ofta under stress som är orsakad av en mängd händelser, vilka sammantaget kan leda till en sämre hälsa. För vårdpersonal innebär det speciella krav på bemötande och kommunikation när det gäller att överbrygga kulturella perspektiv på hälsa respektive ohälsa. Det finns behov av att inom hälso- och sjukvård utveckla nya arbets- och behandlingsformer för att kunna ge god vård på lika villkor till ofrivilligt migrerade.

Syftet med studien var att undersöka om en multimodal, interagerande hälsoinformation i grupp kunde påverka livskvalitet, känsla av sammanhang och vårdkonsumtion hos ofrivilligt migrerade personer mellan 18 och 65 år som haft uppehållstillstånd ≤ 5 år i Sverige.

Sammanlagt deltog 20 personer fördelat på fyra grupper. Urvalet gjordes när patienten sökte vård på en vårdcentral eller rehabiliteringsenhet i östra Östergötland. Grupperna träffades vid nio tillfällen, en gång per vecka. Träffarna strukturerades kring olika teman samt övningar i Basal Kroppskännedom. Problembaserat lärande användes som pedagogisk modell där ett scenario med en fiktiv person och hemuppgifter låg till grund för reflektion och diskussion.

Studien var en interventionsstudie med före och efter mätning med det hälsorelaterade livskvalitetsinstrumentet Euro Qol (EQ-5D-5L) och instrumentet Sense of Coherence scale (SOC-13) som mäter känsla av sammanhang (KASAM). Vårdkonsumtion kartlades 3 månader före och 3 månader efter avslutad studie.

Hälsoinformation i grupp till ofrivilligt migrerade påverkade endast delskalans oro, vilken är en av delskalorna i EQ-5D-5L som mäter hälsorelaterad livskvalitet. Studiepopulationen hade vid interventionens start ett lågt KASAM-värde som efter interventionen hade sjunkit ytterligare, vilket visar att det är en sårbar grupp som har en komplex problematik. Ett positivt resultat som framkom i studien var att vårdkonsumtionen minskade efter studiens avslut och efter 3 månader var vårdkonsumtionen lägre än 3-månadersperioden före interventionen. Resultatet visade att det finns ett behov av riktade insatser till ofrivilligt migrerade.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund.....	1
Asylprocessen.....	1
Hälsa och integration.....	1
Hälsorelaterad livskvalitet och livskvalitet	3
Att mäta hälsorelaterad livskvalitet – EuroQol (EQ-5D).....	3
Känsla av sammanhang – SOC 13	4
Multimodalt arbetssätt.....	5
Problembaserat lärande	5
Basal Kroppskänedom.....	6
Syfte	7
Metod och genomförande.....	7
Inklusion.....	7
Kartläggningssamtal.....	7
Multimodalt team	8
Genomförande.....	8
Utvärderingsvariabler.....	8
Databearbetning	8
Etiska övervägande	10
Resultat.....	11
Diskussion	14
Konklusion	17
Referenser.....	19

Bilaga 1 Kartläggningssamtal

Inledning

Den största delen av invandringen till Sverige har under den senare delen av 1900-talet bestått av flyktingar födda utanför Europa och från Balkan. Människor som tvingats fly från sitt land ”ofrivillig migration” är en utsatt grupp, som ofta lever under stress orsakad av en mängd händelser, vilka sammantaget leder till en sämre hälsa. För vårdpersonalens del ställer det speciella krav på bemötande och kommunikation för att överbrygga kulturella perspektiv på hälsa respektive ohälsa (1, 2, 3). För att kunna ge vård på lika villkor och nå ut till gruppen ofrivilligt migrerade finns det behov av att hitta nya arbets- och behandlingsformer.

Bakgrund

Området där studien genomfördes omfattar cirka 18 000 invånare, det är invandrarätt och många har en svår socioekonomisk¹ situation, vilket forskning kopplar starkt till en sämre hälsa (4, 5).

I Statistiska centralbyråns (SCB) ”Undersökningar av levnadsförhållanden” (ULF) belyses att personer födda utanför EU:s gränser genomgående rapporterar sämre hälsa än personer födda i Sverige eller övriga EU länder (1). Skillnader i levnadsvanor mellan invandrare och svenskfödda är andra faktorer som påverkar hälsan (4).

Asylprocessen

När en flykting anländer till Sverige begär denne asyl hos Migrationsverket som handlägger ärendet och fattar beslut om och på vilka grunder uppehållstillstånd ska/kan beviljas (6). Under asylprocessen beviljas vård endast av skäl där vård inte kan anstå, undantaget är barn som får vård på lika villkor som övriga befolkningen (7). Efter att ha beviljats permanent eller tidsbegränsat uppehållstillstånd har man rätt till vård på lika villkor som svenska medborgare (8). I väntan på beslut under asylprocessen, är det viktigt att ha en meningsfull situation och att hälsoproblem snabbt uppmärksammas och åtgärdas (9).

Hälsa och integration

En person som migrerar ofrivilligt utsätts för många påfrestningar som kan leda till ohälsa. Enesten et al. (10) har gjort en processbeskrivning över de faser en ofrivillig migrant går igenom; katastrof-, beslut-, distans-, konfrontation och reaktions-, samt bearbetning och nyorienterings-

¹ Begreppet socioekonomi i detta arbete avser utbildnings – och inkomstnivå samt arbetslöshet.

fasen (10). Det reaktionsmönster som individen uppvisar under flyktingprocessen är kopplat till de egna resurserna utifrån tidigare erfarenheter i livet. Förlusten av viktiga relationer kan leda till ett svagt socialt nätverk i Sverige. Rollförändringar inom familjen är en annan faktor som troligtvis också har betydelse för hälsan (9, 11). För att synliggöra komplexiteten inom forskningsfältet har begreppet ackulturativ stress² utvecklats, vilket innebär alla de sammantagna ansträngningar som den nyanlände måste vidta för att kunna etablera sig i det nya samhället. Berry (2005) har beskrivit fyra strategier som individen kan anta i samband med migration. Dessa strategier är separering, där ursprungskulturen är viktigast och personen undviker kontakter med den nya kulturen. Marginalisering, där lite eller inget intresse visas för ursprungskulturen och man deltar inte i majoritetskulturen. Assimilering, där ursprungskulturen inte har någon betydelse, individen tillägnar sig majoritetskulturens värderingar o beteendemönster. Integrering, där individen vidhåller ursprungskulturen och samtidigt söker kontakt med majoritetskulturen. Berry (12) lyfter fram att de strategier som tydligast visat samband med ohälsa är separering och marginalisering.

