

Kunskapsstöd för psykisk hälsa

Västra Götalandsregionen

2021-05-16

Flyktingprojekt KIPA

Kompetenshöjande insatser för personal
på asylboenden (2016 - 2018)



Slutrapport

Författare: Farzad Pakzad

Projektmedlemmar:

Sven Ernstsson, Leg psykolog, projektledare

Nanette Landberg, Leg psykolog, Leg terapeut

Ole Hultman, Leg psykolog, Leg terapeut, specialist i klinisk psykologi, Fil dr

Farzad Pakzad, Leg. psykolog, psykoterapeut, Kris- och Traumamottagningen

Tack till Kunskapsstöd för psykisk hälsa för stöd med redigeringsarbete av rapporten.

Innehåll

Sammanfattning	3
Bakgrund	3
Flyktingsituationen 2015 och tidigare insatser	3
Boendepersonalens roll i migrationsprocessen	5
Beslut om åtgärder i Västra Götalandsregionen	6
Planering av projektet	6
Att nå ut till boendena	7
Planering och genomförande av insatserna	7
Hur konstruerades utbildningsmaterialet?	8
Formen	9
Basföreläsningen	9
Konsultationerna	9
Innehållet	10
Traumamedveten omsorg	13
Utvärdering av projektet	13
Databearbetning av genomförda insatser	14
Beskrivning av verksamheterna	14
Utvärdering av föreläsningar och konsultationer	15
Tematisk analys	16
Föreläsningar	16
Konsultationer	17
Reflektioner	18
Utbildning i traumamedveten omsorg	19
Chefsintervjuerna	20
Slutsatser	21
Bilaga 1. Presentation KIPA	
Bilaga 2. Utvärderingsblankett föreläsningar	
Bilaga 3. Utvärderingsblankett konsultation	

Sammanfattning

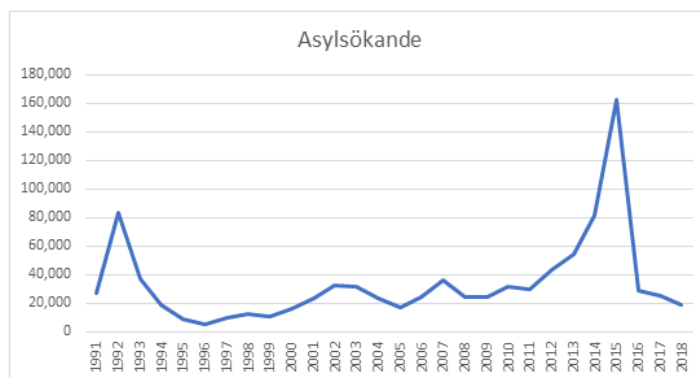
Rapporten innehåller beskrivning av projektets tillkomst, omständigheterna vid starten och hur vi planerade, utformade och genomförde insatserna. Viss statistik kring de genomförda insatserna redovisas. Resultaten utvärderas i syfte att undersöka om de ligger i linje med de uppsatta målen. Våra erfarenheter och personalens omdömen kommer att återges.

Utvärdering av projektet, som utgår från enkäter, intervjuer och tematisk analys, visar att det övervägande lyckades tillgodose behoven i Västra Götaland vid den aktuella perioden, nämligen att erbjuda personal på asylboenden stöd för att i sin tur hjälpa flyktingarna. Resultaten ligger i linje med förväntningarna och målet med projektet. Dessa stämmer i sin tur generellt överens med boendepersonalens och chefernas bedömning av de genomförda insatserna. Projektet var planerat att stödja personal på boenden för flyktingar i alla åldrar. Med tiden förändrades förutsättningarna något vilket innebar att vi i första hand riktade insatserna mot boenden där ensamkommande flyktingbarn och ungdomar bodde. Detta krävde särskild uppmärksamhet kring frågor som åldersuppskrivningar, så kallade avslagskriser och förvandling av HVB-hemmen till stödboende som innebar en krissituation även bland personalen. Den engagerade personalens kunskaper och erfarenheter samt den samlade kunskapen från krisen borde bevaras och tillvaratas för att använda i planering av liknande insatser i framtiden genom någon form av organiserad samordning för att underlätta planeringen. Rapporter liknade denna kan vara ett led i kunskapssamlandet. Totalt sett nådde vi över 1600 personal genom insatserna som i sin tur hade upp emot 5000 personer i sina boenden. Asylsökande som inte fanns på boendena, men som var föremål för ovanstående professionellas insatser (ej boendepersonals) är oräknade i detta antal.

Bakgrund

Flyktingsituationen 2015 och tidigare insatser

I början av 90-talet kom många asylsökande till Sverige till följd av konflikterna i före detta Jugoslavien och Mellanöstern. Flyktingströmmarna låg därefter på en relativt stabil nivå för att börja öka igen år 2012 och framåt och nådde kulmen under hösten 2015. Under 2015 sökte drygt 163 000 personer (varav drygt 70 000 barn) asyl i Sverige. Av dessa var drygt 35 000 barn utan vårdnadshavare. Till Västra Götaland kom drygt 34 000 asylsökande under året. Ungefär en tredjedel av de asylsökande brukar vara barn. Även antalet asylsökande barn har ökat stadigt sedan 2010. I början av mars 2015 fanns 12 500 asylsökande barn inskrivna i Migrationsverkets asylboenden i Västra Götaland och antalet har ökat sedan dess.



De offentliga aktörerna, statliga, kommunala och regions- eller landstingsanknutna samt de frivilliga och ideella organisationerna arbetade efter bästa förmåga för att klara av inströmningen men det blev snart uppenbart att omfattningen var så stor att det krävdes extra insatser utöver vad samhället dittills hade räknat med. Samordning och organisering av insatserna blev svår. Det akuta omhändertagandet med bland annat kommunplaceringar kom i första hand men när detta så småningom var någorlunda avklarat insåg man att det fanns områden som behövde utvecklas. Det gällde exempelvis boendepersonalens kompetens och kunskaper att ta hand om- och bemöta flyktingarna för att främja de nyanländas psykiska hälsa. Personalen hade ofta rekryterats hastigt som en följd av den akuta inströmningen. För att tillmötesgå behoven drog man igång olika projekt med syfte att förbättra flyktingarnas psykiska hälsa genom stödinsatser för att höja kompetensen hos personalen för uppgiften.

Runtom i landet fanns det år 2015 redan flera traumabehandlingscentra utöver specialenheter eller team inom ordinarie psykiatrisk vård som skulle ta sig an de nyanlända med migrationsrelaterad psykisk ohälsa eller trauma. Regeringen beslutade i december 2015 om extra medel till landsting och kommuner för kostnader 2015 och 2016 för att hantera flyktingsituationen. Regionen tilldelades utökade medel vilket bidrog till satsningar på områden såsom hälsoundersökningar, smittskydd, medicin och vaccinationer men också satsningar avseende psykisk hälsa/ohälsa bland flyktingar. En sådan satsning i Västra Götalandsregionen (VGR) var projektet Kompetenshöjande Insatser för Personal på Asylboenden (KIPA). Socialstyrelsen konstaterade 2015 att ca 20–30 procent av de nyanlända lider av psykisk ohälsa vilket uppmärksammade behovet av nödvändiga åtgärder.

Bland de redan etablerade enheterna i Västra Götalandsregionen kan man nämna, Kris- och traumamottagningen, Flyktingmedicinsk mottagning och Flyktingbarnteamet. Kris- och traumamottagningen i Göteborg, är en specialistenhet inom Närhälsan (numera Regionhälsan) som har i uppdrag att behandla patienter drabbade av traumarelaterade symtom till följd av krig, tortyr och förföljelser etcetera. Flyktingmedicinsk mottagning, en annan specialistenhet inom Närhälsan (numera Regionhälsan), erbjuder vård (inklusive hälsoundersökningar) och stöd till nyanlända flyktingar under etablering. Flyktingbarnteamet är en resurs inom specialistvården riktad till barn och ungdomar i Göteborg med symtom till följd av migration och flyktingskap. Konsultation till vårdgrannar och utbildningar och annat stöd ingår i deras uppdrag.

