



UPPSALA  
UNIVERSITET



Region Uppsala

*Strengths and Difficulties Questionnaire  
och  
Refugee Health Screener -*

*Klinisk användbarhet bland asylsökande och nyanlända barn  
och ungdomar i primärvården*



**Författare:**

Kajsa Ådahl

Hanna Rask

Anton Dahlberg

Anna Sarkadi

Ett stort tack till alla patienter på Cosmos som har deltagit i studien och tagit sig tid att fylla i enkäter. Tack också till all personal på Cosmos, för ert tålmodiga arbete under processen av implementering på mottagningen. I synnerhet vill vi rikta ett tack till Eleonor Arén, Lina Karlsson, Magnus Josefsson och Gun Andersson för ert engagemang i både datainsamling och denna rapports tillblivelse. Utan era insatser hade denna studie inte gått att genomföra.

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** De senaste åren har antalet asylsökande i Sverige ökat kraftigt vilket lett till nya utmaningar för den svenska sjukvården, speciellt inom området psykisk ohälsa. Uppdrag Psykisk Hälsa på SKL såg därför ett behov av att hitta nya metoder att identifiera psykisk ohälsa bland asylsökande och nyanlända. Hälsa och habilitering i Region Uppsala fick uppdraget att göra en forskningsstudie och den utfördes på Asyl- och Integrationshälsan Cosmos, i samarbete med forskargruppen CHAP, på Uppsala Universitet.

**Syftet** med studien var att undersöka om de två screeningformulären Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) och Refugee Health Screener (RHS) var kliniskt användbara för att identifiera psykisk ohälsa bland asylsökande och nyanlända barn och ungdomar i samband med hälsoundersökning eller vid ordinarie vårdbesök inom primärvården.

**Metod:** SDQ, som är ett väl utvärderat formulär för att identifiera beteendemässiga svårigheter hos barn, användes tillsammans med kompletterande frågor om trauma för att fånga upp barn som lider av beteende- och emotionella problem samt symtom på posttraumatisk stress. Formuläret delades ut till föräldrar till barn 2–6 år.

RHS, som är avsett att screena unga och vuxna flyktingar för symtom på psykisk ohälsa, testades i studien på ungdomar 14–18 år. Här lades traumascreeningsformuläret CRIES-8 till, för att ge möjlighet att se hur ungdomar med traumasymtom svarar på RHS. Formulären fylldes i på iPad och både ungdomar på mottagningen och ute på HVB-hem deltog i studien.

Screeningformulären implementerades och utvärderades inom ramen för verksamheten på Asyl- och Integrationshälsan Cosmos under ca 10 månader. Parallellt gjordes även utvärderingar med ungdomar, föräldrar och personal för att få en bild av hur användbara formulären var.

**Resultat:** Totalt undersöktes 60 barn i åldern 2–6 år med SDQ och medelvärdet låg på 9,59 (av 40 möjliga), vilket är högre än det svenska genomsnittet för förskolebarn. Resultaten tyder också på att formuläret är tillförlitligt och att föräldrarna förstått frågorna (Cronbachs  $\alpha = 0,82$ ). Endast nio föräldrar skattade att deras barn varit med om ett trauma. För dessa barn fanns det en signifikant korrelation mellan poängen på SDQ och antalet traumasymtom ( $r=0,28$ ,  $p=<0,05$ )

Utvärderingarna visade att SDQ uppskattades av både patienter och personal, som beskrev att formuläret bidrog till en mer fördjupad diskussion, och bättre bedömning än tidigare.

Av de 29 RHS-formulär som samlades in hade 21 personer (72%) över cut-off (11 poäng), av dessa hade 16 personer poäng som tydde på svåra psykiska symtom ( $\geq 25$  poäng). Medelvärdet var 23,4 poäng, vilket är jämförbart med medelvärdet från studien av Bjärtå et al. i Östersund på vuxna flyktingar. Precis som i Östersundsstudien, var det betydligt vanligare med  $\geq 25$  poäng (71%) bland dem som inte fått uppehållstillstånd, jämfört med bland dem som har fått uppehållstillstånd (33%). Medelvärdet bland de ensamkommande ungdomarna var 31,1 poäng, medan det bland övriga ungdomar var 10,9 poäng. Respondenternas svar på RHS hade en tydlig korrelation med de poäng de fick på CRIES-formuläret.

RHS fick ett mer blandat mottagande av personalen, där administreringen upplevdes som krångligare eftersom formulären fylldes i på iPad. Även här framkom dock att frågorna i formuläret kunde vara en bra grund för samtal kring psykisk ohälsa.

Personalen beskrev också att en viktig del av implementeringen var att alla på arbetsplatsen fick information om hur och varför formulären skulle användas för att få arbetet att fungera smidigt i den kliniska verksamheten.

**Slutsatsen** är att både SDQ och RHS är användbara verktyg för personalen inom primärvården när det gäller att identifiera psykisk ohälsa. Barn som kommit som asylsökande eller flyktingar till Sverige uppvisade mer beteende- och emotionella problem än barn i samma åldersgrupp som bor i Sverige. Liksom tidigare studier visar även våra siffror att ensamkommande barn är en särskilt utsatt grupp med hög förekomst av svår psykisk ohälsa. Samtal med formulären som grund har visat sig ge en tydligare bild av barnens och ungdomarnas psykiska hälsa än tidigare. De båda formulären har också visat sig vara tillförlitliga, vilket tyder på att respondenterna förstått frågorna. Båda formulären finns översatta till ett stort antal relevanta språk och har etablerade gränsvärden för vidare hänvisning. Således bör man kunna introducera dessa i relevanta verksamheter omgående. Samtidig är det viktigt att notera att det krävs ett grundligt implementeringsarbete för att förankra arbetet med formulären hos personalen och få det att bli en naturlig del av verksamheten. Viktigast här tycks vara stöd från ledningen i samband med införandet, att lokala rutiner etableras tillsammans med hela personalgruppen, samt att utarbeta beslutsstöd med koppling till lokala aktörer för vidare hänvisning beroende på fynden i formulären.

<b>SAMMANFATTNING.....</b>	<b>3</b>
<b>BAKGRUND .....</b>	<b>7</b>
BARN MED PSYKISK OHÄLSA .....	7
UTMANINGAR VID VÅRD AV PSYKISK OHÄLSA FÖR ASYLSÖKANDE OCH NYANLÄNDA BARN .....	7
UPPDRAG FRÅN SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING.....	8
<b>SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....</b>	<b>8</b>
<b>METOD OCH MATERIAL .....</b>	<b>8</b>
DELTAGARE.....	8
MÄTINSTRUMENT .....	9
<i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> .....	9
<i>Traumascreeing</i> .....	9
<i>Refugee Health Screener</i> .....	10
<i>Children's Revised Impact of Event Scale</i> .....	10
<i>Fokusgruppintervjuer</i> .....	11
PROCEDUR.....	11
<i>SDQ+ Traumaformulär</i> .....	11
<i>RHS+CRIES</i> .....	11
IMPLEMENTERING .....	11
ANALYS AV FOKUSGRUPPSINTERVJUER.....	12
ETISKA ASPEKTER .....	13
<b>RESULTAT.....</b>	<b>13</b>
SDQ.....	13
<i>Traumascreeing</i> .....	15
UTVÄRDERINGSENKÄT FÖRÄLDRAR.....	16
UTVÄRDERINGSENKÄT PERSONAL .....	16
FOKUSGRUPPSINTERVJUER MED PERSONALEN ANGÅENDE SDQ .....	16
RHS .....	20
<i>Kvantitativa resultat</i> .....	20
<i>Utvärderingsenkät personal</i> .....	22
<i>Fokusgruppintervju med personalen angående RHS</i> .....	22
<b>DISKUSSION.....</b>	<b>24</b>
KLINISK ANVÄNDBARHET OCH IMPLEMENTERING.....	24
FÖREKOMST AV PSYKISK OHÄLSA I DE UNDERSÖKTA BARNGRUPPERNA.....	25
<i>Barn 2-6 år</i> .....	25
<i>Ungdomar 14-18 år</i> .....	26
FRAMTIDA PERSPEKTIV .....	27
<b>SLUTSATSER.....</b>	<b>27</b>
<b>REFERENSER.....</b>	<b>28</b>
<b>BILAGA 1 .....</b>	<b>30</b>

<b>BILAGA 2</b> .....	<b>31</b>
<b>BILAGA 3</b> .....	<b>32</b>
<b>BILAGA 4</b> .....	<b>34</b>
<b>BILAGA 5</b> .....	<b>36</b>
<b>BILAGA 6</b> .....	<b>37</b>
<b>BILAGA 7</b> .....	<b>38</b>
<b>BILAGA 8</b> .....	<b>39</b>

## BAKGRUND

Mellan 2014 och 2016 kom 273 117 asylsökande till Sverige. Av dessa var 104 403 barn. De fyra vanligaste ursprungsländerna, Syrien, Irak, Afghanistan och Somalia (1), har alla gemensamt att krig och våld på många håll varit en närvarande del i människors vardag.

Ett stort antal av de asylsökande och nyanlända som kommit till Sverige har alltså sett och varit med om krig, våld, separationer och andra traumatiska händelser, som utgör riskfaktorer för att utveckla psykiska besvär. Enligt Socialstyrelsen lider 20–30 procent av asylsökande och nyanlända av psykisk ohälsa och problemen varierar från depressiva besvär och ångestproblematik till posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) (2). En annan riskfaktor för psykisk ohälsa är dåliga psykosociala förhållanden, någonting som inte sällan förekommer i denna grupp, då familjekonstellationer splittrats eller förändrats och relationer mellan anhöriga kan vara ansträngda. Den ovisshet som uppkommer under en utdragen asylprocess med osäker utgång, är ytterligare en faktor som kan påverka den psykiska hälsan.

### Barn med psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa hos barn kan vara svårare att identifiera då symtomen ofta tar sig andra uttryck än hos vuxna. Anledningar till detta är att barn inte alltid kan kommunicera sina känslor, de kan ofta inte söka vård på egen hand och de psykiska problemen leder många gånger snarare till beteendestörningar än de klassiska symtomen, som finns med bland kriterierna vid diagnosticering av vuxna. Barn är också i en högre grad beroende av familj och anhöriga för att få stöd och bearbeta sina känslor, vilket i en flyktingsituation inte alltid är möjligt (3).

Det är samtidigt särskilt viktigt att identifiera psykisk ohälsa hos barn då det kan störa den normala utvecklingen och för nyanlända försvåra integrationen i det svenska samhället (4,5).