I en svensk studie där 2000 personer deltog, identifierades den självskattade dåliga språkkunskapen som en riskfaktor för psykisk ohälsa och psykosomatiska symptom (9).

En annan aspekt som Lindström (2004) har studerat är trygghet, generell tillit och förtroende relaterat till engagemang i föreningar eller andra samhällsaktiviteter. Oberoende av etnicitet, ålder och utbildningsnivå, rapporterade både män och kvinnor med lågt deltagande i nämnda aktiviteter och låg tillit fördubblad risk för generellt försämrad hälsa såväl fysiskt som psykiskt (13). Sambandet mellan uppkomsten av depression och dess förlopp kopplat till socioekonomiska faktorer har fått starkt stöd i forskningen. En positiv hälsoutveckling kopplas till att ha kontakt med människor som är födda i Sverige (9). Resultaten från Pudarics (14) arbeten visar att utrikesfödda äldres lyckade integrationsprocess handlar om att få en inre balans och välbefinnande mellan det tidigare livet i födelselandet och det nya som tillkommer i Sverige (14). Att ingå i ett politiskt eller religiöst sammanhang, förefaller ge en existentiell tillhörighet som påverkar den psykiska hälsan positivt. Betydelsen av att finna balans mellan hemlandets kultur och det nya värdlandets är därför av intresse när man studerar relationen integration och folkhälsa (9).

² Ackulturativ stress inriktar sig på att beskriva hur individen svarar på livshändelser utifrån sin kapacitet, sett ur en interkulturell kontext d.v.s. individens respons på livshändelser när dessa överstiger individens kapacitet att hantera dem.

Hälsorelaterad livskvalitet och livskvalitet

Begreppet livskvalitet saknar en allmängiltig definition och begreppet kan ha många olika innebörder. Enligt Naess (15) är begreppet livskvalitet synonymt med uttrycket ”att ha det bra” och lägger vikten på de emotionella aspekterna.

Begreppet hälsorelaterad livskvalitet används för att kunna studera hur livskvaliteten påverkas av exempelvis sjukdom eller funktionsnedsättning (16).

Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (17) är livskvalitet en personlig upplevelse som är beroende av individens fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Livskvaliten påverkas av den egna uppfattningen om livssituationen i förhållande till den rådande kulturen och normer i samhället samt de mål, förväntningar, värderingar och intressen individen har. Livskvaliten förändras över tid och har ett samband med den upplevda hälsan men påverkas även andra faktorer så som individens sociala situation.

Livskvalitet är således ett multidimensionellt begrepp och en subjektiv upplevelse i samspel med social- och kulturell miljö (9). Individens möjlighet att kunna agera och påverka sin situation är relaterat till den subjektiva upplevelsen. Upplevd nedsättning av den fysiska och/eller psykiska förmågan, kan innebära en påverkan på individens funktionsförmåga och övrig livssituation, oavsett om man ”objektivt sett” är sjuk eller frisk. (18) I denna studie används begreppen hälsorelaterad livskvalitet och livskvalitet synonymt. Enligt Ashat et al. (19) är grundläggande komponenter som uppfyller behov och önskningar i det dagliga livet, synonymt med funktionellt status, välmående och generell hälsa. Funktionell status tolkas som att det finns resurser hos individen till att upprätthålla och hantera det dagliga livet (19).

Att mäta hälsorelaterad livskvalitet – EuroQol (EQ-5D)

EuroQol - gruppen har utvecklat instrumentet EQ-5D. Syftet var att ta fram ett enkelt frågeformulär för användning inom kliniska prövningar och befolkningsstudier för att mäta hälsorelaterad livskvalitet. EQ-5D är ett standardiserat, icke-sjukdomsspecifikt instrument. Instrumentet består av två delar. Den första delen är en så kallad beskrivande klassifikation av dimensionerna; rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet. Respondenten värderar sitt aktuella hälsotillstånd i 5 olika svarsalternativ som är 1= inga, 2 = lätta, 3 = måttliga, 4 = svåra eller 5 = extrema besvär. I den andra delen av instrumentet kan

respondenten skatta sin hälsa med hjälp av en vertikal Visuell Analog Skala (EQ VAS) mellan värdena 0 sämsta tänkbara hälsa till 100 bästa tänkbara hälsa. Instrumentet har använts och testats inom såväl folkhälsa som olika patientgrupper (20).

Ursprungsversionen hade 3 svarsalternativ inom varje dimension. I den nya versionen finns 5 svarsalternativ, EQ-5D-5L. Förändringen gjordes för att öka responsiviteten (21). Den nya versionen har testats i en studie som genomfördes i Storbritannien och Spanien. Resultatet visade på god validitet men pekade på vikten av att fortsätta testa om instruments fem svarsnivåer ger ökad responsivitet. Det vill säga om den nya versionen är bättre på att fånga även mindre förändringar jämfört med ursprungsversionen (21).

Känsla av sammanhang – SOC 13

Antonovsky (22) har skapat det så kallade ”KASAM begreppet” som betyder känsla av sammanhang. Antonovsky utgår från ett hälso-perspektiv som säger att hälsa och sjukdom är en mångdimensionell företeelse och att hälsa/sjukdom inte är ett antingen eller tillstånd. Många olika faktorer på olika nivåer påverkar individens tillstånd. Antonovsky definierar begreppet enligt följande:

”Känsla av sammanhang är en global hållning i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit till att (1) de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga, (2) de resurser som krävs för att man ska kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga, och (3) dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang.” (22, sid. 46)

De tre centrala komponenterna för KASAM är begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.

Begriplighet; i vilken omfattning individen upplever inre och yttre stimuli³ som ordnad, sammanhängande, strukturerad och tydlig information som är förnuftsmässigt gripbara.

Hanterbarhet handlar om i vilken grad man upplever att det står resurser till ens förfogande med vilkas hjälp man kan möta de krav som ställs av de stimuli som man översköljs av.

Meningsfullhet är begreppets motivationskomponent. Att vara delaktig som medverkande i de processer som skapar såväl individens livsriktning som dagliga erfarenheter.

³ Med stimuli avses något som utlöser en tanke eller en handling.

Antonovsky poängterar att komponenterna inte är självständiga enheter, utan att de står i relation till varandra. Dessa mäts i instrumentet Sence Of Coherence (SOC). Ursprungsversionen hade 29 frågor (SOC-29). Antonovsky (22) har även föreslagit en kortare version med 13 av de viktigaste frågorna (SOC-13). Respondenten graderar svaren på en horisontell, numerisk, sjugradig Likertskala, där svarsalternativen anges mellan aldrig/sällan till mycket ofta/alltid (22). Värdena (min-max) i delkomponenterna Hanterbarhet och Meningsfullhet kan variera från 4 till 28 och värdet i delkomponenten Begriplighet kan variera mellan 5 till 35, min-max totalt 13-91.