Ideella organisationer som Rosengrenska stiftelsen (sedan 1998) och Rosengrens Brygga erbjuder papperslösa och gömda flyktingar och asylsökande vård och stöd. Röda Korset har flera behandlingscenter över hela Sverige, bland annat två i Västra Götaland, Skövde och Göteborg. I Restad gård beviljades medel för att starta ett mobilt team som började i november 2015 som samarbetsprojekt mellan Röda Korset Skövde och VGR med psykoterapeutisk och fysioterapeutisk kompetens och arbetar med flyktingarna både individuellt och i grupp. Flera projekt drogs igång över landet som arbetade med psykopedagogiska insatser till målgruppen på flyktingboendena på olika språk med information om bland annat somatisk, psykisk och sexuell hälsa, stresshantering, egenvård, etcetera. Ett exempel var "Hälsa i Sverige" i SKR:s (Sveriges Kommuner och Regioner) regi som erbjöd sina insatser genom hälsokommunikatörer. Det fanns insatser som riktade sig till både personer med- och dem utan uppehållstillstånd. Gemensamt för alla var att de riktade in sig på psykosocialt stöd samt hälsofrämjande insatser till nyanlända asylsökande eller dem som redan fått asyl för att lättare komma in i samhället.

Boendepersonalens roll i migrationsprocessen

Migration har blivit ett vanligt förekommande fenomen i dagens värld med händelseförlopp som är svårt att påverka både i ett individuellt och i ett samhällsperspektiv. Man kan välja att se migrationen som en livsperiod, som en process, som en kris eller som en handling varigenom individen byter sin livsmiljö och kultur/språk. Det innebär ofta även stora förändringar i den personliga utvecklingen och återverkar bland annat på personligheten och hälsan. Det är vanligt att dela in migrationsprocessen i premigration, migration och postmigration för att lättare undersöka dess återverkan på individens fortsatta utveckling och hälsa. De viktigaste faktorerna vid premigrationen handlar om uppväxtmiljö och levnadsvillkor, sociokulturell tillhörighet samt de påfrestningar som lett till att man övervägt att migrera. Under migrationen/flykten är de faror, förluster och mycket annat stressframkallande det överskuggande i bilden. Särskilt utsatta under migrationen/flykten är kvinnor och minderåriga, speciellt om flykten blir långvarig eller traumatisk. Sexuellt våld förekommer tyvärr många gånger. Vid postmigration blir den passiva väntan och rädslan för att inte få stanna i det nya landet samt anpassningsutmaningar av stor betydelse varför ibland lättnad över att ha kommit fram byts ut mot oro inför nya utmaningar vilket ökar risken för att utveckla psykisk ohälsa.

Migrationens omvälvande process kan sätta spår i individens liv som gör att man ibland behöver omhändertagande samt någorlunda stabila och förutsägbara förhållanden för att kunna återhämta sig och gå vidare i livet och bli en integrerad del av det nya samhället. Mycket tyder på att tillräckligt psykosocialt stöd i mottagandet under den första tiden i det nya sammanhanget minskar risken för att utveckla psykisk ohälsa. Dessa insatser kan följaktligen minska risken för att utveckla psykiatriska tillstånd även om flyktingen redan drabbats av ett migrationsrelaterat stresstillstånd eller övergående krisreaktioner.

Asylsökande flyktingar lever i en oviss tillvaro, många gånger med erfarenheter av traumatiska upplevelser från hemlandet och/eller flykten. Asylsökande löper även en risk att drabbas av olika typer av psykisk ohälsa i väntan på att deras asylärenden ska avgöras på grund av den stress som ovissheten kan innebära. En viktig förebyggande åtgärd för asylsökande är att komma in i någon form av daglig verksamhet och rutiner. På

anläggningsboenden brukar tillgång till meningsfull sysselsättning vara begränsad. Språkundervisning (SFI) erbjuds inte asylsökande. En del familjer är splittrade och situationen för nära anhöriga är oviss. Psykosocialt stöd till flyktingar är erfarenhetsmässigt en insats som kan förebygga att stress och/eller krisreaktioner utvecklas till akuta psykiatriska tillstånd. Boendepersonal har den dagliga kontakten med flyktingarna och har därför en möjlighet att bemöta dem på ett sätt som kan främja en stabilisering av livssituationen samt minska risken för att utveckla psykisk ohälsa.

Beslut om åtgärder i Västra Götalandsregionen

Regionstyrelsen beslutade 2015-12-08 om åtgärder för att stimulera och stödja de verksamheter som bedömdes ha störst behov i sitt arbete att förbättra och förebygga hälsan hos- och vården för asylsökande och nyanlända. Bakgrunden var det tillfälliga statsbidrag till VGR som riksdagen beslutat om för att hantera flyktingsituationen. En av regionstyrelsens beslutade åtgärder var kompetenshöjande insatser på asylboenden där följande motivation kunde läsas i handlingarna: Asylsökande och nyanlända är människor i en utsatt psykologisk och social situation med ökad sårbarhet där det behövs kunskap om migrationsprocessens påfrestningar, förståelse för de reaktioner den kan ge upphov till och kompetens i bemötande, från den närmsta omgivningen. Därför föreslås att Västra Götalandsregionen erbjuder utbildning till personal på olika boenden i basal kompetens i bemötande av människor i kris. Man kan anta att i detta ingår basal kunskap i kristeori och krishantering med specifik tillämpning utifrån migrationsprocessens olika faser med tillhörande påfrestningar och utmaningar samt kunskap om att känna igen tecken på allvarigare psykisk ohälsa och posttraumatiska reaktioner. Ett 2-årigt projekt med utbildningsinsats gentemot anläggningsboenden i Västra Götalandsregionen föreslogs. Utbildningen skulle ske på plats på de större boendena och för mindre enheter i geografiskt samlat närområde. Formuleringen gällande Kompetenshöjande Insatser för Personal på Asylbonde kom att skänka namn åt projektet, KIPA.

Planering av projektet

Fyra psykologer fick anställning i projektet med olika tjänstgöringsgrader. En femte psykolog anslöts på timbasis till projektet efter ca ett år. Teamet konstituerades i september 2016 och två huvudsakliga uppgifter identifierades; att skapa en utbildning samt att börja nå ut till boenden. Det fanns olika typer av boenden både stora och mindre, bland annat HVB-hem (Hem för vård eller boende), både kommunala och privatägda. Mål och syfte formulerades och utbildningen började få sin basutformning. Vår tanke var att vi i första kontakten med boendena skulle hålla en till två föreläsningar som därefter kunde kompletteras med en till fyra konsultationer. Antagandet gjorde vi utifrån kunskapen om implementering; endast en föreläsning ger ingen varaktig kunskap hos åhörarna. Repetition och tillämpning utifrån individens egna förutsättningar krävs. En utvärderingsblankett togs fram för att följa upp och utvärdera varje insats, efter genomförda föreläsningar och konsultationer. I detta skede visste vi väldigt lite om kunskapsnivån bland de olika personalgrupper som vi skulle möta men antog att det skulle variera stort. En fråga vi

stälde oss var hur vi skulle anpassa föreläsningen till den aktuella personalgrupp vi hade framför oss.

Med dessa förutsättningar planerade vi för hur vi skulle starta projektet. Eftersom vi inte hade något direkt input från de verksamheter vi skulle vända oss till, tog vi utgångspunkt ifrån våra egna erfarenheter samt litteratur och forskning på kunskapsområdet. Projektmedarbetarnas bakgrund spelade en viktig roll. Vi hade erfarenheter som kliniska psykologer inom barn- och vuxenområdet, forskare/lärare, organisationskonsulter, traumabehandlare, osv. Vår målgrupp var personal med varierande utbildningsgrad med yrkesbeteckningar som boendestödjare, handläggare, etcetera. Utbildningsbakgrunden förväntade vi oss variera från grundskolekompetens och gymnasieutbildning utan särskilt utbildning för uppdraget till utbildning som socialpedagog eller socionom. Vi utgick ifrån den aktuella kunskapen inom området kring migration och flyktingskap och dess betydelse/risk för att utveckla psykisk ohälsa.