### Utmaningar vid vård av psykisk ohälsa för asylsökande och nyanlända barn

I december 2015 gav Sveriges regering Socialstyrelsen i uppdrag att göra en ”fördjupad analys av hälso- och sjukvårdens inklusive tandvårdens möjligheter och utmaningar när det gäller att tillhandahålla vård till asylsökande och nyanlända.” Socialstyrelsen har i sin slutrapport (6) utgiven i oktober 2016, redogjort för hur den svenska sjukvården i många fall har svårt att fånga upp och behandla asylsökande och nyanlända med psykiatrisk problematik och då framförallt barn. De största utmaningarna man finner är de stora vårdbehoven, bristande tillgång till vård på lika villkor, bristande samverkan mellan olika verksamheter och bristfällig kompetens gällande traumavård och transkulturell psykiatri. För barnen står Barn- och Ungdomspsykiatri (BUP) för specialistkompetensen men har inte tillräcklig kapacitet för att ta hand om alla dessa barn. Man påtalar i Socialstyrelsens rapport vikten av att ha en första linje i primärvården och en samverkan mellan Barnhälsovården (BVC), elevhälsan, BUP och primärvården för att på bästa sätt ta hand om dessa barn. I andra studier som genomförts av bland annat Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har det också visats att det i Sverige idag finns begränsat antal strukturerade arbetssätt och instrument för att identifiera psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända. Det saknas även rutiner för hur psykiska ohälsa ska hanteras efter att den identifierats (4,5).

## Uppdrag från Sveriges Kommuner och Landsting

Med bakgrund av detta har Uppdrag psykisk hälsa” vid SKL gett Hälsa och Habilitering i Region Uppsala uppdraget att genomföra en forskningsstudie för att utveckla arbetssätt och att ta fram nya effektiva metoder för att tidigt identifiera psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända. En överenskommelse slöts i december 2016 mellan SKL och Hälsa och habilitering Region Uppsala där regionen fick i uppdrag att genomföra studien.

Cosmos Asyl- och integrationshälsan i Uppsala (hädanefter refererad till som Cosmos) har sedan utfört studien i samarbete med forskargruppen CHAP (Child Health And Parenting) vid Uppsala Universitet. Cosmos och CHAP har i sin tur kommit överens om att dela upp projektet i olika delar med fokus på olika åldersgrupper.

De åldersgrupper som varit aktuella i studien är barn 2 till och med 6 år, då dessa barn kan följas upp via BVC, respektive ungdomar mellan 14-18 år.

## SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Studiens syfte är att undersöka om de två screeningformulären Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) och Refugee Health Screener (RHS) är kliniskt användbara för att identifiera psykisk ohälsa bland asylsökande och nyanlända barn och ungdomar i samband med hälsoundersökning eller vid ordinarie besök inom primärvården. Delsyften är:

1. Att ta reda på hur man skulle kunna utveckla eller förändra arbetet med formulären för att använda dem inom den kliniska verksamheten.
2. Att ta reda på hur barn 2-6 år och ungdomar 14-18 år i denna subpopulation mår psykiskt.
3. Att beskriva och utvärdera implementeringsarbetet.

## METOD OCH MATERIAL

### Deltagare

Den första gruppen deltagare utgjordes av föräldrar till barn mellan 2 och 6 år, som kommit till Cosmos asyl- och integrationshälsa för hälsoundersökning. Av dessa erbjöds samtliga att fylla i SDQ-formuläret. Inga särskilda inklusions- eller exklusionskriterier användes förutom föräldrarnas eget medgivande.

Varje förälder fick information om formuläret och om att deras deltagande var frivilligt och anonymt. För varje formulär som fylldes i samlade personalen in deskriptiva bakgrundsdata i form av barnets kön, ursprungsland, barnets ålder, boendesituation i Sverige och migrationstyp (anknytningsflykting/asylsökande/kvotflykting/annat).

Bland alla barn mellan 2 och 6 år, som kom till Cosmos för en hälsoundersökning under insamlingsperioden, har man rapporterat elva barn för vilka inget formulär fylldes i. I sju av dessa fall berodde detta på att formuläret inte fanns översatt på föräldrarnas språk (bengali, pashto, tigrinja, kurmanji). En målsman tackade nej, och i ett fall var barnet gravt sjukt. I övriga fall utgjorde praktiska omständigheter, som tidspress, ett hinder.

Den andra gruppen deltagare utgjordes av ungdomar 14-18 år. Här testades formuläret Refugee Health Screener (RHS) i kombination med formuläret CRIES-8 (Children's Revised Impact of Event Scale). Deltagarna bestod dels av patienter som kom till Cosmos för hälsosamtal, dels av



ungdomar på HVB-hem respektive ett språkcafé, i Uppsala, dit personalen på Cosmos åkte ut och erbjöd ungdomarna att screena sig.

## Mätinstrument

### Strengths and Difficulties Questionnaire

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) är ett frågeformulär som består av 25 items och används för screening av barns psykiska hälsa. Frågorna är indelade i de fem olika kategorierna; uppförandeproblem, emotionella symptom, hyperaktivitet, kamratrelationsproblem och prosocialt beteende. Formuläret är utformat för att fyllas i av föräldrar och/eller lärare till barn 2–17 år, och maxpoäng för svårigheter är 40 poäng.

I slutet av formuläret fanns även en avslutande fråga, där föräldern skattar sammantaget hur stora svårigheter barnet har.

Formulärets främsta fokus ligger på emotionella problem och beteendeproblem samt kamratrelationer. Höga svårighetspoäng på formuläret ska tyda på hög risk för psykiatriska problem, vilket motiverar vidare utredning (7).

SDQ finns i olika versioner för olika åldersgrupper, med mindre variationer i hur frågorna är formulerade. I denna studie användes versionen p4-17 för att möjliggöra jämförelse med andra svenska studier där man använt denna version. Det var också den version som fanns översatt till de språk som behövdes och som testats mest psykometriskt.

I den här studien användes formuläret på språken svenska (se bilaga 1), engelska, arabiska, dari, farsi, sorani och somaliska, vilka laddades ner från den officiella hemsidan [www.sdqinfo.org](http://www.sdqinfo.org).

### Traumascreeing

Eftersom det för just denna grupp barn är vanligt förekommande med anamnes på trauma och därför även PTSD, har det till denna studie tagits fram en mer traumaspecifik komplettering till SDQ (8–10). Ett stort urval av etablerade traumaspecifika formulär finns sedan tidigare, men då formuläret behövde fungerade för självskattning och därför vara kort och enkelt, och på samma gång anpassat för barn i förskoleåldern, var det många av dessa som föll bort.

Sedan 2004 finns ett screeningverktyg för PTSD med namnet PC-PTSD (Primary Care PTSD Screen) för vuxna, enbart innehållande fyra frågor, vilket trots dess korthet visat goda egenskaper i både sensitivitet och specificitet för diagnosen. Det uppdaterades 2016 till nya diagnoskriterier för PTSD, och består nu av fem traumasymptom-frågor, samt ett traumakriterium. Detta formulär användes som inspiration för framtagande av ett nytt screeningsformulär på traumasymptom hos barn (11, 12).

Frågornas formuleringar i det framtagna formuläret togs i huvudsak från screeningverktyget CPSS (Child PTSD Symptom Scale) som visat sig ha goda psykometriska egenskaper (13) och vars frågeformuleringar är anpassade för barn, till skillnad mot PC-PTSD-formuläret. Urvalet av frågor baserades på de DSM-5 kriterier för PTSD hos barn upp till 6 år, som visat sig vara vanligaste förekommande hos barn i denna ålder.

Traumascreeing bestod av ett traumakriterium och därefter sex frågor om traumasymptom. Kriteriet utgjordes av en Ja/Nej-fråga ifall barnet i fråga varit utsatt för någon typ av allvarlig händelse, med exempel på typ av händelser som kvalificeras som allvarliga (dvs trauma). Ifall svaret var ”nej” kunde resterade frågor om traumasymptom hoppas över.

Traumasympptomscreeningen bestod sedan av sex Ja/Nej-frågor gällande barnets beteende den senaste månaden. Ifall det kryssades ”Ja” på fyra eller fler av dessa sex frågor rekommenderades personalen att se till att barnet följdes upp med tanke på potentiell PTSD (se bilaga 2) Trauma-delen fanns på baksidan av SDQ-formuläret och var översatt till samma språk som SDQ. Översättningarna beställdes av företaget Semantix.

### Refugee Health Screener

Refugee Health Screener-15 (RHS-15) är ett formulär som utvecklats för att upptäcka psykiska besvär bland flyktingar från 14 år och uppåt. Instrumentet ska identifiera symptom på ångest, depression och posttraumatisk stress och har visat sig ha goda psykometriska egenskaper. Det kan användas både som självskattningsformulär och administreras av en kliniker, vilket är viktigt när det gäller flyktingar med bristande läs- och skrivkunskaper. Andra fördelar är att instrumentet utvecklats med flyktingar från flera olika språkgrupper (14).

RHS-15 har 13 frågor som fokuserar på symptom, en som fokuserar på coping och en ”besvärstermometer”. Instruktionerna för symptomfrågorna är ”Ange i skalan vid varje symptom i vilken grad symtomet har besvärat dig den senaste månaden”. Möjliga svar är 0-4, där 0 är ”inte alls” och 4 ”i mycket hög grad”. Det finns även en visuell skala med flaskor som är olika fyllda. Eftersom många flyktingar som fyllt i RHS-15 upplevt de två sista frågorna som komplicerade och tidskrävande att besvara har formuläret testats med enbart de 13 symptomfrågorna, och visat sig fungera väl både med avseende på skalans sensitivitet och specificitet (15). Det nedbantade formuläret har därför fått namnet RHS-13 (se bilaga 3), och är den version som använts i den här studien. För RHS-13 ligger cut-off på  $\geq 11$  poäng av 52 möjliga.

Att endast använda sig av en cut-off på 11 poäng har gett en ganska grov uppfattning av psykiska besvär och till skillnad från många andra screeninginstrument, som till exempel MADRS, har RHS saknat en differentiering som skulle kunna ge en fingervisning om det rör sig om lätta, måttliga eller svåra problem.

I studien *Assessing severity of psychological distress among refugees with the Refugee Health Screener*, av Bjärtå et al. har man därför testat RHS på drygt 500 asylsökande, tillsammans med validerade instrument, och utifrån dessa resultat gjort en differentiering av cut-off där  $\geq 11$  poäng motsvarar lättare psykiska symptom,  $\geq 18$  moderata psykiska symptom och  $\geq 25$  poäng svåra psykiska symptom (16).