I en reviewartikel granskades SOC-29 och SOC-13. Av resultatet framgick att instrumentet har hög reliabilitet och validitet samt är transkulturellt. SOC-skalorna har använts i 32 länder och är översatt till 33 språk (23).

Multimodalt arbetssätt

Ett multimodalt arbetssätt innebär att behandlingen ges med hjälp av tvärprofessionella team i en tydlig och strukturerad process. Arbetssättet kan användas för patienter med komplex sjukhistorik och/eller symtombild. Metoden karakteriseras av samordnade insatser mellan olika professioner under en avgränsad period. Multimodal rehabilitering har värderats högt i studier riktade till patienter med långvarig smärta. Främst för att det innefattar kunskaper och färdigheter från olika professioner, där varje profession i sig genomför en komplex intervention. Det som skiljer en multimodal insats från exempelvis en farmakologisk är fokuseringen på hela personen snarare än på sjukdomsprocessen (24, 25).

I SBU rapporten (25) granskades studier av hög kvalitet avseende smärtlindring vid multimodal rehabilitering vilket inte visade någon effekt på långvarig smärta i nacke, skuldror och ländrygg. Däremot lyfts den beteendemedicinska insatsen som väsentlig för att öka aktivitetsförmågan jämfört med annan behandling, där beteendepåverkande insatser saknas (26).

Problembaserat lärande

Problembaserat lärande (PBL) är en pedagogisk metod som har sin grund i vuxenpedagogiken (27). Metoden syftar till att individen ska utveckla färdigheter i att söka och reflektera kring förvärvade kunskaper. Lärandet är beroende av meningsfulla sammanhang vilket kan bidra till begriplighet. Individens erfarenheter och föreställningar utgör då en inre drivkraft i sökandet efter ny kunskap. Genom att arbeta i mindre grupper om 5 till 7 deltagare, stimuleras deltagarna till diskussioner och att ställa

frågor. Enligt kognitiv psykologi, lär sig människor genom att minnas och lagra information vilket i sin tur leder till uppbyggandet av mentala konstruktioner om hur verkligheten är och fungerar. Lärandet är en konstruktiv och inte en receptiv process. När individen associerar och aktiverar sin befintliga begreppsstruktur underlättas införlivandet av den nya kunskapen vilket ger en ny helhetsuppfattning. Självstyrt lärande bygger på antagandet att människor i grunden vill och har förmåga att lära sig (27). I en randomiserad studie av hjärtsjukas rehabilitering visade resultatet att PBL kan vara en metod för att öka livskvaliteten och en möjlighet för patienten att finna strategier för att hantera sin sjukdom (28).

Basal Kroppskännedom

Basal Kroppskännedom (BK) är en sjukgymnastisk behandlingsmetod som ursprungligen utvecklades inom psykiatrin. BK utgår från en helhetssyn på människan och inrymmer fyra existensnivåer; fysisk, fysiologisk, psykologisk och existentiell nivå. Roxendahl och Winberg refererar till Drosy vilken menar att känslomässiga inre konflikter speglas i det kroppsliga uttrycket. En möjlig väg till ökad självkännedom är att öka medvetenheten om sin kropp, eftersom kroppsbilden är det samma som jag-bilden (29). Deltagarens egen motivation till att utföra och ta del av själva övningsformen BK, är en viktig faktor för att uppnå effekt av behandlingen. Det är själva övandet som är en väg till fortsatt utveckling för individen (30, 31). Rosberg lyfter fram BK som ett redskap för personen att vidga sina möjligheter att förhålla sig till sin livssituation. Detta sker genom att personen i övning ges möjlighet till kroppslig förankring och kan på så sätt uppleva och skapa mening i relationen mellan kroppen och det egna livet (32). Vetenskapliga studier har visat att BK har god effekt vid exempelvis långvarig smärta, stressrelaterade besvär och olika psykiska symtom som ångest, oro och nedstämdhet (33).

Författarna till föreliggande rapport träffar i sitt kliniska arbete ofrivilligt migrerade personer med psykosomatiska symtom vilket gjorde att intresset väcktes för problematiken. Vid litteratursökning framkom inget publicerat material rörande hälsoinformation till flyktingar. Detta gjorde att författarna ville utveckla en gruppbaserad hälsoinformation till ofrivilligt migrerade. Ambitionen var att använda vedertagen forskningsmetodik för att kunna redovisa och sprida resultaten från den grupp-baserade hälsointerventionen.

Syfte

Att undersöka om hälsoinformation i grupp påverkar hälsorelaterad livskvalitet, känsla av sammanhang, samt vårdkonsumtion hos personer som ofrivilligt migrerat till Sverige och sökt vård på en primärvårdsenhet, och/eller en rehabiliteringsenhet, inom landstinget i Östergötland.

Metod och genomförande

Studiedesignen är interventionsstudie med före- och eftermätning.

Inklusion

Remittenterna, där projektledarna inkluderas, var sjuksköterskor, sjukgymnaster, kurator, psykolog och läkare som delgavs information såväl muntligt som skriftligt om studien. Dessa kunde remittera patienter som sökte vård för upplevd ohälsa eller sjukdom, var ofrivilligt migrerade i åldern 18 till 65 år, och som haft uppehållstillstånd ≤ 5 år. Remittentens subjektiva bedömning styrde urvalet. Patienten informerades övergripande om interventionen av remittenten och erbjöds ett frivilligt, individuellt kartläggningssamtal med projektledaren (R-M MM, sjuksköterska).

Kartläggningssamtal

Journalanteckning från vårdbesöket skickades till den ena av projektledarna (R-M MM) som kontaktade patienten via telefon. Patienten kunde bekräfta intresse eller avböja medverkan. En kallelse samt samtyckesblankett på svenska eller på arabiska skickades till de som accepterade att medverka vid kartläggningssamtalet. Samtalet genomfördes alltid med telefontolk. I samtalet insamlades data som bakgrundsfaktorer, livssituation, motivation till förändring och copingstrategier, Bilaga 1. Patienten fick samtidigt möjlighet att ställa frågor om studiens syfte och innehåll. Deltagandet var kostnadsfritt.

De tolkar som deltog i projektet valdes genom projektansvarigas kännedom om lämplighet. Tolken skulle vara intresserad av uppdraget och ha en verbal och kulturell skicklighet. Kvinnogrupperna hade en kvinnlig tolk och den manliga gruppen en manlig.

Multimodalt team

Det multimodala teamet bestod av sjukgymnast, sjuksköterska, psykolog, dietist och läkare. En sjuksköterska (R-M MM) var tillsammans med en sjukgymnast (HW) närvarande vid samtliga grupptillfällen för att följa grupprocessen, tabell 1.