Att nå ut till boendena

Vi försökte identifiera boenden att rikta våra insatser mot och upptäckte att någon samlad information om var dessa fanns i regionen inte var tillgänglig någonstans. Dessutom försvårades arbetet med att hitta boendena då offentliga data över HVB-hem på grund av säkerhetsrisk inte fanns tillgänglig på Internet. Vi hade svårt att få ingång till målgruppen för vår insats, asylboenden, med erbjudandet av olika skäl, varför mycket tid och kraft fick läggas ner här. Så småningom kom ett genombrott, på två fronter samtidigt: vi fick kontakt med Jokarjo AB (Bert Karlssons företag för flera flyktingboenden), och Social Resurs (där Göteborgs Stads 30-tal boenden för ensamkommande flyktingbarn i egen regi organiserades). Båda dessa organisationer välkomnade vårt projekt. Vi utformade en kort presentation av projektet och oss själva (se bilaga 1). Denna skickade vi brevlades till Västra Götalands övriga 48 kommuner, tio i taget, liksom till andra redan påbörjade projekt och våra respektive personliga kontakter inom fältet. Det mest angelägna i detta skede var att komma igång och genomföra utbildningar/konsultationer och bilda oss en uppfattning om vårt koncept var gångbart. Vi genomförde vår pilotföreläsning på Stora Ekeberg, Skara i oktober 2016.

Planering och genomförande av insatserna

Kontakterna med Social Resurs i Göteborg och uppvaktning av kommuner började successivt fylla våra kalendrar med föreläsningar och konsultationer. I kontakten med boendena tillkom successivt ämnen som ökade i aktualitet i takt med att avslag på ansökan om uppehållstillstånd började drabba de asylsökande. Det handlade om självsador och utagerande bland de asylsökande, främst unga ensamkommande, och hur personalen kunde hantera detta jämte sina egna reaktioner. Vidare såg vi att flera kommunala HVB-hem stod inför att omorganiseras till stödboenden med lägre bemanning och därmed förestående förändring och ofta nerdragningar i personalgrupperna. Några kommuner stängde boenden som en konsekvens av avvisningar, uppskrivningar i ålder samt minskad flyktingström. Uppvaktningen av kommuner gav i förstone magert resultat, men efter ihärdig uppföljning

med telefonsamtal och mailkontakt såg merparten av kommunerna ut att vara intresserade av insatsen. Ryktet om KIPA spreds även från mun till mun via kommuner som tagit emot insatsen.

Det blev allt tydligare att åldersuppskrivningar och avslagskriser dominerade behoven vid konsultationer i boendena i början av 2017. Självskadebeteenden och suicidriskbedömning var ständigt på tapeten. I februari skedde 6 självmord (något osäker siffra) bland ensamkommande flyktingungdomar, flera av dessa i regionen. Alla medarbetarna blev med tiden uppbokade och tanken att arbeta i par övergavs till förmån för ensamuppdrag för att därigenom nå fler boenden/grupper med konsultationer på kortare tid. Social resurs vid Göteborgs Stad försåg oss med många boenden, även stödboenden och familjehemskontakter. I princip tillhörde alla boendena ensamkommande barn- och ungdomsflyktingar.

Under februari-mars 2017 började även olika boenden/behandlingshem höra av sig direkt till oss då projektet gett ringar på vattnet. Vi blev även tillfrågade att medverka i samverkan med andra projekt, bland dem Suicidprevention i Väst för att göra en insats för personal vid asylboenden apropå den befarat ökade suicidrisken då avslag, åldersuppskrivningar och utvisningar började bli aktuella och resulterade i att många ensamkommande hamnade i kris. Facebookgrupper hade skapats där framför allt afghanska pojkar umgicks och rykten om en turordningslista för suicid florerade.

HVB-hem började avvecklas och övergick allt oftare till att bli stödboenden. Ensamkommande barn blev uppskrivna i ålder och tvingades omgående flytta till asylboenden utanför storstäderna och gick därmed miste om sin plats på gymnasium. En del barn ville inte flytta utan bo kvar i Göteborg under oorganiserade och ovissa förhållanden utan ekonomiskt stöd och boende. Frivilligorganisationer erbjöd stöd till en del ungdomar som valde att stanna kvar i Göteborg.

Den så kallade avslagskrisen kom att fungera som ett begrepp, vanligt förekommande i kretsar som sysslade med omsorg eller vård och omhändertagande av de ensamkommande ungdomarna. Symtom som oro, ångest, utagerande eller självskadebeteende på gränsen till suicidalt var ibland svårt att tolka eller diagnostisera inom vården och ibland hade psykiatrin svårt med att erbjuda rätt vård. Man kände sig många gånger maktlös inför den förtvivlan som ungdomarna kände vilket smittade av sig på personalen som krävde stöd och vägledning. Omflyttningar, frågor kring kommunplacering, skol- och boendetillhörighet blandades ihop med den osäkerhet och rädsla som var förknippad med att skickas tillbaka till hemlandet efter första, andra eller det tredje slutgiltiga avvsningsbeslutet. Alla inblandade aktörer inklusive Gode männen (för de under 18 år) gjorde vad de kunde för att stödja ungdomarna i krisen. Vår uppgift blev att stödja dessa insatser och framföra budskapet att tillräckligt med psykosocialt stöd och med samordning av insatserna kan man förebygga mycket psykisk vårdkrävande ohälsa bland flyktingarna.

Hur konstruerades utbildningsmaterialet?

Målet med insatsen var alltså att förbättra den psykiska hälsan bland asylsökande barn, ungdomar och vuxna. För att nå detta mål var grundtanken i projektet att rikta kompetenshöjande insatser till personal som möter flyktingar på asylboenden. Personalen

som hade rekryterats till projektet bestod av psykologer som varit kliniskt verksamma med flyktingar både inom ordinarie sjukvårdsinrättningar (vårdcentral, BUP) och riktade verksamheter (Kris- och traumamottagningen och Flyktingbarnteamet). Psykologerna hade också erfarenhet av ledarskap, handledning och utbildning. Med hjälp av dessa erfarenheter och med utgångspunkt från evidensbaserade metoder och tillgänglig information kring migrationsfrågan, bland dem på Socialstyrelsens hemsida, utformade vi basutbudet och kom fram till ett standardiserat genomförande för vår målgrupp, personal på asylboenden. Vi hade det samtidigt i åtanke att anpassa utbudet något beroende på varje boendes specifika behov, främst vid konsultationerna, i mindre grupper. Detta visade sig vara ett gångbart förhållningssätt även vid basföreläsningarna då åhörarnas frågor påverkade och satte sin prägel på föreläsningen.

Formen

Basföreläsningen

En översiktsföreläsning är en bra utgångspunkt för att definiera de kunskapsområden som är relevanta för personal som arbetar med flyktingar och som vill uppmärksamma deras psykiska hälsa. En föreläsning indikerar också vilken kunskap föreläsarna har och avgränsar kunskapsområdet. En föreläsning kan bidra till att höja medvetandet om ett kunskapsområde. Att kunskaperna omsätts i praktiken d.v.s. att boendestödjare förändrar sitt sätt att bemöta flyktingar i kris kan dock inte förväntas efter en enstaka föreläsning. Däremot kan föreläsningen lägga en grund i ämnet som man sedan kan vidareutveckla tillsammans med andra eller förkovra sig i på egen hand. Det ger samtidigt en ram för att referera till i kommande konsultationer samt en struktur för att hålla sig till ämnet, främja psykisk hälsa bland asylsökande på boenden i det fortsatta teamarbetet.

Konsultationerna

Inom pedagogiken är aktiv inläring ett begrepp som är centralt för att uppnå kunskap på djupet. Aktivt lärande innebär att ett större ansvar för lärandet läggs hos studenterna. Detta kan praktiseras i föreläsningar, där man ber deltagare reflektera över något, tala med varandra i bikupor, skriva ned på papper egna reflektioner etcetera. En konsultation sker huvudsakligen genom deltagande och därigenom aktivt lärande. I en konsultationssituation inleder man just med att efterfråga vad deltagarna önskar att ta upp med konsulten (experten, läraren). Därmed är studenten aktiv och tar ansvar för sitt eget lärande. I en föreläsning, har föreläsaren endast en vag uppfattning om vad åhörarna behöver veta. I en konsultation får man rollen av att lyssna på vilka problemställningar deltagarna vill ta upp, hålla tiden, möjliggöra att alla får delta, tematisera innehållet och balansera mellan deltagarnas egen expertis och bidra med ämnesspecifik kunskap. Deltagarna får möjlighet att praktisera färdigheter som man lär sig vid konsultationstillfällena och få återkoppling.