I samband med RHS har det även funnits en rad demografiska bakgrundsfrågor. Dessa har gällt bland annat ålder, kön, nationalitet, boende, utbildning, uppehållstillstånd, vistelsetid i Sverige och om ungdomen kommit ensamma eller med familj (se bilaga 4).

### Children’s Revised Impact of Event Scale

CRIES-8 är ett kort självskattningsformulär som är avsett för barn 8-18 år och mäter symptom på PTSD (se bilaga 5). Formuläret har åtta frågor som reflekterar återupplevande och undvikande, två av de viktigaste symptomen på trauma. De åtta frågorna har fyra svarsalternativ: aldrig, sällan, några gånger och ofta, som ger 0,1,3 respektive 5 poäng. Maxpoängen för CRIES-8 är alltså 40 poäng och en cut-off har beräknats till  $\geq 17$  poäng.

CRIES-8 har både god validitet och reliabilitet (17) och har också visat sig ha god intern konsistens när det använts i en studie bland över 200 ensamkommande flyktingbarn (18).

Utvärderingsenkäter

För att kunna se på den kliniska användbarheten av formuläret fick både föräldrarna och personalen besvara en utvärderingsenkät med frågor angående formulärets användbarhet, relevans och ifall formuläret var enkel att förstå. Frågorna besvarades på en tre-stegsskala (Stämmer inte – stämmer delvis – stämmer helt) med möjlighet att lämna övriga kommentarer (se bilaga 2). Föräldrarnas utvärdering fanns på baksidan av SDQ-formuläret översatt till samma språk som SDQ, beställt från Semantix.

Utvärderingen för personalen bestod av samma typ av enkät som föräldrarna fyllde i, men här med större betoning på egna kommentarer. Efter hand kom ett önskemål från SKL, varför ytterligare en fråga angående ifall formuläret tillförde något nytt till samtalet som hjälpte med den kliniska bedömningen, lades till (se bilaga 6).

### Fokusgruppintervjuer

Semistrukturerade fokusgruppintervjuer hölls med de sjuksköterskor som arbetat med formuläret. Den första intervjun hölls cirka två månader efter projektets start med fokus främst på implementeringen av instrumentet i verksamheten. Tre personer deltog i intervjun, vilken pågick i ca 35 minuter och spelades in i mp3-format för att sedan kunna transkriberas. Ytterligare två semistrukturerade fokusgruppintervjuer genomfördes vid slutet av datainsamlingen, med samma tre personer ur personalen, plus ytterligare en sjuksköterska, som involverats i studien senare. En av de två intervjuerna handlade om RHS. Den andra fokuserade på SDQ, för att se om personalens upplevelser av att arbeta med formuläret förändrats under tiden. Samma intervjuguide användes vid båda de senare intervjuerna, som vid den första fokusgruppintervjun (se bilaga 7).

### Procedur

#### SDQ+ Traumaformulär

Vid besök på Cosmos mottagning har respondenter som tillhör målgruppen tillfrågats om att fylla i formuläret. I möjligaste mån har formulär delats ut i receptionen, för att fyllas i före hälsosamtalet. I dessa fall har svaren sedan diskuterats under samtalet med föräldrarna. I vissa fall har formuläret fyllts i under besöket hos sjuksköterska och då har svaret analyserats. Insamlingsperioden för SDQ varade mellan mars och november 2017.

#### RHS+CRIES

RHS i kombination med CRIES fylldes i på iPads och delades även de i möjligaste mån ut i receptionen före besöket. Då Cosmos inte haft ett tillfredställande antal respondenter ur målgruppen för RHS och CRIES (ungdomar 14–18 år) har två HVB-hem och ett språkcafé för nyanlända och asylsökande ungdomar besökts. RHS samlades in från augusti till och med november 2017.

### Implementering

Personalen instruerades att använda formuläret som stöd och komplettering till samtalet genom att titta på vilka frågor som gett poäng och utgå ifrån dem i sitt samtal om barnet. Poängen räknades utifrån en förenklad metod med endast två skalor ”beteende- /emotionella problem” och ”kompisrelaterade-/prosociala problem”, vilket var ett resultat av en hopslagning av originaldelskalorna. Detta sätt ger en enkel och snabb överblick över hur styrkor och svårigheter är

fördelade, vilket möjliggör anpassning av åtgärder utefter vilken typ av problem som uppdragas.

Besluten om vidareremittering togs senare av läkare på Cosmos.

Som hjälp till personalen skapades en mapp till varje undersökningsrum med olika verktyg som de skulle kunna komma att behöva i sitt arbete med formuläret. Mappen innehöll följande:

- En laminerad manual för arbetet med formuläret som innehöll en förklaring till vad formuläret innehöll och varför, tips på administrering, poängräkningsinstruktioner samt förslag på åtgärder som kunde tas till ifall barnen tycktes lida av psykiska besvär. Denna innehöll även kontaktuppgifter till olika instanser som kunde bli aktuella för eventuell uppföljning (se bilaga 8).
- Overhead-mallar för formulären, i varje språk, till poängräkning. Mallarna hade färgmarkeringar över de kryssrutor som gav två poäng, kodat i olika färger beroende på vilket problemområde det gällde (rött: beteende-/emotionella problem eller gult: kompisrelaterade problem) för att göra det visuellt lättöverskådligt. Dessa kunde personalen lägga över det ifyllda formuläret och på så sätt se på vilka frågor barnet fick poäng och ifall poängen tillhörde ett särskilt problemområde.
- Svenskt formulär att använda som jämförelse.

Stort fokus lades under studiens gång på problemlösning och att optimera arbetet för personalen på Cosmos, vilket tycks vara en viktig del när man initierar något nytt i en verksamhet. Cosmos besöktes flertalet gånger för att prata om formuläret och dess syfte, motivera personalen till hur och varför det används, diskutera eventuella problem som dykt upp med mera. Personalen lämnade även kommentarer och feedback fortlöpande, varför många förändringar gjordes under studien gång.

### **Analys av fokusgruppsintervjuer**

Det insamlade materialet från fokusgruppsintervjuerna analyserades genom manifest innehållsanalys (19). Först lästes den transkriberade intervjun igenom ett flertal gånger. Därefter hittades meningsbärandes enheter (MBE) med information relevant för frågeställningarna. Dessa kondenserades och kodades för att därefter kunna fördelas in i olika kategorier (*Tabell 1*). Arbetet rörde sig hela tiden fram och tillbaka mellan de olika stegen tills ett tillfredsställande resultat framkom där kategorierna var fullständiga och ömsesidigt uteslutande.

Tabell 1 Exempel på meningsbärande enheter, kondenserade MBE och koder.

Meningsbärande enhet (MBE)	Kondenserad MBE	Kod
<i>"Ibland har det varit något [i formuläret] de är oroliga för och vill veta mer om och då har blivit en diskussion kring det."</i>	Ibland väcks frågor kring något de vill veta mer om, då blir det diskussion.	Väcker frågor för diskussion
<i>"...även om de bara kryssat i att det inte finns något problem så tycker de att det är bra att vi ställer frågorna."</i>	Bra att vi ställde frågor, även om de ej kryssat att det finns problem.	Bra att frågor ställs
<i>"Om man inte delar ut det innan så tar det massa extra tid för då måste föräldrarna få tid att sitta och fylla i någonstans."</i>	Om ej delar ut innan tar det extra tid, för föräldrarna måste få tid att fylla i.	Viktigt att ge tid för formuläret

### Etiska aspekter

Eftersom studien faller inom ramen för verksamhetsutveckling och inga personuppgifter hanterades då formulären insamlades helt anonymt så behövdes ingen etikkommittébedömning för forskningsdelen. Kliniska uppgifter hanterades och handlades inom ramen för verksamheten.

## RESULTAT

### SDQ

Vid tiden för datainsamlingens slut den 1 december hade det kommit in 60 SDQ-formulär. Formulärens svårighetspoäng varierade mellan 1 och 23. Medelvärdet för svårighetspoängen på SDQ var 9,59, vilket är signifikant högre än genomsnittet för vad föräldrar till barn mellan 3-5 år i pågående studier rapporterar i Uppsala. Den interna konsistensen visade sig vara relativt hög (Cronbachs  $\alpha = 0,82$ ), vilket tyder på att instrumentet har en god intern konsistens. Deltagarnas bakgrundsinformation och resultaten från SDQ visas i tabell 2.

Tabell 2 Deskriptiv statistik SDQ

Variabel	<i>n (%)</i>
<b>Kön<sup>1</sup></b>	
Flicka	28 (45,9)
Pojke	32 (52,5)
<b>Ålder<sup>1</sup></b>	<b><i>M (SD, Min-Max)</i></b>
Medel	9,59 (1,40, 1-23)
<b>Födelseland</b>	<b><i>n (%)</i></b>
Syrien	29 (47,5)
Afrikanskt land	10 (16,4)
Irak	5 (8,2)
Turkiet	4 (6,6)
Libanon	4 (6,6)
Palestina	3 (4,9)
Övriga länder <sup>3</sup>	6 (9,8)
<b>Levnadsförhållanden</b>	<b><i>n (%)</i></b>
Anläggningsboende	2 (3,3)
Eget boende	41 (67,2)
Familj	9 (14,7)
Lägenhet	7 (11,5)
Ej svarat	2 (3,3)
<b>Migrationstyp</b>	<b><i>n (%)</i></b>
Anknytning	43 (70,5)
Asylsökande	4 (6,6)
Kvotflykting	6 (9,8)
Övrigt	8 (13,1)
<b>SDQ-poäng</b>	<b><i>M (SD, Min-Max)</i></b>
Avsaknad av prosociala poäng	8.34 (1,63, 4-10)
Totala svårighetspoäng	9.41 (5,04, 1-23)
SDQ-poäng över cut-off	<b><i>n (%)</i></b>
Antal barn med poäng $\geq$ cut-off <sup>4</sup> på bristande prosocialt beteende	4 (6,6)
Antal barn med poäng $\geq$ cut-off <sup>5</sup> på skalan för totala svårigheter	6 (9,8)