Genomförande

När sex till nio deltagare med samma språk och kön inkluderats, skickades skriftlig kallelse till grupptart. Gruppen träffades sammanlagt vid nio tillfällen, en gång per vecka á två timmar, med undantag för första tillfället som varade tre timmar, tabell 1. Ett scenario med en fiktiv manlig respektive kvinnlig person kopplat till temat låg till grund för deltagarnas reflektion och diskussion kring symtombild och strategier. En frivillig hemuppgift kopplades till varje tema.

Utvärderingsvariabler

Vid första och sista grupptillfället mättes hälsorelaterad livskvalitet med hjälp av instrumentet EQ-5D-5L. Instrumentet var på svenska och tolk användes som stöd vid ifyllandet. Vid samma tillfällen mättes känsla av sammanhang med SOC-13, detta instrument fanns att tillgå på irakisk arabiska och på svenska.

Vårdkonsumtionen kartlades genom att den datoriserade journalen granskades av projektansvariga avseende samtliga telefonkontakter och patientbesök tre månader före, och tre månader efter avslutad studie. Träningstillfällen och administrativa kontakter är inte medräknade.

Databearbetning

Data redovisas på gruppnivå som medelvärde och standardavvikelse. Hypotesprövning med Mann-Whitney användes, för jämförelse mellan skattningarna före och efter interventionen i de olika hälsodimensionerna i EQ-5D-5L. För hypotesprövning av EQ-VAS, SOC-13 och för data gällande vårdkonsumtion användes T-test. Insamlad data bearbetades i statistikprogrammet SPSS (version 18). Ett p-värde på $\leq 0,05$ bedömdes som signifikant.

Tabell 1. Redovisar respektive grupptillfälles innehåll, hemuppgift och vem som medverkade.

Grupptillfälle	Innehåll	Hemuppgift	Medverkande
1. Kultur och kommunikation	Praktisk information förhållningsregler Kulturella skillnader SOC 13 och EQ5D-5L	Uppmärksamma vad som ökar eller minskar Symtom/Olust/Obehag	Sjuksköterska Sjukgymnast
2. Basal kropps-kännedom	Övningspass och Teori om BK	Öva på en BK-övning hemma	Sjukgymnast Sjuksköterska
3. Stress och hälsa	Flyktningkris och stressreaktioner	Reflektera kring vad deltagaren kan göra för att må bättre	Sjuksköterska Sjukgymnast
4. Motivation	Drivkraft	Matdagbok 2 dagar	Sjukgymnast Sjuksköterska
5. Matvanor	Jämförande diskussion om kostvanor mellan länderna	Förbereda frågor inför träff med läkare	Dietist Sjuksköterska Sjukgymnast
6. Fråga doktorn	Öppna frågor kring hälsa /sjukdom	Använda stegräknare och dokumentera resultatet för 2 dagar	Läkare Sjuksköterska Sjukgymnast
7. Fysisk aktivitet	Fysiska och psykiska hälsoeffekter	Reflektera över arbete/studier/fritid/ relationer	Sjukgymnast Sjuksköterska
8. Balans i livet	Obalans mellan krav och resurser, hälsoeffekter	Reflektera över gruppträffarna	Psykolog Sjuksköterska Sjukgymnast
9. Utvärdering	Sammanfattande frågor och svar på SOC 13 och EQ 5D-5L		Sjuksköterska Sjukgymnast

SOC 13=Sence of Coherence, 13 frågor
EQ-5D-5L=EuroQol- 5dimensions-5 levels

Etiska övervägande

Tillstånd att genomföra studien har getts av den regionala etikprövningsnämnden i Linköping, diarienummer 2011/278-31. Samtliga deltagare har gett sitt samtycke till att delta i interventionen samt att personuppgifter insamlas och behandlas. Inga resultat redovisas så att enskild person kan identifieras. All inmatad data lagras i en SPSS-fil i dator med personlig inloggning på FoU-enheten för närsjukvården i Östergötlands läns landsting.

Resultat

Totalt genomfördes kartläggningssamtal med 33 personer vilka erbjöds att delta i gruppstillfällena, 8 personer tackade nej och 25 personer tackade ja. Sjukgymnasterna remitterade flest (17 personer), läkarna (6 personer), kurator (1 person) och projektledaren som var sjuksköterska remitterade övriga patienter (9 personer). Fyra grupper startades, två grupper med irakiska kvinnor (4 respektive 6 personer deltog hela studietiden), en med somaliska kvinnor (fyra personer deltog hela studietiden) och en manlig irakisk grupp (sex personer deltog hela studietiden), tabell 2. Det interna bortfallet var 5 personer. Orsaken till detta angavs vara familjesituation och låg tillit till svensk sjukvård.

Tabell 2. Redovisar bakgrundsvariabler på studiepopulationen, n=20.

Bakgrundsvariabler	Kvinnor n=14	Män n=6
<i>Ålder</i>		
Medel (SD)	46 (8,6)	41 (11,8)
<i>Antal barn</i>		
Medel (min-max)	3,5 (1-8)	2,5 (0-4)
<i>Civilstånd</i>		
Gift	9	6
Frånskild	5	0
<i>Sysselsättning i hemlandet</i>		
Hemarbete	9	0
Förvärvsarbete	5	6
<i>Sysselsättning i Sverige</i>		
Studerande	8	1
Arbetslös	6	5

Knappt hälften av deltagarna studerade, varav majoriteten var kvinnor, tabell 2. Med studerande avses allt från studier på grundnivå exempelvis Svenska För Invandrare (SFI) till högskoleförberedande studier. I hemlandet var de flesta kvinnorna hemarbetande medan samtliga män förvärvsarbetade.

Tabell 3. Redovisar medelvärdet och standaravvikelse (SD) i de 5 hälsodimensionerna och medelvärde och SD för VAS från EQ-5D-5L vid studiestart och avslut, n=20.

Dimension*	Före interventionen	Efter interventionen	P
	Medel (SD)	Medel (SD)	
Rörlighet	2,8 (1,2)	2,7 (1,0)	i.s.
Hygien	2,4 (1,0)	2,0 (1,1)	i.s.
Aktivitet	3,2 (1,0)	3,1 (1,3)	i.s.
Smärta	3,4 (1,0)	3,3 (1,1)	i.s.
Oro	3,7 (1,0)	2,9 (1,3)	<0,05
VAS ^a	45,5 (23,5)	53,0 (26,5)	i.s.

* lägre värden=inga problem, högre värden=svåra problem, skala 1-5.