Konsultation kräver att personalen är motiverade till att berätta om sina kunskapsbehov och att kunna diskutera detta i sin ordinarie arbetsgrupp, ibland med närvaro av chefer. Konsultationer innebär att konsulten är aktiv och bjuder på sina specialkunskaper i konkreta frågeställningar och föreslår praktiska lösningar. Deltagande i konsultation kan ske vid enstaka tillfällen. Konsultation kan innebära att deltagarna reflekterar över sitt eget

förhållningssätt i arbetet. Konsulten skall vara stödjande och låta deltagarna bevara sin integritet. På dessa punkter skiljer sig konsultation från handledning som är mera processororienterad, förutsätter närvaro av samma personer från gång till gång och löper över längre tid. Vi observerade behovet och uttryckte också vikten av handledning för ordinarie personal för att öka kvalitet och minska risk för utbrändhet. Dessutom var vi angelägna att inte konkurrera med etablerad teamhandledning. KIPA var redan finansierat, erbjudandet var därmed kostnadsfritt och skedde på plats. Detta visade sig vara en bidragande faktor till att öka motivationen till deltagande i insatserna.

Innehållet

Uppgiften förutsatte att personal behövde kunskap om flyktingarnas psykiska (o)hälsa. Vi utgick ifrån att en basföreläsning kring relevanta områden förmodligen skulle vara adekvat. Vi visste att kursmoment som var inriktade på dessa kunskapsområden inom utbildningar till vissa yrkesgrupper som socionom, lärare och socialpedagog är relativt få. Risken att möta ”överkvalificerade” åhörare ansåg vi vara liten. Vår erfarenhet sade oss att kunskap om de psykologiska aspekterna av flyktingsituationen generellt var låg. Personal som anställs på flyktingboenden har oftast inte någon formell kompetens inom flyktingområdet. Personal kan ha ett starkt engagemang för flyktingar och vår insats riktade in sig på att stödja personal som hade svåra arbetsuppgifter – krävande på det personliga planet. Flyktingar i asylprocess kan ge upphov till både svårhanterade känslor och etiska konflikter i arbetsituationen. De kunskapsområden vi valde ut att fokusera på begränsades till de psykologiska aspekterna av att vara flykting. Vi valde att fokusera på följande kunskapsområden utifrån psykiska hälsa; migration, psykiatriska sjukdomar och psykisk ohälsa med fokus på kris och trauma och suicidprevention, arbetsmiljö etcetera. Frågor om hur man påverkas av att arbeta med människor i kris, konflikthantering och praktiska tips på vilken hjälp som finns att tillgå för flyktingar som mår psykiskt dåligt avhandlades. Avslutningsvis förmedlade vi kunskap om andra kunskapskällor och resurser på internet och från andra myndigheter etcetera. Nedan följer en mera detaljerad skildring av huvudteman som togs upp i basföreläsningen:

Migration

Många studier har gjorts för att undersöka och kartlägga de sociala, medicinska och psykologiska effekterna av migration under de senaste decennierna. Intressant för projektet var hur man kan tillämpa delar av denna kunskap i praktik gällande personalens bemötande och kompetens att ta hand om flyktingarna. I takt med att kunskapen om migrationens följder växer uppenbarar sig behovet av systematisering och tillämpning av denna. En del personal har åtagit sig att arbeta på asylboendena utan formella meriter och en del som har utbildning i människovårdande yrken behöver ändå en genomgång av basala kunskaper i ämnet. Även de med rötterna utanför Sverige och färsk erfarenheter av flyktingskap och migration kan behöva uppdatera sina kunskaper i migrationens påverkan på individens hälsa och välbefinnande överlag. Av dessa skäl tog vi upp ämnet i föreläsningen. Det blev i regel genomgående intressanta diskussioner kring temat på konsultationerna, speciellt kring ämnen som förluster av olika slag, längtan efter sina rötter och att hitta ett fotfäste i det nya samhället, integration vs. segregation, att hantera migrationskrisen och så vidare. Den specifika kopplingen gällde hur man kan förstå migrationspecifika faktorer och deras

betydelse för utveckling av anpassningssvårigheter alternativt psykisk ohälsa. Att identifiera och åtgärda områden i vardagen som kan bli problematiska och hindra den asylsökande att kunna gå vidare i sin integration i det svenska samhället var en följd av diskussionen. Att förstå vad som främjar respektive hindrar den individuella utvecklingen i den första fasen av integration i en ny, mer eller mindre annorlunda, livsmiljö var i fokus i sammanhanget.

Stress- och traumarelaterade tillstånd

Inom psykiatri talar man om stress- och traumarelaterade tillstånd. Det gemensamma för dessa är att en stressframkallande faktor eller en traumatisk händelse ger upphov till symtom. Reaktionerna kan se olika ut, från övergående oro och sömnsvårigheter till mer genomgripande psykopatologi. Både den fysiska och psykiska hälsan kan påverkas upp i vuxen ålder. Utfallet påverkas av samverkande faktorer som, utöver händelsens karaktär, sammanhang och frekvens kan handla om biologi, personlighetsfaktorer, ålder och miljöfaktorer som påverkar förhållandet mellan sårbarhet och motståndskraft. Stress och trauma kan härröra från interpersonellt våld i och utanför familjen, tekniska katastrofer/haverier, naturkatastrofer, krig och/eller organiserat våld. Symtomen efter stress och trauma exponering spänner över flera områden: återupplevande och undvikande av traumarelaterade händelser, fysiologiska ångestreaktioner, svårigheter med affektreglering, förändringar i kognitioner och sinnesstämning, överspändhet, beteendeproblematik och svårigheter i relationer, dissociation och somatiska besvär. I diagnoskriterierna för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) omnämns att interpersonellt våld är särskilt allvarligt för utvecklingen av symtom. De flesta personer återhämtar sig efter att ha utsatts för en traumatisk händelse. Spontan återhämtning är mindre trolig om traumat är grovt, återkommande eller långvarigt (våldtäkt, tortyr), utövas av nära anhöriga, eller om omhändertagandet efter traumat är bristfälligt eller åtföljs av förnyade traumahändelser. De vanligaste psykiatriska tillstånden till följd av stress och trauma är PTSD, akut stressyndrom och anpassningsstörning. Man kan därutöver drabbas av andra psykiatriska symtom och tillstånd som kräver behandling.

Flyktingar är en riskgrupp för att ha varit utsatta för trauma och andra stressfyllda händelser i hemlandet och löper därmed också risk för att lida av psykisk ohälsa som har samband med krig och flykt. Om föräldrar rapporterar om våld och övergrepp finns en risk att även barn har bevittnat eller själva utsatts för detsamma. Stress i familjen ökar risken för våld. Ensamkommande flyktingbarn är en särskilt utsatt grupp när det gäller att ha varit utsatta för allvarliga trauman. När det gäller barn och ungdomar med erfarenheter av krig och flykt vet man att omhändertagandet i det nya landet har stor betydelse för återhämtningen. En del barn behöver specialiserad psykiatrisk behandling för sina symtom. Andra kommer att återhämta sig med hjälp av en stödjande och omhändertagande miljö och en fungerande vardag. Flyktingar underkonsumerar sjukvård överlag. Det finns alltså en poäng med att lära ut till omvårdnads- och boendepersonal vilka tecken på psykisk ohälsa som bör föranleda kontakt med psykisk hälsovård. Traumatisk stress beskrevs mera detaljerat under basföreläsningen än annan psykisk ohälsa. Vikt lades vid att beskriva dynamiken bakom traumatillstånd och vad personal kan göra för att möta traumatiserade personer på bästa sätt.

Psykiatriska sjukdomar och psykisk ohälsa

Relevanta områden gällande psykiatriska störningar och psykisk ohälsa är bland annat krisreaktioner och traumarelaterade symtom men även andra områden kan vara aktuella

som affektiva sjukdomar, ångeststörningar, psykosjukdomar, ADHD och andra neuropsykiatriska tillstånd. Flyktingar kan precis som majoritetsbefolkningen drabbas av psykiatriska störningar. Andra psykiatriska tillstånd som kan vara trauma- och stressrelaterade är depression och ångeststörningar och dessa förekommer ofta i kombination med PTSD. Frågan är av klinisk relevans inom specialistvård i fall dessa tillstånd är primära orsaker till symtomen eller är bidiagnoser/symtom på migrationsrelaterad psykisk ohälsa/trauma.