<b>Sammantaget, tycker du att ditt barn har svårigheter på ett eller flera av följande områden: med känslor, koncentration, beteende eller med att komma överens med och umgås med andra människor?</b>	<b>n (%)</b>
Nej	30 (49,2)
Ja, mindre svårigheter	20 (32,8)
Ja, klara svårigheter	3 (4,9)
Ja, allvarliga	0 (0,0)
Svar saknas	8 (13,1)
<b>Har ditt barn varit med om, bevittnat eller konfronterats med någon allvarlig händelse?</b>	<b>n (%)</b>
Ja	9 (14,8)
Nej	46 (75,4)
Svar saknas	6 (9,8)
<b>Traumasyntom</b>	<b>n (%)</b>
Under den senaste månaden, har ditt barn:	
Lekt lekar som påminner om händelsen?	1 (1,6)
Haft mardrömmar?	1 (1,6)
Känt sig upprörd när han/hon tänkt på händelsen (till exempel känt sig rädd, arg, ledsen eller fått skuldkänslor)?	5 (8,2)
Försökt undvika aktiviteter, människor eller platser som påminner om händelsen?	1 (1,6)
Haft svårt att somna eller sova?	4 (6,6)
Varit irriterad eller haft ilskeutbrott?	5 (8,2)
<b>Total traumapoäng</b>	<b>M (SD, Min-Max)</b>
Medelvärde	0,28 (0,78, 0-3)

<sup>1</sup>Data saknas för en deltagare

<sup>2</sup>Etiopien, Somalia, Eritrea, Angola, Algeriet, Ghana eller Tanzania

<sup>3</sup>Grekland, Iran, Kurdistan, Pakistan eller Thailand

<sup>5</sup>Med cut-off på 16 poäng eller mer, baserat på 2-4-åringari Storbritannien

### Traumascreeing

Endast i 9 fall (15%) rapporterade föräldrarna att ett barn utsatts för trauma. Av dessa var det ett barn som hade fyra poäng på de följande frågorna om traumasyntom, vilket är gränsen för rekommenderad uppföljning. Ett av barnen där föräldrarna svarade Ja på traumafrågan hade 3 poäng, och övriga barn hade 1 eller 0 poäng. Utmärkande för de barn som rapporterades ha utsatts för trauma var att de var signifikant äldre än övriga. Däremot uppvisade de inte fler svårigheter. På samma gång fanns det en signifikant korrelation mellan SDQ och antalet traumasyntom ( $r=0,28$ ;  $p<0,05$ )

## Utvärderingsenkät föräldrar

Av de 60 föräldrar som deltog var det 57 som fyllde i hela eller delar av utvärderingen på baksidan av SDQ-formuläret (tabell 3).

Tabell 3 Utvärderingsenkät föräldrar

Utvärdering	Stämmer inte	Stämmer delvis	Stämmer helt	Inget svar
Frågorna kändes viktiga/värdefulla	1	9	48 (83%)	3
Det var lätt att förstå frågorna	4	10	39 (74%)	7
Formuläret skulle vara användbart för andra föräldrar i samma situation	3	8	41 (79%)	8

## Utvärderingsenkät personal

De sjuksköterskor på Cosmos som jobbade med formuläret fyllde i personalutvärderingen totalt sex gånger. Det sjätte tillfället var i samband med att projektet avslutades.

Av svaren att döma ansåg sjuksköterskorna att formulären var av värde för samtalet. Ingen av sjuksköterskorna svarade "nej" på någon av frågorna. På frågan "Känns frågorna i formuläret viktiga/värdefulla" svarade tre sjuksköterskor ja i den sista undersökningen och en delvis. Likaså var det tre sjuksköterskor som svarade att formuläret var användbart i verksamheten och att det tillförde något ytterligare till samtalet som hjälpte den kliniska bedömningen.

## Fokusgruppsintervjuer med personalen angående SDQ

Den första av de två fokusgrupperna innehöll kategorierna "administrering", "påverkan på bedömningsprocessen", "föräldrars och personalens åsikter om formulärets utformning/användbarhet" och "utmaningar". Den andra fokusgruppintervjun fick samma kategorier, men med tillägg av kategorin "förankringsprocessen" av formuläret på arbetsplatsen (se tabell 4).



Tabell 4 Resultat fokusgruppintervjuer SDQ

Resultat fokusgrupp 1	Resultat fokusgrupp2
<b>Administrering</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viktigt med rutiner för hur SDQ delas ut</li> <li>• Formuläret ska helst fyllas i före hälsoundersökningen – annars risk att det blir rörigt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rutiner viktiga för hur dela ut formuläret</li> <li>• Sjuksköterskor önskar ifyllda formulär en stund före samtalet</li> <li>• Bäst resultat när formuläret delas ut i receptionen bättre än att skicka hem i förväg</li> </ul>
<b>Påverkan på bedömningsprocessen</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formuläret gav bra underlag</li> <li>• Samtalet blev mer strukturerat</li> <li>• Mer information kom upp jämfört med tidigare</li> <li>• Gav bra ingång till svåra frågor som sociala problem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formuläret positivt för samtalet</li> <li>• Med SDQ blev det mer specifikt än med de tidigare frågorna</li> <li>• Bra att det väcker tankar hos föräldrarna så att de hunnit fundera redan före besöket</li> </ul>
<b>Föräldrars och personals åsikter om formulärets utformning/användbarhet</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Föräldrarna uppskattade frågorna även om barnen ej hade problem</li> <li>• En förälder tyckte det var onödigt och tackade nej</li> <li>• Personalen tyckte att det tillförde mycket och var bättre än andra formulär som MADRS</li> <li>• Personalen kan rekommendera det till andra verksamheter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flertalet föräldrarna tyckte frågorna var viktiga</li> <li>• Någon förälder var oförstående, någon tyckte det var många frågor</li> <li>• Personalen tyckte formuläret var användbart, men det skulle passa ännu bättre i verksamheter där man kan följa upp fler gånger</li> </ul>
<b>Utmaningar</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vissa frågor kunde tolkas på olika sätt, vilket gjorde det nödvändigt att gå igenom formuläret tillsammans</li> <li>• Formuläret inte lika användbart utan efterföljande diskussion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskussion nödvändig för att säkerställa att svaren stämmer</li> <li>• Föräldrarna tenderade kryssa nej på traumafråga eftersom krig och våld normaliserats</li> <li>• Svårt och tidskrävande att fylla i formuläret med tolk – skapar ojämlika förutsättningar för dem som ej kan läsa</li> <li>• Svårt att ge föräldrarna information om formulär utan tolk</li> </ul>
<b>Förankringsprocessen</b>	
/	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementering är en process som tar tid</li> <li>• Viktigt att få med all personal i processen</li> <li>• Viktigt att upprepa information</li> <li>• Bra att prata om varför och inte bara hur formuläret ska användas</li> <li>• Viktigt med stöd från arbetsgivaren</li> </ul>

### **Administrering**

Inom kategorin administrering framkom det under både den första och andra fokusgruppen att det var viktigt med en inarbetad rutin för hur och när formuläret delas ut för det skulle fungera på ett bra sätt.

*”Det [hur formuläret fungerar] tror jag också har jättemycket att göra med strukturen på arbetsplatserna. Att man lämnar ut den när de kommer och att det är ett inarbetat sätt [gör det bättre].”*

Personalen såg gärna att formuläret fylldes i innan undersökningens start för att på så sätt kunna förbereda samtalet utifrån vilka svar som inkommit.

*”Vissa saker kan vara känsligt att prata om och då vill jag som vårdgivare kunna lägga upp ett sånt samtal på ett snyggt sätt innan och inte behöva improvisera.”*

När de inte delat ut formuläret i förväg tog besöket längre tid än innan, det blev stökigt och svårt att hinna följa upp svaren.

*”En gång gjorde jag tvärtom [lämnade ut formuläret efter undersökning], och då blev det jättestökigt”*

I den senare fokusgruppsintervjun var det också tydligt att personalen hade provat olika metoder, som att bland annat skicka hem formuläret. Men det allra bästa tillvägagångssättet var att formuläret delades ut till föräldrarna i receptionen när de kom. Och att personen i receptionen samtidigt gav en kort förklaring till varför formuläret skulle fyllas i.

### **Påverkan på bedömningsprocessen**

Enligt personalen gav formuläret ett bra underlag att utgå ifrån och gjorde att samtalet blev mer strukturerat. Både i den första och i den senare diskussionen tyckte personalen att SDQ-formuläret tillförde någonting till samtalet, och gav mer än när de tidigare ställt mer generella frågor. De tyckte att de frågor som kom upp blev mer specifika och att ny information som inte skulle ha kommit upp annars, gjorde det. Formuläret gav också en ingång till olika områden, vilket väckte diskussion och underlättade att ställa frågor om till exempel sociala problem.

*”Tidigare när jag jobbat med barn har det varit mer [...] att man ställer väldigt generella frågor och nu har man blivit mer mån om att ta reda på just vilka problem som kan finnas i den här gruppen. Det blir mer specifikt med formuläret.”*

*”Nu vet vi mycket mer om barnens beteende än vi visste innan vi hade ett redskap.”*

Ytterligare en positiv aspekt som kom upp var att när föräldrarna fyllt i formuläret innan, så hade de själva hunnit reflektera över om det var något problem i barnets beteende som de ville prata om.

*”Det öppnar upp tankar hos föräldrarna som gör att det blir lättare att prata kring det. De kanske inte ens har tänkt själva på att deras barn gråter ofta och att det skulle vara något konstigt.”*

### **Föräldrars och personalens åsikter om formulärets utformning/användbarhet**

I både den första och andra intervjun framkom att föräldrarna som fyllt i formuläret tyckte att formuläret var bra och att de uppskattade frågorna, även om deras barn inte hade de problemen.

Formuläret efterfrågades även till ett äldre barn då föräldern tidigare fyllt i ett för sitt yngre barn. En

förälder tackade dock nej till att fylla i då hen tyckte det var onödigt. I den andra intervjun hade personalen även hunnit få lite mer blandade reaktioner från föräldrarna. Någon hade varit oförstående till varför formuläret skulle fyllas i, och några hade tyckt att det var många frågor. Samtidigt kom det fram att föräldrarnas reaktion hängde en hel del på den information de fått i samband med att formuläret delades ut.

*”Det beror lite på hur man har lagt fram det, får de bara ett formulär att fylla i då blir det kanske jättekonstigt men [inte] om man kanske förklarar det”*

I den första intervjun framkom det också att personalen generellt tyckte att formuläret var bra och att det tillfört mycket samt att de skulle kunna rekommendera att använda formulär till andra mottagningar med liknande verksamhet. I den andra intervju uttryckte personalen också att de trodde att formuläret skulle passa ännu bättre i verksamheter där man träffar barnet flera gånger, till skillnad från på Cosmos. De tyckte även att SDQ var enklare än exempelvis CRIES (Children's Revised Impact of Event Scale) och MADRS (Mongomery Åsberg Depression Rating Scale), vilket är andra standardiserade och validerade formulär om psykisk ohälsa som de hade erfarenhet av inom ramen för ett annat projekt (18).