^a låg skattning=dålig allmän hälsa, hög skattning=god allmän hälsa, skala 0-100.

i.s.=icke signifikant

Resultatet från EQ-5D-5L visade att fyra av hälsodimensionerna inte visade några signifikanta förändringar. I den femte dimensionen, oro, uppmättes en signifikant förbättring. VAS-skattningen visade ett högre värde efter interventionen, dock icke signifikant, tabell 3.

Studiepopulationens medelvärde för KASAM var före intervention 54,0 (SD 10,0) och efter interventionen 48,0 (SD 10,3), skillnaden var signifikant ($p < 0,05$).

Tabell 4. Redovisar vårdkonsumtion, det vill säga kontakt via telefon eller patientbesök hos vårdgivare 3 månader före och 3 månader efter avslutad intervention, n=20.

Vårdkonsumtion	Min-max	Medel (SD)*
Före intervention	1-17	6,8 (4,9)
Efter intervention	0-7	1,5 (1,6)

*= Standardavvikelse

Vårdkonsumtionen var lägre under de tre månader detta kartlades efter interventionen i jämförelse med tre månader före interventionen, tabell 4. Denna skillnad var signifikant, $p \leq 0,000$. Deltagarna kunde under pågående intervention parallellt fortsätta med planerad utredning eller behandling.

Diskussion

Studien syftade till att undersöka om interventionen kunde påverka livskvalitet mätt med EQ-5D-5L, känsla av sammanhang mätt med SOC-13, samt vårdkonsumtion hos ofrivilligt migrerade. EQ-5D-5L visade ingen förbättring i fyra av dimensioner, inte heller i VAS, medan den femte dimensionen, oro, visade en signifikant förbättring. KASAM-värdet sjönk efter interventionen, detta från ett KASAM-värde som redan vid interventionens start måste anses lågt (34). En förklaring till ovanstående resultat kan vara att populationen genom interventionen fått ökad förståelse för sin utsatta situation. En tidigare studie från Sverige med migranter har visat att ett lågt KASAM-värde är relaterat till bland annat psykologisk stress och ackulturationsstatus (kunskap om Sverige) (35). Några deltagare upplevde svårigheter att fylla i SOC-13-enkäten vilket också kan ha påverkat resultatet.

Resultatet av studien visade även att vårdkonsumtionen, mätt i antal kontakter med hälso- och sjukvården, minskade efter studietiden. En tänkbar orsak kan vara att interventionens teman och övningar i BK kan ha bidragit till en ökad medvetenhet, kunskap och insikt hos deltagarna om kopplingen mellan ackulturationsstress och upplevd ohälsa. Detta stämmer överens med den teori som Berry redovisar, där valet av ackulturationsstrategi kan relateras till individens hälsoupplevelse (12). Även Mollica et al. har funnit att ofrivilligt migrerade söker vård för upplevd ohälsa som ofta uttrycks i somatiska besvär (36). Att mäta vårdkonsumtion måste anses tillförlitligt eftersom det finns ett lagstadgat dokumentationskrav för kontakter inom vården. Samtidigt finns det förstås, trots detta, alltid en risk att vårdgivare inte dokumenter patienters vårdkontakter, vilket skulle innebära en underrapportering.

Interventionen kan antas ha bidragit till ökad förståelse för hur olika faktorer påverkar hälsan, vilket i sin tur medfört minskad oro medan den självskattade smärtan inte påverkades. Smärta var den hälsodimension där deltagarna, näst efter oro, skattade högst värde. Thomtén redovisar i sin avhandling att predisponerade faktorer för varaktig smärta är låg socioekonomisk status, svagt socialt stöd samt inaktiv livsstil (37). I en studie med en frivillig hälsointervention som riktade sig till ofrivilligt migrerade använde Eriksson-Sjöo et al. (38) EQ-5D-3L. Resultatet visade signifikanta förbättringar i de flesta dimensioner efter avslutad intervention. Tänkbara förklaringar till resultatet i Eriksson-Sjöos studie skulle kunna vara att den studiepopulationen hade en kortare vistelsetid i Sverige jämfört med populationen i föreliggande studie. Dessutom hade deltagarna i Eriksson-Sjöos studie en personlig handläggare som tidigt identifierat ohälsa och remitterat till interventionen (38). I föreliggande studie har deltagarna själva sökt sjukvård för ohälsa.

Att beakta vid mätningar med ett generiskt instrument som till exempel EQ-5D-5L och SOC-13 är att dessa bör kompletteras med instrument som är mer specifikt utvecklade för den målgrupp man vill studera (39). Avsaknad av specifika instrument på svenska för denna målgrupp avgjorde valet av de båda generiska instrumenten.

Interventionens innehåll syftade till att förbättra KASAM-värdet vilket inte verifierades av resultatet. Deltagarna uttryckte osäkerhet vid båda mättillfällena om frågornas innebörd och relevans avseende hälsa. Vidare uppgavs att frågorna i SOC-13 var diffusa och att det fanns utrymme för tolkning. Svaren kunde skilja sig åt beroende på om man tog hemlandets eller det svenska perspektivet. Det fanns en uttalad oro och misstanke om att svaren skulle registreras och vara till nackdel för individen. I en grupp uttrycktes att man inte tidigare hade reflekterat över liknande frågor. Projektansvariga fick därför tillsammans med tolken konkretisera och förklara med olika exempel, varför tidsåtgången blev omfattande. Flera deltagare föreföll fylla i slumpmässigt. Cohen et al. (40) är kritiska mot instrumentet då det framkommit blandade resultat i de få studier som genomförts utanför västvärlden. Den arabiska kulturen värderar uthållighet och acceptans av lidande högt i motsats till västvärlden som värderar coping och kontroll av yttre omständigheter (41).

Majoriteten av deltagarna var kvinnor. Andra studier har visat att kvinnor generellt har högre ohälsa än män. Dessutom har kvinnor födda utanför OECD-länderna (Organisation for Economic Cooperation and Development) mycket högre ohälsa än de inom OECD (42, 43). De flesta kvinnorna hade varit hemarbetande i hemlandet. Det finns studier som visat att kvinnor som kommer till ett annat land med andra kvinnoroller kan uppleva det kravfullt och stressande att gå i skolan eller att söka arbete i det nya landet (43).