Bland invandrare finns en förhöjd risk för att utveckla psykiatriska sjukdomar och psykisk ohälsa överlag. En utdragen asylprocess kan förvärra tillståndet. Bland personal som möter flyktingar är det viktigt att ha en grundläggande kunskap om vad psykiatriska sjukdomar är och vilka kärnsymtomen är. Ett bra bemötande förutsätter att personalen har förståelse för att vissa beteenden som utagerande eller tillbakadragenhet kan exempelvis ha sin förklaring i ett psykiatriskt tillstånd. Personal som möter flyktingar har en viktig funktion genom att identifiera och uppmärksamma dem som visar tecken på att må psykiskt dåligt.

Flyktingar har samtidigt överlag bristfällig kunskap om vilka möjligheter de har för att söka och få hjälp. Detta kan personal bistå med. Boendepersonal har en viktig medmänsklig roll att spela genom att vara närvarande och tala med personer som mår psykiskt dåligt. En sådan insats kan ibland stabilisera situationen (genom tröst, avlastning, engagera familjemedlemmar, avledning osv.) och akut sjukvårdsinsats kan därmed anstå. Självmordstankar och – handlingar förekommer på asylboenden. Detta är en av de svåraste situationerna som boendepersonal kan ställas inför. Det är viktigt att personalen vet vilket ansvar de har – och inte har. Ett bra bemötande av suicidala personer är viktigt för att hindra att en självmordshandling utförs. Baspresentationen innehöll en genomgång av de vanligaste psykiatriska tillstånden och förekomst i den svenska populationen. Mera omfattande beskrevs krisreaktioner och självdestruktiv- och/eller suicidalt beteende. Tecken på dessa samt tydning av beteenden och adekvat hjälp på rätt nivå berördes.

Arbetsmiljö

Personalens sammansättning, utbildning, erfarenheter och kompetens varierade kraftigt mellan de olika boendena liksom ledning av verksamheterna. Trots de skiftande förutsättningarna hade personalen den svåra uppgiften att försöka sortera och hantera de boendes behov. Ju längre projektet framskred, desto större omstruktureringar skedde av boendena, framför allt för dem som hade ensamkommande barn. Många omvandlades från HVB-hem till stödboende, en boendeform som inte kräver lika mycket tillsyn och bemanning. Det medförde många gånger en otrygg anställning för personalen och en stor ovisshet beträffande hur deras arbetsplats skulle se ut endast någon eller några månader framåt, eller vilka som skulle jobba kvar eller tillsammans.

Mot bakgrund av detta såg vi det motiverat att beröra såväl individens och gruppens möjliga reaktioner på arbetet med traumatiserade människor som behovet av struktur och förutsägbarhet på en arbetsplats. Ett särskilt avsnitt av basföreläsningen ägnades åt konflikthantering och lågaffektivt bemötande av klienter/boende. Detta var ett bland alla ämnesområden som tjänade på att tas upp i konsultationerna, där personalen själva kunde lyfta självupplevda situationer och pågående problem. Att hantera svåra känslor i mötet med traumatiserade människor berördes som en avgörande faktor i den psykosociala arbetsmiljön personalen hade att hantera inom ramen för sin organisation.

Hälso- och sjukvårdande uppdrag för flyktingar med psykisk ohälsa

Vid utbildningstillfällena kontrollerade vi att personalen kände till vilken organisation, huvudman och vårdnivå man ska vända sig till beroende på typ av problem. Vi lyfte såväl socialtjänst, primärvård som specialistvård, men även andra aktörer som elevhälsa, ungdomsmottagningar och väktare/polis. Kunskapen om detta var generellt god och kommunspecifik information fanns på flertalet boenden.

Länkar

Vi använde oss av ett bildspel för att förstärka budskapet visuellt. Detta mejlade vi efter basföreläsningen till chefen för boendet och sist i bildspelet hade vi länkar till webbsidor med metoder och tips. Dessa omfattade en mängd aktörer, alltifrån kommunala till regionala och nationella, men även Internetbaserade självhjälpsappar på andra språk. Tanken var att personalen skulle kunna fördjupa sig i ämnen de fann angeläget eller för att förmedla till boendena.

Traumamedveten omsorg

En av medarbetarna i KIPA-projektet gick Rädda Barnens utbildning, Traumamedveten omsorg (TMO) och blev licensierad i att i sin tur utbilda personal på boendena i metoden. Metoden är framtagen av två australiensiska psykologer; dr. Howard Bath och dr. Diana Boswell och bygger på de tre principerna om trygghet, relationer och copingstrategier. Den riktar sig till personer som finns (i boenden, till exempel) runt traumatiserade barn och ungdomar. Metoden berördes i basutbudet på föreläsningen och något mera ingående på konsultationerna, främst på boendena för ensamkommande flyktingbarn och ungdomar.

Utbildningen i TMO gavs vissa boenden som önskade det, specifikt de som såg nytta med att tillämpa den på sina yngre boenden, under två heldagar. Den syftar till, dels att ge en fördjupad kunskap om trauma i barndomen och dess konsekvenser för beteende, tankemönster och sättet vi organiserar vår tillvaro, dels till att förmedla ett arbetssätt för att motverka dysfunktionellt beteende. Även arbetssättet bygger på samma tre grundpelare: trygghet, relationer och coping. Utbildningen varvar teori med utvalda videor från webben som exemplifierar de olika teoriavsnitten, och deltagarnas aktiva medverkan i grupp och enskilt. På begäran genomfördes tre utbildningar. Gensvaret var mycket positivt och presenteras nedan.

Utvärdering av projektet

Närmare slutet av projektet i augusti 2018 förberedde vi en utvärdering av insatserna. Vi var väl medvetna om behovet av att göra det på flera nivåer. Basfakta om verksamheterna vi hade haft insatser på, inklusive personalen och vilka flyktinggrupper (avseende ex. ålder) som bodde på boendet, registrerades. En enkät hade delats ut efter varje föreläsning respektive vid slutet av konsultationstillfällena. Deltagarna ombads att betygssätta insatserna (på en skala mellan 1 till 5) och kommentera vad de uppskattade respektive saknade i insatsen eller i kontakten med oss i löpande text. Deltagarna gavs ca 10 minuter i slutet av insatsen för att fylla i enkäten. Dessa analyserade vi i sin helhet samt tematiskt

vilket kommer att presenteras nedan. Vi genomförde även en undersökning riktad mot cheferna på boenden och sammanställde resultatet som ”chefsintervjuer”. Vi intervjuade de flesta per telefon men i något fall blev det genom brev då det var svårt att få tag på dem via telefon. Våra egna tankar och reflektioner efter insatserna, främst vid konsultationerna, är en annan källa till information som kan balansera och återge en någorlunda övergripande bild av insatserna som kommer att presenteras nedan.

Databearbetning av genomförda insatser

Vanligtvis erbjöd vi en till två basföreläsningar som innehöll psykologiska aspekter på migrations- och asylprocessen, psykiatrisk sjukdom och psykiskt lidande/ohälsa, konkreta tips för att främja de boendes psykiska hälsa och vidare remittering till hälso- och sjukvården och lyfte även fram betydelsen av den egna arbetsmiljön. Föreläsningen följdes upp med konsultation till personalen utifrån specifika önskemål, eller i vissa fall föreläsningar inom särskilda områden, exempelvis barn- och familjepsykologi, konflikthantering, traumapsykologi eller hur man som personal påverkas av att arbeta med människor i utsatta situationer. Vi satte en gräns på upp till fem besök per boendeenhet. I praktiken, speciellt mot slutet av projektet, kunde vi dock i vissa fall överträda den gränsen om det handlade om specifika önskemål om att få flera insatser riktade mot en viss aspekt av ämnet eller om en stor grupp av personal ville ha föreläsningar i olika omgångar med vinkling av temat. Ett exempel på detta var lärare och annan personal på Folkuniversitetet i Göteborg som sysslade med vuxna elever med invandrarbakgrund som hade någon form av funktionsnedsättning. Både föreläsningarna och konsultationerna blev mera omfattande och skiljde sig något från vårt basutbud. Detsamma gällde folkhögskolor och några andra ideella organisationer som arbetade med målgruppen.