### **Utmaningar**

De utmaningar som personalen belyste var att frågorna i SDQ kunde tolkas på flera olika sätt, vilket medförde att frågorna behövde diskuteras för att det skulle framgå ifall det rörde sig om ett faktiskt problembeteende, eller var normalt för åldern. Om frågorna inte diskuterades, var formuläret inte lika användbart, vilket borde förtydligas i instruktionerna.

*”Vissa frågor kan man tolka på olika sätt och då kanske det blir en färgmarkering, men när man pratar om det så kommer det fram att det kanske är normalt beteende ändå i sammanhanget.”*

När det kom till traumatillägget upplevde personalen att föräldrar tenderade att kryssa nej på traumafrågan, vilket framkom i den senare intervjun. De menade att det kunde vara svårt för föräldrarna att dra gränsen mellan vad som är en traumatisk händelse och vad som i en krigssituation blir ”normalt”, och därför underskattat de trauman som barnen utsatts för.

*”Jag tror att det handlar om att kriget har blivit normaliserat. Man tänker att alla levde ju i kriget, så det är inget speciellt för mitt barn. Medan vi kanske tänker hur skiljer sig det här från ett barn som inte har befunnit sig i krig. För mig känns det tydligt som att det handlar om att det är normaliserat.”*

En annan utmaning som personalen belyste i den senare intervjun var att det var svårt och tidskrävande att fylla i formuläret med tolk, vilket de menade skapade orättvisa förutsättningar eftersom föräldrar som inte kan läsa kan vara de som har störst behov av att fylla i SDQ.

*”Jag tänker att alla måste få samma möjligheter att fylla i det, och jag har visst gjort med tolk, och det har tagit tid men... Det blir en administrativ fråga, men jag tänker att alla måste kunna ha samma möjligheter att fylla i det.”*

### **Förankringsprocessen**

I den senare intervjun gav personalen uttryck för att det är viktigt att inse att det är en process att få rutiner kring ett nytt formulär att falla på plats, och att denna många gånger tar tid. De ansåg också

att det var viktigt att vara noga med att all personal som skulle arbeta med formuläret fick information i förväg, och att ingen exkluderades.

*”Det var ju så här vissa gånger att då var den sjuk och den kom inte etcetera, så jag tror att man måste upprepa den här informationen många gånger, och att man tar om möten igen – det måste man vara noga med”*

*”Men en nyckelperson eller nyckelfunktion är ju de som sitter i kassan eller receptionen ... de måste nog vara med och förstå varför det här görs, vad som händer med det, varför det är viktigt, så att inte de blir alienerade”*

Personalen menade också att det var viktigt att inte bara prata om hur formuläret skulle börja användas, utan också varför.

*”Att man från början pratar om vad kan det här ge – istället för vad kan det här ta. Att det bara tar tid men det ska ju ge någonting [...] om man upptäcker att det blir några som man remittera eller samtal som man har som man inte hade haft annars, då fattar man ju att det skapar någonting”*

Ytterligare en del som personalen ansåg viktigt i förankringsprocessen var stödet arbetsgivaren.

*”Sedan handlar det ju om att om man inför en ny arbetsrutin som tar mer tid, då måste man ju få utrymme för det, och när man inte får det, då blir det ju att man får jobba mer. Och det måste man ju tänka på ovanifrån att man ger förutsättning*

## RHS

### Kvantitativa resultat

Totalt samlades 32 RHS- och CRIES-formulär in fram till den 1 december. För två av formulären stämde inte respondenternas ålder överens med inklusionskriterierna (14–18 år), vilket gjorde att dessa exkluderades. Ytterligare en respondent hade endast svarat på de demografiska frågorna, och finns därför inte med i statistiken över RHS och CRIES.

Tabell 5 Deskriptiv statistik RHS

Variabel	n (%)
<b>Kön<sup>1</sup></b>	
Flicka	7(24,1)
Pojke	23 (75,9)
<b>Ålder<sup>1</sup></b>	M (SD, Min-Max)
Medelålder	16,6 (1,12, 14-18)
<b>Nationalitet</b>	n (%)
Afghanistan	18 (62,1)
Syrien	7 (24,1)
Övriga (Irak, Indien, Sri Lanka, Venezuela)	4 (13,8)
<b>Familjesituation</b>	n (%)
Ensamkommande	18 (62,1)
Kommit med familj eller släkt	8(27,6)
Övrigt	3(10,3)

Har du fått uppehållstillstånd?	n (%)
Nej	17 (58,6)
Ja (permanent)	12 (41,4)
RHS-poäng	N (% , Min-Max)
Medelvärde	23,4 (16,4, 0-51)
Antal över cut-off ( $\geq 11$ )	21 (72,4)
11-17 (milda symptom)	5 (17,2)
18-24 (moderata symptom)	0 (0)
>25 (svåra symptom)	16 (55,2)
Medelvärde ensamkommande	31,1
Medelvärde ej ensamkommande	10,9
Medelvärde ungdomar med uppehållstillstånd	15,0
Medelvärde ungdomar utan uppehållstillstånd	29,4
CRIES-poäng	M (SD, Min-Max)
Medelvärde	21,1 (10,3, 0-40)
CRIES cut-off	n (%)
Antal <17	8 (27,6)
Antal $\geq 17$	21 (72,4)

Antalet ungdomar som screenade över cut-off ( $\geq 11$  poäng) var 21, (72,4%) och medelvärdet var 23,4, vilket är marginellt högre än medelvärdet från studien av Bjärtå et al., som låg på 22,9 poäng (16).

Hela 55% av ungdomarna som deltog (16 personer) fick  $\geq 25$  poäng på RHS, vilket är gränsvärdet för svåra psykiska symptom. Precis som i studien av Bjärtå et al. skilde sig siffran dock betydligt åt beroende på respondenternas situation. Bland dem som inte fått uppehållstillstånd var det 71% som fått  $\geq 25$  poäng, medan motsvarande siffra för dem med uppehållstillstånd var 33%.

En annan faktor som haft stor inverkan på resultatet var om ungdomen var ensamkommande eller ej. Medelvärdet bland de ensamkommande ungdomarna var 31,1 poäng (SD12,9), medan det bland övriga ungdomar var 10,9 poäng (SD13,7). Ett t-test visade på en signifikant skillnad mellan grupperna med p-värde < 0.001.

Fishers exakta test visade dessutom att oddsens för ensamkommande att få  $\geq 25$  poäng på RHS var 14 gånger oddsens för övriga ungdomar för att få  $\geq 25$  poäng på RHS (OR=13,9, p=0.003).

RHS interna konsistens analyserades och visade sig vara hög (Cronbachs  $\alpha = 0,96$ ), vilket tyder på att formuläret har en hög tillförlitlighet.

Totalt 72% av respondenterna screenade positivt på CRIES. Det fanns en signifikant korrelation mellan den totala poängen på RHS och den totala poängen på CRIES ( $r=0,43$ ,  $p < 0,05$ ). Vidare fanns det också en tydlig korrelation mellan de sammanlagda poängen på fråga 10-13, som mäter traumasymtom i RHS, och den totala poängen på CRIES ( $r= 0,50$ ,  $p < 0,01$ ).

## Utvärderingsenkät personal

Utvärderingsformuläret fylldes i av de fyra sjuksköterskor som arbetat med RHS under hösten 2017, i samband med att datainsamlingen avslutats. Två av sjuksköterskorna svarade ”ja” på att frågorna i formuläret kändes viktiga/ värdefulla och två svarade ”delvis”. Tre sjuksköterskor svarade att formuläret var användbart i verksamheten, medan en svarade ”delvis”. På frågan om formuläret tillförde någonting till samtalet som hjälpte den kliniska bedömningen svarade tre sjuksköterskor ”delvis”, och en ”ja”.

De kommentarer som sjuksköterskorna lämnade i samband med att formuläret fylldes i handlade om att personalen upplevde att bakgrundsfrågorna före själva formuläret var för många och tog för lång tid att fylla i. En annan synpunkt var att det upplevdes problematiskt att screena ungdomar för psykisk ohälsa när det finns så lite hjälp att erbjuda dem som mår dåligt.

## Fokusgruppintervju med personalen angående RHS

I fokusgruppintervjun som hölls med personalen angående RHS delades den kondenserade och kodade texten in i kategorierna ”administrering”, ”påverkan på bedömningsprocessen”, ”personalens uppfattning om formuläret” och ”utmaningar”.

### **Administrering**

Liksom med SDQ såg personalen gärna att formuläret fylldes i i förväg, för att tiden skulle räcka till under själva samtalet. Samtidigt var detta en rutin som man inte riktigt lyckats etablera på mottagningen.

*”Det är väl lite samma, att idealet hade varit att de hade fått paddan i receptionen. Vi fick inte riktigt till det.”*

Det framkom också att personalen såg både för- och nackdelar med att formulären fylldes i på iPad. Fördelarna var att ungdomarna uppskattade att få sitta med en iPad istället för med papper. Nackdelarna var att ungdomarna ibland fastnade om de missat att fylla i en fråga, vilket kunde leda till att personalen fick lägga mer tid på att hjälpa till.

*”Men ungdomarna tycker det har varit kul att det har varit på iPad. De tycker det har varit lite coolt att få hålla på med den här iPaden, så det tror jag har varit en bra upplevelse. Men det negativa är ju att det har hakat upp sig.”*

En annan nackdel som kom upp var att vissa i personalen kände en egen osäkerhet kring tekniken.

*”Genom att det är på iPad, jag är ju inte superteknisk, men hos mig fanns det ett visst motstånd för jag var rädd att göra något fel.”*

Ytterligare en sak som enligt personalen påverkade administreringen var respondenternas läsförståelse. I inledningen till RHS finns en informationstext, som uppskattades av personalen dels för att de uppfattade den som informativ, och dels för att de såg den som ett bra test på om patienten skulle klara av att fylla i formuläret.

*”Så det har också funkat väldigt bra för att de kan läsa om det själva. Och det blir också som något slags kvitto att om de inte kan läsa det så förstår man att det kanske inte är någon idé att fylla i formuläret heller.”*

### ***Personalens och patienternas uppfattning om formuläret***

När det gäller hur väl formuläret fungerade i verksamheten varierade personalens uppfattningar.  
*”...det är ett bra verktyg för dem som är läskunniga och vana att fylla i formulär. Då funkar det jättebra. Och det är mycket svårare att jobba med om de inte är läskunniga eller inte förstår frågorna. Men det ger en ganska bra grund för att kunna samtala kring vad som är svårt eller jobbigt”*

En annan synpunkt på formuläret var att det skulle fungera bättre i en verksamhet, där man träffar patienten flera gånger.