Urvalet kan ha påverkats av remittenternas tolkning av patientens symtom, lämpliga åtgärder samt inställning till interventionen. Inklusionskriteriet ≤ 5 år i Sverige innebar att remittenten var tvungen att ställa ingående frågor till en redan sårbar målgrupp, vilket kan ha medfört att vårdgivaren avstått från att remittera. De läkare som remitterade direkt till interventionen hade själva invandrarbakgrund vilket kan tolkas som att det fanns förståelse för problematiken. Att somatisera ohälsa med symtom från rörelseapparaten är vanligt (37). Detta kan vara en förklaring till att läkare och sjuksköterskor remitterade till sjukgymnast istället för till interventionen direkt, vilket framgår av antalet remitterade patienter från sjukgymnaster. Samtliga patienter som remitterades till kartläggningssamtal kom till besöket, detta kan förklaras av att en del av patienterna kände sjuksköterskan (R-M MM) sedan tidigare.

Det externa bortfallet kan tolkas som att deltagarna valde bort aktiva, individuella copingstrategier (40, 41). Istället för att delta i interventionen önskade dessa patienter mera omfattande medicinsk utredning eller läkarintyg som kunde befria patienten från såväl aktiviteter som strategier. Brist på tillit och att visa svaghet inför landsmän var andra skäl till att man avböjde. Det interna bortfallet utgjordes av att man inte deltog i alla gruppstillfällen eller att man slutade komma på gruppstillfällena, man hänvisade till familjesituationen och en låg tillit till svensk sjukvård.

Att ha samma tolk till respektive grupp är viktigt av flera skäl. Förutom den språkliga kompetensen, krävs att tolken har en kulturell kompetens för att kunna nyansera kommunikationen. Tolken ansågs vara en nyckelperson för studien i att skapa trygghet och tillit, där tolkens kön också har betydelse, detta kan vara en förklaring till att det var ett litet internt bortfall.

Interventionens innehåll och metod togs fram av projektansvariga (R-M MM, HW) utifrån projektansvarigas erfarenhet från sitt arbete med målgruppen, dessutom togs kontakt med en grupp forskare som arbetat med en liknande studie (38). Studier har visat att social degradering, passivitet, marginalisering och frånvaro av kontroll ökar sårbarheten för psykisk ohälsa och fysisk sjukdom (12, 43). En svaghet i denna intervention var att deltagarnas inställning till förändring och uppfattning om hur hälsoupplevelsen kan påverkas inte har undersökts. I interventionen utgick projektansvariga från att vårdens och deltagarnas hälsostrategier var överensstämmande vilket visade sig inte vara ett korrekt antagande. Det är därför viktigt att identifiera individens ackulturationsstrategi och syn på hälsa och att det multimodala teamet har en medvetenhet om skillnaderna i hälsostrategier mellan vårdprofessionen och deltagarna. Ewless och Simnet (46) anser att vårdgivare inte kan utgå från att patienter är tillräckligt motiverade att göra förändringar i sitt beteende av hälsosamma skäl (35).

Att använda PBL och fallbeskrivningar gjorde att deltagarna bidrog med egna erfarenheter och de lösningsfokuserade frågeställningarna hjälpte deltagarna att reflektera (45). Projektledarnas bestämda uppfattning är att genom att inleda gruppträffarna med BK-övningar blev deltagarna mera fokuserade inför gruppdiskussionerna. BK-övningar bidrog till medveten närvaro, ökad självkänedom och självkänsla (29, 30). Sambandet mellan självkänsla och tron på den egna förmågan att göra livsstilsförändringar är direkt avgörande för beslutet att arbeta med sitt hälsoproblem (47).

Det multimodala teamets sammansättning styrdes av den professionella kompetens som bedömdes vara relevant för målgruppen och innehållet

vid gruppstillfällena. Att ha ett multimodalt arbetssätt kräver praktisk planering både före och vid genomförandet av interventionen.

Konklusion

Hälsoinformation i grupp till ofrivilligt migrerade påverkade endast en av delskalorna i EQ-5D-5L som mäter hälsorelaterad livskvalitet, oro. Studiepopulationen hade vid interventionens start ett lågt KASAM-värde som efter interventionen hade sjunkit ytterligare, detta visar på att det är en sårbar grupp från början som har en komplex problematik. Ett positivt resultat som framkom i studien var att vårdkonsumtionen minskade efter studiens avslut och efter tre månader var vårdkonsumtionen lägre än tremånadersperioden före interventionen. Resultatet visade att det finns ett behov av riktade insatser till ofrivilligt migrerade.

Referenser

1. Hjern, A. Folkhälsorapport. Socialstyrelsen. Västerås: 2009.
2. Norberg, M, & Danielsson, M. Folkhälsorapport. Socialstyrelsen. Västerås: 2009.
3. Persson, G, Boström, G, Sundqvist, J, Sjöberg, I, & Johansson, S. Olika villkor – olika hälsa. En studie bland invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet. Socialstyrelsen. Bohus: 2000.
4. Gadd, M, Johansson, SE, Sundkvist, J, & Wandell, P. Morbidity in cardiovascular diseases in immigrants in Sweden. Ethnicity and health 2000; 5 (2): 137-50.
5. Migrationsverket. Årsredovisning, Migrationsverket 2009. Tillgänglig 2010-11-25, kl. 14.30 via:
www.migrationsinfo.se/migration/sverige
6. Migrationsverket. Asylregler, Migrationsverket 2011. Tillgänglig 2011-04-26, kl. 13:42 via
<http://www.migrationsverket.se/info/443.html>.
7. Socialstyrelsen. Lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Stockholm: 2008:344.
8. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) SFS-nr: 1982:763. Stockholm: 1982.
9. Lindencrona, F, Ekblad, S, Johansson Blight, K. Integration och folkhälsa: en kunskapsöversikt. Integrationsverket. Norrköping: 2005.
10. Enesten, R, Larsson, B. (1992). Flyktingkrisen i teori, praktik och behandling. *Psykisk hälsa*, 3, 182-97.
11. Bayard-Burfield, L, Sundquist, J, Johansson S-E. Ethnicity, self-reported psychiatric illness, and intake of psychotropic drugs in five ethnic groups in Sweden. *Journal of Epidemiology and Community health* 2001; 55 (9): 657-64.
12. Berry, JW. Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations* 2005; 29: 697-712.