Beskrivning av verksamheterna

Under de två åren besöktes mer än ett hundratal aktörer, vilka kunde vara av väsensskild karaktär. När kommuner utgjorde en aktör kunde flera boenden finnas inom kommunen. Göteborg var naturligtvis den största. Spridningen var stor över regionen, vi nådde inte alla kommuner men storleksmässigt allt ifrån Göteborg till Essunga, eller geografiskt från Svenljunga i söder till Åmål i norr, Lysekil i väster och Karlsborg i öster och väldigt mycket däremellan. Vi erbjöd våra insatser till samtliga boenden som svarade ja på vår allmänna inbjudan.

De minsta enheterna var mindre HVB-hem för ett fåtal asylsökande, oftast karakteriserat av 3–5 ensamkommande pojkar, många gånger i privat regi. Mellanvarianten utgjordes av medelstora HVB/stödboenden med plats för 8–15 ensamkommande flyktingbarn, ofta i kommunal regi. Även ideella organisationer eller föreningar kunde vara huvudmän, oftast inom denna kategori av boenden. Dessa medelstora boenden var vanligast förekommande för våra insatser. De större boendena bestod av flyktingförläggningar med familjer eller vuxna ensamkommande, flera hundra personer, t. o. m. över tusen. Dessa kunde drivas av stora aktiebolag eller Migrationsverket.

Det förekom alltså insatser riktade till andra än personal på asylboenden, både föreläsningar och konsultationer, exempelvis till socialsekreterare, folkhögskolor, psykiatrikliniker, flyktingkonsulenter, studieförbund eller projekt inom olika förvaltningar. Det handlade i princip om arbetsgrupper som sysslade med flyktingar på olika sätt och sökte mer kunskap/vägledning kring bemötande av migrationsrelaterad psykisk ohälsa. Totalt sett nådde vi över 1600 personal genom insatserna som i sin tur hade upp emot 5000 personer i sina boenden. Asylsökande som inte fanns på boendena, men som var föremål för ovanstående professionellas insatser (ej boendepersonals) är oräknade i detta antal.

Personalen hade som tidigare nämnts väldigt olika utbildningsgrad, alltifrån universitets- och högskoleutbildade till icke avslutad grundskoleutbildning. Ursprungligen trodde vi detta skulle ha betydelse för vår insats, men i konsultationerna utvecklades dialogen utifrån de förutsättningar som rådde på plats. Personalens engagemang och erfarenhet gick inte att mäta i högskolepoäng och hade förmodligen större inverkan på det kvalitativa utfallet av insatserna än något annat.

En annan faktor vi ville undersöka var vilken status i asylansökningsförfarandet de boende hade. Detta kunde variera mellan asylsökande, att ha tillfälligt uppehållstillstånd, permanent uppehållstillstånd och att ha fått avslag. I många fall bodde man på boenden med blandad asylstatus bland flyktingarna. Den stora merparten av de ensamkommande flyktingbarnen var pojkar medan de vuxna asylsökande eller barn i familjer i högre grad var blandade. KIPA:s verksamhet var så omfattande att fördelningen av de olika variablerna förmodades vara representativ för de grupper som fanns på boendena. Vi valde att inte gå vidare med de variablerna i vår utvärdering.

Utvärdering av föreläsningar och konsultationer

Totalt genomförde vi 100 basföreläsningar och 425 konsultationstillfällen (tillsammans med 126 konsultationsgrupper). Detta berörde närmare 5000 personer på boendena. Genomsnittsbetyget vi fick fram av personalens betygsättning på våra insatser efter att ha gått igenom alla utvärderingsblanketterna låg på 4,3 för basföreläsningarna och på 4,2 för konsultationerna (av maximum 5 poäng). Nedan återges frågor som ingick i blanketterna. För originalform (se bilaga 2–3).

1. I vilken omfattning tycker du att du har haft nytta av föreläsningen/konsultationen med oss?

Mycket lite 1 2 3 4 5 Väldigt mycket

2. Beskriv i några få meningar på vilket sätt det har varit bra.
3. Beskriv i några få meningar vad du har saknat eller vad som inte har fungerat under insatsen.
4. Övriga synpunkter.

Tematisk analys

Över 110 enkäter från 11 verksamheter (vid konsultationer) och från 10 verksamheter (vid föreläsningar) analyserades. Urvalet gjordes med avsikten att få en spridning mellan större och mindre kommuner, olika aktörer (statliga, privata, kommunala och frivilligsektor), olika KIPA-medarbetare, olika storlek på boenden. Reflektioner från KIPA-medarbetare från de 11 verksamheter där konsultationerna hade genomförts, skrevs ned direkt efter avslutning av insatsen och presenteras sammanfattade. Telefonintervjuer gjordes med chefer eller teamledare från flera olika boenden efter insatserna för att ta reda på deras bedömning.

Enkäter från konsultationer analyserades först, därefter enkäterna från föreläsningar. Analysen av kommentarerna var induktiv – inte styrd av specifika frågeställningar. Enkätsvaren lästes och analyserades i ljuset av syftet med insatsen som var ”att höja kunskapsnivån om psykisk hälsa bland personal som arbetar på asylboenden och målet som var att asylsökande skall få en bättre psykisk hälsa.” KIPA-medarbetarnas kommentarer efter konsultationerna lästes igenom och relevanta delar av dessa skrevs ned.

Även resultat av intervjuer med chefer analyserades tematiskt, men mera intuitivt med tanke på att det var färre intervjuer och att svaren från telefonintervjuerna skrevs ned direkt av KIPA-medarbetaren som intervjuade chefen. Utvärderingsenkäter efter TMO-insatsen analyserades på liknande sätt som enkäter efter utbildningen. Först redovisas de kritiska kommentarerna (Beskriv i några meningar vad du har saknat eller vad som inte har fungerat). Därefter de positiva kommentarerna som tematiserats. Därefter redovisas KIPA medarbetarnas kommentarer från de 21 verksamheter där enkätsvar har analyserats.

Föreläsningar

Saknat eller ej fungerat:

Exempel: “Önskemål om mer utrymme under föreläsningen åt praktiska metoder”, ”Bemötande” eller drogrelaterad problematik, För lite om våra elever eller om vår målgrupp” i några fall, Skall bli bättre om ni gör med audiovisuella material, Mer om självskada och suicid, Svårt att se texten då föreläsaren ofta agerade framför.”

Positiva kommentarer:

”Beskriver hur jag mår. Att träffa andra i samma situation. Att få hjälp med struktur”. Få prata ”färdigt”. Väldigt många allmänna positiva omdömen. Väldigt pedagogiskt och informativt. Bra länkar, gott tempo, öppet för diskussion. Det känns bra att få redskap om hur vi kan hantera våra ungdomar på bästa sätt. Ser fram emot konsultationerna, hela infon, direkt nyttig som situationen nu ser ut på asylboenden. Lärorikt, intressant, angeläget. Nyttigt med definitioner och diagnoser och tips på användbara verktyg, Konkreta och praktiskt användbara förklaringar vad gäller psykisk ohälsa”. Andra kommentarer löd: ”Lättförståeligt” ”Tydlighet, förklaringar, boktips”, ”Bra vetskap om att komma från en

annan del av världen”, ”Lätt att ta in”, ”något svårbegripligt har gjorts begripligt”, ”Presentationen. Bra text, bra bilder”. Allmänt positiva omdömen; Djupare förståelse av komplexiteten med asylsökande. Att inkludera sig själv i kunskapsprocessen. Kunskap om relation mellan system och boende, Vad trauma kan medföra, bra om symtom och beteenden.

Konsultationer

Saknat eller ej fungerat:

- De negativa kommentarerna var få. Vanligt var att deltagarna tyckte att tiden var för kort och att man saknade mer konkreta tips om hur man skall göra i vardagen i svåra situationer.

Positiva kommentarer kategoriserade tematiskt:

- *Jättebra, men alldeles för lite*
Den vanligaste kommentaren var att insatsen var för kort. Kommentarererna gav inte så mycket insyn i vad mer tid skulle kunna ge.
- *Men visa mig hur man gör då!*
Det efterfrågades praktisk metodik och anvisningar i hur man skall bemöta ungdomar. ”Verktyg och språk som hjälper oss i bemötande av ungdomar i svår kris. Vissa verktyg har getts, men saknar vissa” ”konkreta lösningar kring våra ungdomars situation”. ”Verktyg och språk som hjälper oss i bemötande av ungdomar i svår kris”.
- *Synd att inte alla var med i gruppen*
Deltagare svarade att man önskade att alla i arbetsgruppen deltog i konsultationerna. Det verkar som om den grupprocessen var viktig för vissa medarbetare, att man arbetar tillsammans som ett lag. Relation och process är viktigt i en grupp som arbetar tillsammans. Att ha lagom mycket tid mellan konsultationstillfällena är viktigt. Det var ”för lång tid mellan konsultationstillfällena” tyckte någon. ”Gärna mer diskussion i mindre grupper.”