*”Jag tänker om man skulle ha det på en vårdcentral eller på en annan mottagning för asylsökande, då skulle det säkert vara jättebra [...] om det dyker upp någonting, då kan man boka in ett besök för att diskutera det [...] då har man liksom en hel tid för det ”*

### ***Påverkan på bedömningsprocessen***

Det rådde delade meningar bland personalen om i vilken utsträckning RHS var till hjälp vid bedömningen av en patient. Även här skilde sig svaren åt mellan sjuksköterskorna beroende på hur mycket erfarenhet de hade av att arbeta med formuläret.

Någon ansåg att formuläret gett en bra grund till att identifiera och prata om vilka problem patienten har.

*”Jag tycker det är bra att man får ett resultat och så kan man se att vissa saker sticker ut, och då kan man prata kring det [...] det blir en bra grund för att kunna rikta in sig specifikt på vad som är problem”*

En annan sjuksköterska tyckte däremot inte att formuläret varit till hjälp, bland annat för att de flesta patienterna inte hade screenat särskilt högt på formuläret.

*”de som jag har haft på mottagningen har klickat i princip obefintligt alltså det har blivit väldigt lite utslag så då har jag inte haft någon användning av det.”*

Ytterligare en faktor som försvårade för personalen att ta med RHS i bedömningsprocessen var att patienterna kunde ”klicka bort” resultatet på iPaden, och att personalen då inte kunde se vad patienten hade fått för poäng. Det var inte heller möjligt att gå tillbaka i formuläret och se hur patienten svarat på de olika frågorna.

### ***Utmaningar***

En av de utmaningar som personalen upplevde var att formuläret var tidskrävande och påverkade längden på besöket. Det fanns många bakgrundsfrågor med som kanske inte passar en vanlig klinisk verksamhet, särskilt om man redan fått den informationen på annat sätt. Den främsta utmaningen som belystes under intervjun var dock bristen på möjligheter till remittering eller uppföljning, eftersom personalen själva inte hade möjlighet att boka in stödsamtal och köerna till exempelvis BUP var långa.

*”...det som är jobbigt med att göra RHS är att vi vet att det typ inte finns någon hjälp. Det är så många som går runt och mår så fruktansvärt dåligt, för de har varit med om jobbiga saker och då*

*mår man dåligt, de är under en asylprocess och det känns lite, inte oetiskt men det... det blir på gränsen.”*

En annan utmaning har varit att många ungdomar valt att inte prata om sina resultat, i synnerhet de som fyllt i formuläret utanför kliniken, där det inte funnits samtal inbokade.

*”I mina samtal så, när vi har varit ute och screenat så har det varit att nästan ingen har velat prata om vad de har fyllt i, då har det inte blivit någon diskussion alls.”*

Personalen uttryckte också att de själva kände en osäkerhet kring syftet med implementeringen av RHS, delvis eftersom de upplevde att deras eget handlingsutrymme kring att sätta in åtgärder var så begränsat. Exempelvis hade de inte rätt att boka in stödsamtal. Detta ledde till en osäkerhet hos personalen som de även trodde smittat av sig på patienterna.

## DISKUSSION

Syftet med den här studien var att undersöka hur psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända kan identifieras på ett effektivt sätt i samband med hälsoundersökning eller ordinarie vårdbesök i primärvården. Det specifika målet har varit att titta på den kliniska användbarheten hos två strukturerade formulär, SDQ och RHS, och för att få en bild av hur dessa fungerar i bedömningen av asylsökande och nyanlända barn och ungdomars psykiska hälsa.

Båda formulären har dessutom kombinerats med varsitt traumaformulär för att ge en fördjupad bild av hur respondenterna mår, och för att göra det möjligt att göra jämförelser och titta på korrelationer mellan formulären.

### Klinisk användbarhet och implementering

När man talar om klinisk användbarhet hos ett instrument handlar det om flera olika saker. Dels avses de psykometriska egenskaperna hos instrumentet, alltså hur exakt metoden mäter det den är tänkt att mäta. Sedan handlar det om hur acceptabelt instrumentet är för de kliniker och patienter som använder det, hur enkelt det går att applicera det i den kliniska verkligheten och ifall det ger en praktisk fördel jämfört med tidigare arbetsätt (20).

Utifrån vad personalen på Cosmos beskriver i intervjuer och utvärderingar ter sig The Strengths and Difficulties Questionnaire vara kliniskt användbart med tanke på hur det påverkar den kliniska situationen och ”face validity”, det vill säga vad föräldrarna och personalen tycker om formuläret. Personalen tyckte att instrumentet bidrog till att göra samtalet om barnens psykiska hälsa mer strukturerat och att de fick ut mer av information än innan de använde formuläret. Även föräldrarna uppskattade formuläret och den diskussion det ledde till.

När det gäller RHS verkar personalen vara minde enig om hur användbart instrumentet varit. Enligt vissa utgjorde formuläret en bra grund för diskussion om patientens problem, medan andra tyckte att det inte tillförde så mycket, och att det fanns fler hinder att överkomma än med SDQ. Det personalen främst var kritisk till var tidsåtgången för att fylla i RHS. Det faktum att RHS fylldes i på iPad ser ut ha medfört både för- och nackdelar. Patienterna verkar ha uppskattat att få använda modern teknik, medan iPads i övrigt inte harmonierat med personalens arbetsätt, och på så sätt verkar ha skapat sämre förutsättningar för den kliniska användbarheten. En anledning till detta var



att patienterna behövde mer stöd för att fylla i formulären på iPad och att det tog längre tid eftersom det inte gick att hoppa över några frågor. Personalen kunde heller inte gå tillbaka och se hur patienten svarat på de olika frågorna i formuläret, vilket gjorde RHS mindre användbart i det efterföljande samtalet. Av samma anledning har det också blivit svårare för personalen att uppskatta hur väl frågorna i RHS fungerar i bedömningen av patienten. Personalen har däremot uttryckt att de är positiva till att fortsätta att använda RHS framöver, men då på papper.

Det framkom också att det krävs en hel del arbete för att implementera nya formulär och att anpassa administreringen till den kliniska situationen. Att förankra nya metoder och arbetssätt tycks vara en process som kräver både tid och uthållighet. Avgörande för hur lyckad förankringsprocessen blir verkar vara att informationen når ut till hela personalen, och dessutom upprepas flera gånger. Mycket tyder också på att det är viktigt att alla personalkategorier är delaktiga i processen, alltifrån chefer, som behöver känna till vilka förutsättningar som krävs för att personalen ska kunna använda sig av ett nytt arbetssätt, till undersköterskor eller receptionister, som ska se till att patienten får formuläret och den information de behöver för att fylla i det.

## Förekomst av psykisk ohälsa i de undersökta barngrupperna

### Barn 2-6 år

Ett medelvärde av den totala svårighetspoängen på SDQ beräknades till 9,59, vilket är högre än i andra sammanhang i Sverige. I en studie som gjordes i samband med ett föräldrastödsprogram i Angered låg medelvärdet för två till femåringar mellan 5,2-7,8 svårighetspoäng på SDQ (21). Detta ger en indikation om att nyanlända och asylsökande barn som grupp har mer besvär än övriga barn i Sverige. När man jämför en multikulturell population med svenska data bör man dock ha i åtanke att man i många kulturer skattar psykisk ohälsa annorlunda (4) än i Sverige, vilket bidrar till att olika länder har olika normer för SDQ.

Av de 60 respondenter som fyllde i SDQ var det endast 9 som fyllt i att deras barn utsatts för trauma, vilket gör det svårt att dra några långtgående slutsatser om traumaformuläret. Det finns till exempel inte någon signifikant korrelation mellan att ett barn rapporteras ha utsatts för trauma och barnets totala svårighetspoäng på SDQ. Däremot finns det en signifikant positiv korrelation mellan antalet traumasymtom och svårighetspoäng på SDQ, vilket tyder på att barn med symtom på PTSD även skulle kunna ha andra typer av svårigheter. Här skulle fler formulär behöva samlas in för att möjliggöra tydligare resultat.

Under den sista fokusgruppintervjun framkom det även att personalen på Cosmos uppfattade att frågan om trauma underskattades av föräldrarna, och att flera föräldrar kryssat i ”nej” på traumafrågan, trots att deras barn till exempel sett och hört olika krigshändelser. Man skulle därför kunna förmoda att fler barn utsatts för någon form av trauma än de nio, där föräldrarna svarat ”ja”. Här skulle en lösning kunna vara att formulera om traumafrågan, eller att låta alla föräldrarna besvara frågorna om symtom på trauma, oavsett om de svarat ”ja” på den första traumafrågan eller ej.

Under det senaste året har patientflödet till Cosmos minskat betydligt jämfört med 2015. Detta har bidragit till att antalet respondenter blivit färre än förutsett. Ytterligare en skillnad är att de flesta

barn och ungdomar som kom till Cosmos under insamlingsperioden (mars-december 2017), kommit till Sverige genom anknytning, alltså som anhänginvandrare, och inte som asylsökande flyktingar. Endast fyra av barnen rapporterades vara asylsökande, medan 43 barn (70,5%) var anhänginvandrare. Eftersom anhänginvandrare ofta inte tvingats till samma svåra flyktväg som många asylsökande, kan man förmoda att förekomsten av psykiska besvär är lägre i denna grupp. Detta gör det svårare att utifrån denna studie dra några generella slutsatser om den genomsnittliga psykiska hälsan hos flyktingbarn i Sverige.

### Ungdomar 14-18 år

Under arbetet med screeningen med RHS åkte personalen på Cosmos vid ett par tillfällen ut till andra verksamheter, bland annat två HVB-hem, för att få fler respondenter. Detta ledde till att man lyckades få med fler ungdomar som kommit till Sverige som asylsökande. Nackdelen med detta tillvägagångssätt var dock att det blev svårare att dra slutsatser kring hur användbara formulären är inom den ordinarie verksamheten.

Antalet respondenter var i det här fallet för få för att resultaten ska kunna generaliseras till hela gruppen asylsökande och nyanlända ungdomar mellan 14-18 år i Sverige. Däremot ligger medelvärdet i den här studien (23,4 poäng), bara en halv poäng över det från studien av Bjärtå et al., där 500 respondenter >18 år ingick (16). I båda studierna är det tydligt att respondenterna tillhör problemtyngda grupper, då medelvärdena ligger långt över cut-off ( $\geq 11$ ).