13. Lindström, M. Individual self-reported health, social participation and neighbourhood: a multilevel analysis in Malmö, Sweden. *Preventive medicine* 2004; 39 (1):135-141.
14. Pudaric, S. Eldery immigrants, socio-economic status and health. [avhandling] Lund: Lunds universitet; 2002.
15. Naess, S, Mastekaasa, A, Moum, T, Sörensen, T. Livskvalitet som psykisk velvaere. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. *Tidskrift for Den Norske legeförening* 2001;121(16):1940-1944.
16. Henriksson, M, Karlsson, P. Att mäta hälsorelaterad livskvalitet – en beskrivning av instrumentet EQ5D. Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi Linköping. Linköping: 2002.
17. SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering). Viktigt men svårt att mäta livskvalitet. *Vetenskap och Praxis* 2012;1:1-3.
18. Integrationsverket. Nationell samsyn kring hälsa och första tiden i Sverige. Norrköping: Elanders Berlings AB, Malmö; 2004
19. Achat, H, Kawachi, I, Levine, S, Berkey, C, Coakley, E, Colditz, G. Social networks, stress and health-related quality of life. *Quality of life research* 1998; 7: 735-50.
20. PromCenter. Instrument som mäter generell hälsorelaterad livskvalitet (HRQoL)
<http://www.promcenter.se/sv/generella-instrument/> 2013-06-14.
21. Herdman, M, Gudex, C, Lloyd, A, Janssen, MF, Kind, P, Parkin, D, et al. Development and preliminary testing of the new 5-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research*. 2011 Dec;20(10):1727-36. doi: 10.1007/s11136-011-9903-x. Epub 2011 Apr 9.
22. Antonovsky, A. Hälsans mysterium. Finland: WS Bookwell; 2007.
23. Eriksson, M, Lindström, B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Epidemiology Community Health* 2005; 59: 460-66.

24. Gerdle, B, Stålnacke, BM, Söderlund, A, Åsenlöf, P. Multimodal rehabilitering vid smärta alltför lågt prioriterad. *Läkartidningen* 2011; 11: 580-81.
25. SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering). Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: 2006.
26. SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering). Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: 2010.
27. Silén, C, Hård av Segerstad H. *Texter om PBL- teori, praktik, reflektioner*. Centrum för undervisning för undervisning och lärande. Linköping: 2001.
28. Tingström, P, Kamwendo, K, Berdahl, B. Effects of problem based learning, rehabilitation programme on quality of life in patients with coronary artery disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2005; 4: 324-30.
29. Roxendahl, G, Winberg, A. *Levande människa - basal kroppskänedom för rörelse och vila*. Elander Gummessons, Falköping 2003.
30. Malmgren-Olsson, E-B. *Hälsoproblem och behandlingseffekter hos patienter med ospecifika muskulära smärttillstånd i primärvården. En jämförelse mellan Basal Kroppskänedom, Feldenkrais och Individuell Sjukgymnastik*. [avhandling] Umeå: Umeå universitet; 2002.
31. Mattsson, M. *Body Awareness – application in physiotherapy*. . [avhandling] Umeå: Umeå universitet; 1999.
32. Grahn, B. *Quality of life, Motivation and costs in multidisciplinary occupational rehabilitation. A prospective controlled two-year study in patients with prolonged musculoskeletal disorders*. [avhandling] Lund: Lunds universitet; 1999.
33. Rosberg, S. *Kropp, varande och mening i ett sjukgymnastiskt perspektiv*. [avhandling] Göteborgs universitet: 2000.
34. Langius, A, Björvell, H. Den salutogena modellen och användning av KASAM formuläret i omvårdnadsforskning- en metodredovisning. *Vård i Norden* 1996; 16: 28-32.

35. Sundquist, J, Bayard-Burfield, L, Johansson, LM, Johansson, S-E. Impact ethnicity, violence and acculturation displaced migrants: psychological distress and psychosomatic complains among refugees in Sweden. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2000; 188 (6): 357-65.
36. Mollica, RF, Kirschner, KE, Ngo-Metzger, Q. (2011) Post-migration stress, i.e. events that cause stress after arrival in the host country. "The mental health challenges of Immigration". *Oxford Textbook of Community Mental Health*. Oxford University Press, Oxford: 2011. sid. 95-103.
37. Thomtén, J. Pain among woman: prospectiv population studies from a biopsychosocial perspective on pain. [avhandling] Östersund: Mitt universitetet universitet; 2012.
38. Eriksson-Sjö, T, Cederberg, M, Ösman, M, Ekblad, S. Quality of life and health promotion intervention-a follow up study among newly- arrived Arabic speaking refugees in Malmo Sweden. *International Journal of Migration, Health and Social care* 2012; 8 (3): 112-26.
39. Burström, K. Hälsorelaterad Livskvalitet mätt med EQ-5D. – Beskrivning av instrumentet samt resultat från en befolkningsundersökning i Stockholms län. Stockholm: Katarina Tryck AB; 2002.
40. Cohen, O, Savaya, R. Sence of coherence and adjustment to divorce among Muslim Arab citizens of Israel. *European Journal of Personality* 2003; 17: 309-26.
41. Haj –Yahia. Toward culturally sensitive intervention with Arab families in Israel. *Contemporary Family Therapy* 1995; 17 (4): 429-447.
42. Socialstyrelsen. Självrapporterad hälsa hos personer med utländsk bakgrund – underlag till samlad redovisning av integrationspolitikens resultat. Stockholm: 2007
43. Akhavan, S. The health and working conditions of female immigrants in Sweden. [avhandling] Karolinska institutet, Stockholm: 2006.

44. Westermeyer, J, Bouafuely, M, Neider, J, Callies, A. Somatization among refugees: an epidemiologic study. *Psychosomatic* 1989; 30 (1): 34-43.
45. Ewles, L, Simnett, I. *Hälsoarbete – en praktisk vägledning*. Lund: Studentlitteratur; 2005.
46. Langeland, E, Wahl, KA, Kristoffersen, K, Hanestad, R, B. *Promoting coping: Salutogenesis among people with mental health problems*. *Mental Health Nursing* 2007; 28: 275-95.

Kartläggningssamtal

1. **KÖN:** _____
 2. **CIVILSTÅND:** _____
 3. **ÅLDER:** _____
 4. **FAMILJ (lever med/utan):** _____
 5. **ANKOMSTÅR TILL SVERIGE:** _____
 6. **PERMANENT UPPEHÅLLSTILLSTÅND:** _____
 7. **BOENDESITUATION (trygghet, nöjdhet):** _____
 8. **UTBILDNINGSBAKGRUND:** _____
 9. **RÖKARE:** _____
 10. **ALKOHOL:** _____
 11. **SÖMN (kvalitet):** _____
 12. **ORSAK TILL VÅRDKONTAKT** _____
 13. **PÅGÅENDE AKTIVITET:**
Arbete: _____ Studier: _____ Annat: _____
 14. **SOCIALT NÄTVERK: (Föreningsliv, Kultur, Sportaktiviteter, Religionsutövning)**

 15. **KONTAKT MED HEMLANDET**
(för/nackdelar): _____
 16. **LIVSRUMMET (sammanhang)**
Förr: _____
Nu: _____
 17. **HÄLSOSTRATEGI (för symtombild):**

- Vad tycker du behövs för att förbättra din hälsa? _____
18. **KOPPLING OHÄLSA OCH LIVSRUMMET (individens uppfattning):** _____