Många kommentarer tyder på att vi lyckades med att göra kunskapsområdet begripligt och att konsultationerna var tilltalande i sitt format. Deltagarna uttryckte uppskattning över att få tid att prata om arbetet under ordnade omständigheter. Inramningen av samtalen med personal vid konsultationerna blev en sammanhangsmarkering av att det var ett viktigt samtal. Alla kom till tals om vad de önskade att ta upp i gruppen. Det fanns en samtalsledare och samtalet blev därmed strukturerat. Det fanns ett tidsutrymme och en plats där man kunde tala ostört. Dessa kontextfaktorer har antagligen stor betydelse i en verksamhet, där känslor och kanske organisation fluktuerar.

Personalen saknade i många fall konkreta färdigheter i HUR man skall göra eller agera, bland annat i konfliktsituationer, hotsituationer, när ungdomar inte följer regler eller visar ett oroande beteende. Det kan visa sig vara svårt att lära konkreta färdigheter för en mängd av situationer som kan uppstå på ett boende. En övergripande förståelse för och reflektion över kontextfaktorer som har betydelse för varför svåra situationer kan uppstå, är vanligtvis det man bör ha inom detta arbetsområde. Samtidigt är det rimligt att utbildare

och konsulter kan svara på mera konkreta frågor, som ”vad skall jag göra när en ungdom säger att hen vill ta livet av sig”. Då kan man inte nöja sig med övergripande kunskaper om suicidalitet och bör komma med en del förslag på konkreta handlingar.....”Man har lugnt och sansat fått reda på hur man ska göra i vissa situationer, om man har rätt eller fel.”

Reflektioner

Gemensamt för KIPA-medarbetares reflektioner är att vi mötte engagerade och kunskapssökande personalgrupper, även då man själv är i en förändringsprocess och genomlider osäkra arbets- och anställningsförhållanden. Gemensamt är också att utbildningsgrad har varierat kraftigt inom grupperna, från grundskola till universitet/högskola. Här följer några exempel:

- Det har varit en spännande resa för oss att möta alla dessa vardagshjältar över hela Västra Götaland.
- Vår insats har tagits emot väl på alla ställen där vi har varit. Innehållet i konsultationerna har varierat då grupperna själva fått styra diskussionen och välja fokus utifrån de ämnen vi behandlade i föreläsningen.
- Personal på boendena möter ungdomar med behov av medmänsklig kontakt på olika sätt. De är i behov av hjälp och stöd. De befinner sig ofta i krissituationer, ensamma i Sverige och väntar länge på asylbeslut. Oro över utfallet finns med och påverkar deras hälsa och psykiska tillstånd.
- Stor frustration att inte äga besluten över uppehållstillstånd samt boendets framtida form. Gruppen var i förändringsprocesser parallellt med boendegruppens krisreaktioner. Högt engagemang och spännande diskussioner trots svårigheterna.
- Det kändes som en pedagogisk utmaning att förmedla ett komplext kunskapsområde i några fall, så att det blev begripligt utan att behöva förenkla för mycket.
- Vid föreläsningen som var för all personal i verksamheten framkom klagomål mot arbetsgivare och chefer från några tongivande personer. Vid konsultationerna skilde sig dock de två mindre grupperna åt markant. Den ena gruppen hade uppenbara problem med att acceptera chef och arbetsgivare. Två tillfällen ägnades åt detta. Ett utan och ett med chef, på min (Kipa-medarbetares) inrådan. Situationen kartlades och bearbetades samt ställdes i ljuset av parallellprocesser. Landade väl. De två resterande konsultationerna handlade om PTSD och suicid. Den andra gruppen var samstämd och konfliktfri. Hetlevrade och insiktsfulla diskussioner kring ämnen från föreläsningen. Roligt och ömsesidigt givande.

- Något stel men ändå engagerad grupp. Bestod till största delen av handläggare på olika nivåer. Inte vana att tänka i termer av psykisk hälsa.
- Ovanligt diskussionsglad grupp med hög utbildningsnivå, några lärare, några SYO-konsulenter, kurator eller på annat sätt arbetar med de vuxna eleverna. En arbetsplats med mycket engagemang och kompetens under avveckling, behöver stöd i den processen.
- Flera boenden för ensamkommande flyktingbarn har under insatsens gång fått omorganiseras med neddragningar av personal och stängning av HVB- och anläggningsboenden. Många kommuner har helt upphört med sina HVB-boenden och gått över till stödboenden i stället. Många konsultationer har därför till en del handlat om arbetsmiljö och sekundärtrauma vilket präglar konsultationen starkt.
- Här kommer exempel på några kortare reflektioner: Kändes som en bra insats. Chefer och medarbetare nöjda... / ... Stor grupp med blandade erfarenheter och utbildningsnivå... / ... Dynamisk personalgrupp med flera språk. Uppskattad insats... / ... Engagerad personal... / ... Bra ledning som är medveten om målgruppens behov av omsorg... / ... Intresserade medarbetare. Högt utbildningsnivå i gruppen.

Utbildning i traumamedveten omsorg

Nedan redovisas resultat av utvärdering från en av kommunerna. De övriga två kommunerna gav samma överväldigande positiva kommentarer.

Saknat eller ej fungerat:

”Önskar vi hade knutit an till vår verksamhet med fallbeskrivningar”. ”Önskar tagit in våra egna ungdomar i resonemangen och applicerat kunskapen”. ”Vissa Videor som var på norska”.

Positiva kommentarer:

Man får en aha-upplevelse om hur vi fungerar, även utan trauma / En del saker som man tänkt eller gjort fel kan man försöka rätta till / Bra att få bekräftat det som blivit bra / Allt var bra / Konstruktivt. Väl avvägda avsnitt / Matnyttigt. Bra med både samtal, info, övningar och filmsnuttar / Eftertanke, reflektion, nya glasögon (perspektiv) / Bra beskrivning av trauma och omsorg / Fått en djupare kunskap om detta.

KIPA-medarbetares reflektioner efter TMO-utbildningen

Högt engagemang och aktivt deltagande i gruppen.... Fantastisk process i gruppen trots att verksamheten står inför neddragning där flera kommer att sluta.... Svårt att få samma process igång under en tre-timmars föreläsning... Jämfört med KIPA- föreläsningen är TMO-materialet innehållsmässigt mer begränsat gällande antal områden som lyfts fram, men tidsaspekten som är generösare väger upp detta.

Chefsintervjuerna

Som en del av utvärderingen tog vi fram ett frågeformulär och skickade iväg till 10 valda chefer på boenden där vi hade genomfört insatser i form av föreläsning och efterföljande konsultationer. Urvalet skedde slumpmässigt. Vi formulerade 8 frågor för att få en någorlunda övergripande bild av vad insatserna, enligt chefens uppfattning, hade betytt för personalen. Vi valde att en annan KIPA-medarbetare än den som hade genomfört det aktuella uppdraget skulle ta kontakt med cheferna för att underlätta för att olika synpunkter på insatserna skulle komma fram. Frågorna lydde:

1. Hur tycker du att insatsen, alltså föreläsning och konsultation, var för verksamheten och medarbetarna generellt?
2. Föreläsningen berörde följande områden; **migration, psykiatriska sjukdomar, kris och trauma, arbetsmiljö, hur man själv påverkas av arbetet, konkreta tips**. Är det något eller några av dessa områden, som du inte redan har nämnt, som var speciellt givande för personalen?
3. Hur tycker du att konsultationerna fungerade?
4. Finns det något du saknade i den insats som vi gav?
5. Hade personalgruppen handledning eller utbildning av psykologer innan vi hade kontakt (mer än enstaka föreläsningar)?
6. Har ni haft några utbildnings- eller handledningsinsatser efter vi hade kontakt?
7. Vad tycker du personalen behöver idag, för att utföra sitt arbete så att den psykiska hälsan hos asylsökande blir bättre?
8. Finns det något mer du vill tillägga?