I studien av Bjärtå et al. fanns en tydlig uppdelning i svars-poäng mellan dem som fått och inte fått uppehållstillstånd. Något som också är mycket tydligt i den här studien, där ungdomar med uppehållstillstånd fått ett medelvärde på 15.0 poäng, och ungdomar utan på 29.4 poäng. Detta ger en indikation om att den ovisshet asylprocessen innebär är en stark riskfaktor för psykisk ohälsa. I den här studien utgörs dock den grupp som inte fått uppehållstillstånd till största delen av ensamkommande ungdomar. Endast fyra av de 18 ensamkommande ungdomarna hade fått uppehållstillstånd. Av dessa hade samtliga fått över 25 poäng på RHS.

Bland ensamkommande ungdomar var det 78% som fick  $\geq 25$  poäng på RHS, medan det bland de övriga ungdomarna endast var 18% (2 respondenter). Sammantaget tyder resultaten på att den allra största riskfaktorn för psykisk ohälsa bland flyktingbarn är just att vara ensamkommande. Antalet deltagare i den här undersökningen är för få för att det ska gå att dra några generella slutsatser, men resultatet stämmer ganska väl överens med resultatet från den screeningstudie som tidigare gjorts på över 200 ensamkommande barn på Cosmos, där 76% screenade positivt på CRIES (18). Detta bekräftar bilden av ensamkommande flyktingbarn som en grupp som är i stort behov av insatser mot psykisk ohälsa.

När det gäller resultaten på CRIES och RHS fanns det en signifikant korrelation mellan den totala poängen på respektive formulär, vilket tyder på att de ungdomar som har problem med traumasymtom även kan ha andra psykiska besvär, till exempel depression och ångest. Sammantaget pekar resultaten på att det finns en hög grad av psykiska besvär hos gruppen asylsökande och nyanlända ungdomar i Sverige mellan 14 och 18 år, vilket borde sända signaler om att fler och effektivare insatser krävs för att dessa ungdomar ska få den hjälp de har rätt till.

## Framtida perspektiv

Något som skulle kunna göras i framtiden är en mer omfattande studie med samma formulär för att kunna se över dess psykometriska egenskaper i respektive subpopulation och för att kunna göra noggrannare statistiska analyser angående hur väl SDQ respektive RHS identifierar psykisk ohälsa hos barn och ungdomar som flytt. För att kunna skala upp studien behöver fler översättningar ses över och läggas till med tanke på vikten av att erbjuda jämlik vård. Med avseende på detta bör man även se över hur det går att göra när det kommer ett barn vars målsman är analfabet.

För att underlätta implementeringen i framtiden skulle det vara bra att från början göra upp en tydlig plan för hur strukturen på mottagningen ska se ut, så att formulären fylls i före hälsosamtalet. Ett annat förslag för att se till att patienten får formuläret vid ankomsten till mottagningen är att på ett tidigt stadium engagera och informera all personal på mottagningen om hur och varför formuläret ska användas, så att inte personal i till exempel receptionen missar information om detta. Att upprepa informationen vid flera olika tillfällen verkar vara en nödvändig del i förankringsprocessen.

Till sist skulle RHS kunna fyllas i på papper, och de demografiska frågorna i anslutning till formuläret minskas, om detta redan hämtats in på annat sätt av kliniken.

## SLUTSATSER

SDQ, liksom RHS, kan under rätt förutsättningar bidra till samtalet och ge stöd i bedömningen av flyktingbarns- och ungdomars psykiska hälsa vid hälsoundersökning. De båda formulären är instrument som med tanke på ”face validity” och hur det påverkar hälsoundersökningen, är kliniskt användbara i denna kontext. Ett aktivt implementeringsarbete, som omfattar alla personalkategorier, tycks vara en förutsättning för ett lyckat införande av nya instrument och rutiner i vården.

Det finns färre asylsökande och nyanlända som kommer på hälsoundersökning nu än tidigare, varför det är svårt att få tillräckligt med material för analyser genom detta tillvägagångssätt. Om det ska göras en större studie behöver upptagningsområdet utökas, exempelvis till barnhälsovården och elevhälsan. Båda formulären finns översatta till ett stort antal relevanta språk och har etablerade gränsvärden för vidare hänvisning. Således bör man kunna introducera dessa i relevanta verksamheter omgående.

Resultaten från screeningen med RHS tyder på att det finns stora problem med psykisk ohälsa bland ungdomar 14–18 år som flytt till Sverige, inte minst bland ensamkommande ungdomar.

## REFERENSER

1. Migrationsverket. Asylsökande till Sverige 2000–2016 [Internet]. 2017 [cited 2017 Jan 20]. Available from: <sup>1</sup><https://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Oversikter-och-statistik-fran-tidigare-ar.html>
  2. Sverige, Socialstyrelsen. Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter: ett kunskapsunderlag för primärvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
  3. Slone M, Mann S. Effects of War, Terrorism and Armed Conflict on Young Children: A Systematic Review. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2016 Dec 1;47(6):950–65.
  4. Sveriges kommuner och landsting. Positiv hälsoutveckling för asylsökande och nyanlända, slutrapport förstudie. [Internet]. 2016. Available from: <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/wp-content/uploads/2016/03/Slutrapport-forstudie-halsoutveckling-asylsokande-mars-2016.pdf>
  5. Gadeberg AK, Norredam M. Urgent need for validated trauma and mental health screening tools for refugee children and youth. *European Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Aug;25(8):929–31.
  6. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända, slutrapport [Internet]. 2016. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-10-13>
  7. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997 Jul 1;38(5):581-6
  8. Derluyn I, Mels C, Broekaert E. Mental Health Problems in Separated Refugee Adolescents. *J Adolesc Health*. 2009 Mar;44(3):291–7.
  9. ALLWOOD MA, BELL-DOLAN D, HUSAIN SA. Children's Trauma and Adjustment Reactions to Violent and Nonviolent War Experiences. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002 Apr;41(4):450–7.
  10. Salari R, Malekian C, Linck L, Sarkadi A. Using CRIES-8 to screen for post-traumatic stress disorder in unaccompanied refugee minors. *Eur J Public Health* [Internet]. 2016 Nov [cited 2017 May 17];26(suppl\_1). Available from: <https://academic.oup.com/eurpub/article/2448192/Using>
  11. Prins A, Ouimette P, Kimerling R, Camerond RP, Hugelshofer DS, Shaw-Hegwer J, et al. The primary care PTSD screen (PC-PTSD): development and operating characteristics. *Prim Care Psychiatry*. 2004 Jan 1;9(1):9–14.
-

12. Prins A, Bovin MJ, Smolenski DJ, Marx BP, Kimerling R, Jenkins-Guarnieri MA, et al. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample. *J Gen Intern Med.* 2016 Oct;31(10):1206–11.
13. V D, Meiser-Stedman R, Dalgleish T, Yule W, Clark DM, Perrin S, et al. The Child PTSD Symptom Scale: An update and replication of its psychometric properties. *Psychol Assess.* 2013;25(3):1025–31.
14. Hollifield, M., Verbillis-Kolp, S., Farmer, B., Toolson, E., Woldehaimanot, T., Yamazaki, J., & SooHoo, J. (2013). The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. *General Hospital Psychiatry, 35*, 202–209.
15. Hollifield M, Toolson E, Verbillis-Kolp S, Farmer B, Yamazaki J, Woldehaimanot T, Holland A. Effective Screening for Emotional Distress in Refugees: The Refugee Health Screener. *The Journal of Nervous and Mental Disease: 2016 April - Volume 204 - Issue 4 - p 247–253*
16. Bjärtå, A., Leiler, A., Ekdahl, J., & Wasteson, E. (2018). Assessing severity of psychological distress among refugees with the Refugee Health Screener, 13-items version. - manuskriptet är under bearbetning
17. Verlinden, E., van Meijel, E. P., Opmeer, B. C., Beer, R., de Roos, C., Bicanic, I. A., . . . Lindauer, R. J. (2014). Characteristics of the Children's Revised Impact of Event Scale in a clinically referred Dutch sample. *J Trauma Stress, 27*(3), 338-344.
18. Salari R, Malekian C, Linck L, Kristiansson R, Sarkadi A. Screening for PTSD symptoms in unaccompanied refugee minors: a test of the CRIES-8 questionnaire in routine care. *Scand J Public Health.* 2017 Jul 1;1403494817715516.
19. Graneheim U., Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004 Feb;24(2):105– 12.
20. Smart A. A multi-dimensional model of clinical utility. *Int J Qual Health Care.* 2006 Sep 1;18(5):377–82.
21. Ghaderi A, Kadesjö C, Kadesjö B, Enebrink P. Forskningsrapport, Föräldrastödsprogrammet Glädje och Utmaningar [Internet]. 2014 [cited 2017 May 10]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/livsvillkor-levnadsvanor/barnunga/foraldrastod/Forskarrapport-Angered-2014.pdf>

# BILAGA 1

## Styrkor och svårigheter (SDQ-Sve)

F 4-17

Var vänlig kryssa för det alternativ (Stämmer inte, Stämmer delvis eller Stämmer helt) som du tycker passar bäst. Det är värdefullt om du besvarar alla frågor, även om du inte är helt säker eller tycker att frågan verkar konstig. Frågorna gäller ditt barns beteende de senaste 6 månaderna.

Barnets namn .....

Pojke/Flicka

Födelsedatum .....

	Stämmer inte	Stämmer delvis	Stämmer helt
Omtänksam, tar hänsyn till andra människors känslor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rastlös, överaktiv, kan inte vara stilla länge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagar ofta över huvudvärk, ont i magen eller illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delar gärna med sig till andra barn (t ex godis, leksaker, pennor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har ofta raseriutbrott eller häftigt humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganska ensam, leker eller håller sig ofta för sig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Som regel lydig, följer vanligtvis vuxnas uppmaningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oroar sig över mycket, verkar ofta bekymrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjälpsam om någon är ledsen, upprörd eller känner sig dålig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svårt att sitta stilla, rör och vrider jämt på sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har minst en god vän (kamrat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Släss/bråkar ofta med andra barn eller mobbar dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofta ledsen, nedstämd eller tårögd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanligtvis omtyckt av andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lättstörd, tappar lätt koncentrationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervös eller klängig i nya situationer, blir lätt otrygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snäll mot yngre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ljuger eller fuskar ofta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blir retad eller mobbad av andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ställer ofta upp och hjälper andra (föräldrar, lärare, andra barn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tänker sig för innan han/hon gör olika saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stjäl hemma, i skolan eller på andra ställen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommer bättre överens med vuxna än med andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rädd för mycket, är lättskrämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fullföljer uppgifter, bra koncentrationsförmåga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du andra kommentarer eller bekymmer du vill ta upp?