19. INSTÄLLNING TILL INTERVENTION (deltagande):

20: GRUPPKONSTELLATIONENS BETYDELSE

(sammansättning. och stigmatisering):

21. KOSTNADENS BETYDELSE: _____

Förteckning över rapporter utgivna av FoU-enheten för Närsjukvården, Östergötland, ISSN 1102-3805

Kan beställas via e-post: Fragelada_NS_FoU@lio.se, enstaka exemplar skickas utan kostnad. Rapporterna finns också som PDF-filer på vår hemsida: www.lio.se/fou

Psykossjukdom ökar risken för metabolt syndrom – intervention för en hälsosammare livsstil

Författare: *Berit Gustavsson Dahlgren, Lena Emilsson, Tommy Holmberg, Anna-Carin Jonsson, Jane Wennberg, Anniqa Foldemo, 2013:4*

Utvärdering av samtalsbehandling i primärvården – effekter av behandlingen

Författare: *Rolf Holmqvist, Anniqa Foldemo, 2013:3*

Hälsosamtal – Ett föräldracentrerat arbetssätt på Barnavårdscentral med stöd av Hälsokurvan

Författare: *Margareta Smedberg*
Handledare: *Susan Wilhelmsson*
2013:2

Vårdkonsumtion och vårdkostnader för patienter i Dialektisk beteendeterapi – före, under och efter behandling av personer med Borderline personlighetsstörning

Författare: *Ingrid Falklöf, Birgith Ledström, Annica Lundin, Mikael Åkeberg, Tommy Holmberg, 2013:1*

Uppföljning av Ungdomshälsan

Författare: *Eva-Lena Fredriksson, Lena Rosengren, Tommy Holmberg, Anniqa Foldemo, 2012:3*

Ambulatorisk blodtrycksmätning på vårdcentral

Författare: *Marie Ålholm Beijer, 2012:2 ST*

Vad gör vi på jobbet? En deskriptiv studie om arbetstidens innehåll på en vårdcentral

Författare: *Eva Anskär, 2012:1*

Mindfulness för patienter med psykisk ohälsa – uppföljning av behandlingseffekter inom primärvården

Författare: *Karin Hulting, Tommy Holmberg, 2011:3*

Många äldre har biverkningar av simvastatin

Författare: *Fadi Chedid, 2011:2 ST*

Att upptäcka KOL i tidigt skede på en vårdcentral genom en enkät i väntrummet

Författare: *Ragnhild Tunehag, 2011:1 ST*

Smärtbedömningsinstrument vid demenssjukdom – En litteraturstudie

Författare: *Pernilla Malmfors, 2010:2*

Förekomst av riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom hos medelålders östgötar – En delrapport från studien Livsvillkor, Stress och Hälsa

Författare: *Hélène Ottosson, Anna-Karin Schöld, Margareta Smedberg, 2010:1*

Modell för uppföljning av sjuklighet, medicinska resultat samt vårdkonsumtion och dess kostnader

Författare: *Ann-Britt Wiréhn, Agneta Andersson, 2009:3*

Samtalsbehandling hos primärvårdskurator – utvärdering av behandlingseffekter vid psykisk ohälsa

Författare: *Marie Sköld, Tommy Holmberg, 2009:2*

Vägledad självhjälp vid depression – En pilotstudie av internet- och telefonbaserad kognitiv beteendeterapi inom primärvården

Författare: *Jonas Almlöv, Anniqa Foldemo, 2009:1*

Zebromodellen – rehabilitering för patienter med stressrelaterade besvär

Författare: *Eleonor Sandbladh, Eva Fahlgren, 2008:4*

Hemsjukvård i samverkan för äldre med komplexa vård- och omsorgsbehov

Författare: *Anita Althén, Gunilla Ivarsson, Susanne Kjellberg, Susan Wilhelmsson, Agneta Andersson, 2008:3*

Klamydiapartnerpårningen går snabbare med egenprovning i hemmet – en öppen klusterrandomiserad kontrollerad studie från två STD-mottagningar

Författare: *Sabina Malkoc, Daniel Wilson. 2008:2*

Förbättrad självbild efter sjukgymnastikbehandling vid långvarig smärta och stressymtom

Författare: *Ewa Busch, Lotta Ring, 2008:1*

Provtagning ur perifer venkateter (PVK) den största orsaken till hemolys – en studie vid Akutmottagningen, Närsjukvården i Östra Östergötland

Författare: *Titti Peltonen, Karin Wallin, 2007:5*

Hur upptäcker man patienten med sömnapné?

Författare: *Maud Holmgren, 2007:4*

Själen i primärvården – psykisk ohälsa hos unga vuxna och deras upplevelser av vården

Författare: *Lisbeth Börelius, Anniqa Foldemo, Tommy Holmberg, Anna-Karin Schöld, Lars-Håkan Thorell, Rita Ylikivelä, 2007:3*

Närståendes delaktighet i den psykiatriska vården – en enkätundersökning i Östergötland 2006

Författare: *Gun Johansson, Agneta Eliason, Sven Löbu, Tommy Holmberg, 2007:2*

Att införa ett interventionsprogram för barn med övervikt är lättare sagt än gjort!

Författare: *Ann-Charlotte Tunemar, Anna-Karin Schöld, 2007:1*

Astma- och KOL-vården i Östergötland – en kartläggning baserad på nationella riktlinjer

Författare: *Siw Carlford, Malou Lindberg, 2006:4*

Vad kan Sverige lära av Fastlegeordningen i Norge?

Författare: *Lars Borgquist, Ing-Marie Hallgren, Sven Engström, 2006:3*

Dessutom finns ett stort antal rapporter som utkommit i tidigare rapportserier under åren 1989 och framåt. Hör gärna av dig till oss på FoU-enheten om du vill fråga om dessa.

Författare:

Rose-Marie Mossberg-Maghsoudi

Leg. sjuksköterska

Rehab Öst, Cityhälsan Söder, NSÖ

Landstinget i Östergötland

E-post: rose-marie.mossberg-maghsoudi@lio.se

Hanna Waldemarson

Leg. sjukgymnast

Rehab Öst, Cityhälsan Söder, NSÖ

Landstinget i Östergötland

E-post: hanna.waldemarson@lio.se

Handledare:

Malou Lindberg

FoU-handledare

FoU-enheten för närsjukvården i Östergötland

Landstinget i Östergötland

E-post: malou.lindberg@lio.se

Susan Wilhelmsson

FoU-handledare

FoU-enheten för närsjukvården i Östergötland

Landstinget i Östergötland

E-post: susan.wilhelmsson@lio.se