**Var god vänd - det är några fler frågor på andra sidan**

## BILAGA 2

### DEL 2

Har ditt barn varit med om, bevittnat eller konfronterats med någon allvarlig händelse?  
*Exempel på allvarlig händelse: krig, sexuellt övergrepp, fysiskt våld, hot om död eller skada, naturkatastrof, kidnappning, våldsam eller plötslig död av anhörig, långvarig separation från förälder.*

Nej  Ja

Om "Nej", gå direkt vidare till DEL 3

Under den senaste månaden, har ditt barn:	Nej	Ja
Lekt lekar som påminner om händelsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft mardrömmar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känt sig upprörd när han/hon blivit påmind om eller tänkt på händelsen (till exempel känt sig rädd, arg, ledsen eller fått skuld känslor)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Försökt undvika aktiviteter, människor eller platser som påminner om händelsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft svårt att somna eller sova?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varit irriterad eller haft ilskebrott?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### DEL 3

#### Utvärdering

	Stämmer inte	Stämmer delvis	Stämmer helt
Frågorna kändes viktiga/värdefulla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det var lätt att förstå frågorna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formuläret skulle vara användbart för andra föräldrar i samma situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Övriga kommentarer:

### OBS!!! FYLLS I AV PERSONAL

Ålder.....	Flicka <input type="checkbox"/>	Pojke <input type="checkbox"/>	
Ursprungsland.....	Eget boende <input type="checkbox"/>	Anläggningsboende <input type="checkbox"/>	
Skola <input type="checkbox"/>	Förskola <input type="checkbox"/>	Inget <input type="checkbox"/>	
Anknytning <input type="checkbox"/>	Asylsökande <input type="checkbox"/>	Kvotflykting <input type="checkbox"/>	Annat:.....

# BILAGA 3

ID# \_\_\_\_\_ REFUGEE HEALTH SCREENER-15 (RHS-15)  
IN SWEDISH



DATE \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being is a project of Lutheran Community Services Northwest, Asian Counseling and Referral Service, Public Health Seattle & King County, and Michael Hollifield, M.D. of Pacific Institute for Research & Evaluation. For more information, please contact The Pathways Project at 206.816.3252 or [pathways@lcnw.org](mailto:pathways@lcnw.org)



ID# \_\_\_\_\_

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

DATE \_\_\_\_\_

Följande symptom kan vara relaterade till traumatiska upplevelser under krig och migration.  
I vilken grad har du under den senaste månaden:

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

SYMPTOM SYMPTOMS					
	INTE ALLS <i>(not at all)</i>	I LITEN GRAD <i>(a little bit)</i>	MÄTTLIGT <i>(moderately)</i>	I HÖG GRAD <i>(quite a bit)</i>	I MYCKET HÖG GRAD <i>(extremely)</i>
<b>10. Återupplevt traumat; att du agerat eller känt som om att det händer igen?</b> Had the experience of reliving the trauma; acting or feeling as if it were happening again?	0	1	2	3	4
<b>11. Haft kroppsliga reaktioner (t ex svettningar, hjärtklappning) när du blivit påmind om traumat?</b> Been having physical reactions (for example, break out in a sweat, heart beats fast) when reminded of the trauma?	0	1	2	3	4
<b>12. Känt dig känslomässigt avtrubbad (t ex varit ledsen utan att kunna gråta, inte kunnat känna kärlek)?</b> Felt emotionally numb (for example, feel sad but can't cry, unable to have loving feelings)?	0	1	2	3	4
<b>13. Känt dig lättskrämd, haft lättare att rycka till (t ex av plötsliga ljud eller rörelser)?</b> Been jumpier, more easily startled (for example, when someone walks up behind you)?	0	1	2	3	4

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

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

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

Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being is a project of Lutheran Community Services Northwest, Asian Counseling and Referral Service, Public Health Seattle & King County, and Michael Hollifield, M.D. of Pacific Institute for Research & Evaluation. For more information, please contact The Pathways Project at 206.816.3253 or pathways@lcsnw.org

## Bakgrundsfrågor RHS

**1. Hur gammal är du?**

**2. Kön**

- Man
- Kvinna
- Annat

**Nationalitet och hemland**

**3. Ange nationalitet i rullistan nedan**

**4. Ange vilket land du bott i större delen av ditt liv i rullistan nedan**

**5. Jag kan (klicka i alla alternativ som stämmer)**

- Läsa
- Skriva
- Jag har fått hjälp att fylla i formuläret

**6. Högsta utbildningsnivå**

- Ange antal år i grundskolan i rullistan nedan
- Ange antal år i gymnasiet eller motsvarande i rullistan nedan
- Ange antal år på universitet eller i annan högre utbildning i rullistan nedan

**6. a) Högsta examen**

- Ingen examen
- Grundskoleexamen
- Kandidatexamen
- Magister/Masterexamen
- Doktorsexamen

**7. Hur kom du till Sverige?**

- Ensam
- Tillsammans med familj, släkt eller vänner
- Annat, var vänlig ange

**8. Hur länge har du varit i Sverige?**

- Ange antal år i rullistan nedan
- Ange antal månader i rullistan nedan

**9. Var bor du nu?**

- Inneboende hos släkt eller vänner
- Eget boende tillsammans med minst en förälder eller annan förmyndare
- Asylboende ensam
- Familjehem
- HVB
- Annat – var vänlig ange

**10. Hur långt har du till centrum eller en centralort?**

- 0-15 min
- 15-30
- 30-45
- 45-60
- 1-1,5h
- 1,5-2h
- mer än 2h

**11. Har du nyligen fått besked om förflyttning till annat boende?**

- Ja
- Nej

**12. Har du fått komma på intervju till migrationsverket?**

- Ja
- Nej

**13. Hur länge sedan var det du var på din intervju?**

**14. Har du fått uppehållstillstånd?**

- Ja
- Nej

**15. Vilken typ av uppehållstillstånd har du fått?**

- 1. 13 månader
- 2. 3 år
- 3. Permanent

**16. Hur länge har du haft uppehållstillstånd?**

## BILAGA 5

### CRISE-8

Nedan följer en lista på upplevelser som personer haft efter stressfulla livshändelser. Läs varje fråga och sätt kryss i den rutan som stämmer bäst överens med hur det varit för dig **den senaste veckan**.

Under den senaste veckan	0 Aldrig	1 Sällan	3 Några gånger	5 Ofta
1. Har du tänkt på det som hände även när du inte ville det?				
2. Har du försökt att radera det som hände ur minnet?				
3. Har du haft perioder med starka känslor kring händelsen?				
4. Har du hållit dig undan saker eller situationer som påminner om händelsen?				
5. Har du försökt låta bli att tala om det som hänt?				
6. Har bilder från händelsen dykt upp i dina tankar?				
7. Har saker du upplevt fått dig att tänka på händelsen?				
8. Försöker du låta bli att tänka på händelsen?				

## BILAGA 6

### Utvärdering personal

---

	Nej	Delvis	Ja
Känns frågorna i formuläret viktiga/värdefulla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gick det bra för deltagarna att fylla i formuläret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är detta formulär användbart i verksamheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Påverkade formuläret om ni valde att remittera barnet vidare eller ej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tillförde formuläret något ytterligare till samtalet som hjälpte med den kliniska bedömningen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

Övriga kommentarer:

## BILAGA 7

### Intervjuguide för fokusgruppintervju med personalen

- Hur tycker ni att det varit att jobba med formuläret?
- Har det bidragit till samtalet med föräldrarna/ungdomarna, och i så fall hur? Ge gärna exempel.
- Har formuläret påverkat besökets längd?
- Har formuläret påverkat vilka åtgärder som vidtagits?
- Hur tas formuläret emot av föräldrarna?
  - Hur informeras föräldrarna?
- Kan formuläret utvecklas på något sätt? Saknar ni någon aspekt?
- Skulle ni rekommendera formuläret till andra mötningar som har nyanlända?

## BILAGA 8

### Poängsättning

När formuläret är färdigifyllt används OH-mallarna för att se hur föräldrarna kryssat. Det finns en OH-mall för varje språk.

Frågorna i formuläret är indelade i olika kategorier. OH-mallen visar på detta med olika färger.

**Gul färg** = Kompisproblem eller sociala problem

**Röd färg** = Beteende- eller emotionella problem

- Kryssa under färgmarkeringen ger 2 poäng.

- Kryssa i mittenraden ger 1 poäng.

**16 poäng eller mer än 8 kryss under färgmarkering** bör föranleda en diskussion om vidare åtgärder, men vid varje poänggivande fråga bör fördjupande frågor om barnets svårigheter ställas.

- Kryssa under färgmarkeringen på sammantagna svårighetsfrågan föranleder diskussion om vidare åtgärder oavsett poäng.

Utifrån den samlade bilden av samtalet och formuläret tas tillsammans med föräldrarna beslut om vidare insatser.

### Förslag på vidare åtgärder

*Rekommenderade insatser varierar beroende på vilka problem som är mest uttalade hos barnet.*

- Röda problem: I första hand föräldrastöd via kommunen - Triple P

*Anna Hanning, Triple P samordnare, 018-727 56 51*

*Agneta Nyberg, Triple P samordnare, 018-727 56 52, [foraldravagledning@uppsala.se](mailto:foraldravagledning@uppsala.se)*

I andra hand Råd & Stöd, [www.radostod.uppsala.se](http://www.radostod.uppsala.se)

- Gula problem: remiss till MBHV-psykolog

- "Ja" på traumakriteriet: dela ut informationsblad om trauma.

- 4 eller fler "Ja" på traumafrågorna eller allvarliga problem generellt: överväg remiss till BUP eller MBHV-psykolog

- Om röda- och traumaproblem: i första hand remiss till MBHV-psykolog

### Efter besöket:

Lägg alla ifyllda formulär i markerat fack i postrummet. Även formulär som ej fullständigt fyllts i.

Det finns även en kort utvärdering för personalen då målet med denna studie är att ta fram material som fungerar i praktiken. Egna kommentarer är särskilt viktiga för oss. Både om stort och om smått.

## Tack för hjälpen!

### Kontakt:

**Kajsa Ådahl**, projektledare

[kajsa.adahl@pubcare.uu.se](mailto:kajsa.adahl@pubcare.uu.se)

0708-424810

**Anna Sarkadi**, forskargrupsledare

[anna.sarkadi@pubcare.uu.se](mailto:anna.sarkadi@pubcare.uu.se)

070-6113691