En sammanställning av resultatet av intervjuerna visar följande:

Fråga 1: Alla gav genomgående positivt gensvar vilket tyder på att de var nöjda med insatserna. Bland exemplen kan vi nämna: ... insatserna var rätt i tid/givande och intressanta diskussioner/ innehöll konkreta tips om det mesta/ saklig/bra att våga diskutera svåra ämnen/bra om Strömsundsmodellen/bra om avslagskrisen och separationer.

Fråga 2: Alla 10 svar innehöll ett eller flera ämnen som personalen hade uppgivit som angelägna för dem ex: ... arbetsmiljön/kunskap om parallellprocesser/bra tips om bemötande och att inte behöva tolerera allt i arbetet med ungdomarna/om migrationens följder och psykisk ohälsa/bra med tips och strategier om att arbeta med ungdomarna/förståelse av vad som är PTSD och vad som är annat/avsnittet om avslagskriser/Lågaffektivt bemötande.

Fråga 3: Genomgående positiva svar i 7 av 10 fall, ex: konkreta tips om att hantera hotfullt beteende/bra med mindre grupper vid konsultationerna/bra med att få bekräftelse på att vi var på rätt väg. I tre fall hade boendet av praktiska skäl inte fått konsultationer efter basföreläsningen.

Fråga 4: Av de 10 svaren innehöll tre stycken exempel på ämnen vi kunde ha tagit upp som personalen saknade exempelvis drogperspektiv/ ... de egna strategierna för att hantera dåligt psykiskt mående (alltså hur ungdomarna själva hanterade sina problem).../en chef önskade mera konkreta tips.

Fråga 5: Av 10 boenden hade merparten någon form av handledning eller utbildning i sammanhanget före vår insats i ex. lågaffektivt bemötande, självförsvar eller bemötande av hot, motiverande samtal samt enskilda eller grupphandledningssessioner. 4 boenden hade ingen insats varav ett hade handledning senast 3 år tillbaka i tiden.

Fråga 6: Av svaren tydde två på att de inte har/hade haft liknande insatser efter våra insatser. De andra hade insatser avseende ex. handledning av Nya Grannar/kollegial handledning av en kurator i kommunen/konsulter/handledning avseende BBIC (Barnets behov i centrum).

Fråga 7: Av de 9 svar vi fick på frågan kan vi nämna nedanstående exempel: att få lugn och ro i en turbulent omgivning/mera handledning av KIPA samt tydlighet i att hantera hotfulla personer/mera kunskap om asylprocessen och konfliktsituationer/flera hade önskat fortsatta insatser, mest konsultationer eller mera kunskap om att arbeta vidare med psykisk ohälsa och bemötande/mera utbildning överlag.

Fråga 8: Av svaren tydde de flesta på att man inte hade något mer att tillägga. I 4 fall hade man kommit med positiva kommentarer om insatsen. En chef önskade flera liknande insatser och en hade önskat en utvärdering av omhändertagande av de ensamkommande barnen sedan 2015, hur det påverkade dem och personalen för att dra slutsatser inför en eventuell ny flyktingvåg.

Vår generella slutsats är att cheferna/teamledarna överlag var nöjda med vår insats trots vissa synpunkter om förbättringsområden och önskemål om förlängning av valda delar som skulle passa deras verksamhet. Cheferna återgav samtidigt en överlag positiv feedback från sin personalgrupp som låg i linje med deras egen uppfattning.

Slutsatser

- Frågor kring bemötande av ungdomarna/flyktingarna samt praktiska lösningar på ständigt återkommande vardagskonflikter var av stor vikt för personalen vid konsultationerna, främst gällande de ensamkommande flyktingungdomarna. Behovet av regelbunden handledning är stort och alla boenden kan inte erbjuda personalen den. Hur man hanterar en specifik situation utan att hamna i svårhanterliga konflikter var ett fokusområde vid många konsultationer. Personalen frågade ofta efter den praktiska tillämpningen av kunskaper, snarare än sorts "kunskap i handling" i bemötande av svåra frågor avseende flyktingarna/ungdomarna. Det finns en viss diskrepans mellan det man teoretiskt lär in och det man tillämpar i stunden som brukade framkomma när vi diskuterade specifika situationer eller enskilda ungdomar. Tillämpning av kunskapen får alltid ske med hänsyn till- och i samklang med miljön, sammanhangen och inte minst personalens sammansättning.
- Ett återkommande tema var gränsdragningen mellan personalens uppdrag och ambitionen att ta hand om flyktingarna och hjälpa dem med alla deras svårigheter. En realistisk bedömning av det möjliga stödet är inte alltid lätt när man möter stora

behov. Stöd, omsorg och bemötande av flyktingarnas behov i vardagen som är personalens primära uppgift skulle kunna kompletteras av vård på nästa nivå d.v.s. primärvården. När primärvårdens insatser kräver mer omfattande insatser och specialistvård behövs är det upp till vården att remittera patienten vidare. Denna åtskillnad var ett vanligt inslag i konsultationerna och bidrog till att vägleda personalen i att prioritera rätt i arbetet när behoven var stora och översteg förmågan att ta hand om och erbjuda realistisk och professionell hjälp i den aktuella situationen.

- De allra flesta i personalgrupperna var väldigt engagerade i sina uppgifter och en del såg på sitt arbete som en förpliktelse, en etisk angelägenhet att hjälpa människor i nöd. Det är en bild som skulle kunna uppmärksammas mer i den allmänna debatten för att öka medvetenheten om att stöd och engagemang faktiskt bidrar till att minska psykisk ohälsa hos de asylsökande. Engagemanget gör att man även i konsultationerna vågar att bemöta och handskas med flyktingarna oro med större mod och kraft. Utan dessa tysta insatser hade flyktingarna, med stor sannolikhet, mått betydligt sämre. Detta blir ännu mera uppenbart när det gäller de ensamkommande ungdomarna. Med stödinsatser i tid och på rätt plats till personalen kan man åstadkomma en hel del positivt på boendena med tanke på den stora potential och det engagemang som personalen har. Detta minskar samtidigt den ensidiga föreställningen om att förknippa flyktingskap med endast problem och ohälsa. Organisatoriska problem får inte störa eller minska detta angelägna stöd.
- Vi kunde konstatera hur personalen och även cheferna som organiserade det praktiska arrangemanget uppskattade att vi var beredda att erbjuda insatserna på plats i respektive kommun där de önskade. Vi var beredda på att åka till boendena vilket underlättade för dem då många boenden trots stort behov av insatserna inte kunde samordna sina sammankomster i tid och rum. Det fanns alltså boenden som fick basföreläsningen men hade i fortsättningen svårt att ordna gemensamma tider för att få konsultationerna på önskad plats. Vi visade flexibilitet i det avseendet vilket underlätta en hel del för många boenden.
- På flera boenden och andra arbetsplatser blev insatserna uppskattade och man efterfrågade flera insatser utöver basutbudet. Vi erbjöd därför temahalvdagar med specifika ämnen som självskadebeteende och/eller problemskapade beteende, att hantera oro och motivationsbrist hos ungdomarna på HVB-hem o.s.v. Vi blev anlitade av verksamheter som arbetade med målgruppen utan att vara boende. Den största av dem var Folkuniversitetet som utöver basföreläsningarna i stora grupper fick insatser i form av seminarier eller Workshops om bland annat koncentrations- och inlärningssvårigheter hos funktionsnedsatta vuxna flyktingar med trauma eller migrationsrelaterad stress/ohälsa.
- Omställningen från HVB-hem till stödboende och en hel del andra omorganiseringar var en stor stressfaktor för personalen. I en verksamhet som har till uppgift att förmedla förutsägbarhet, stabilitet och tillit till sin målgrupp och visa att strukturen håller skulle detta medföra negativa följder. Det vållade stor

osäkerhet hos personalen som behövde stöd på flera planer. Frustrationen vid konsultationerna var en viktig uppgift att hantera så att personalen orkade gå vidare i sitt arbete utifrån de befintliga förutsättningarna. Det visar samtidigt på behov av pågående extra stöd i verksamheter som arbetar med människor i nöd, speciellt i kritiska situationer där ökad osäkerhet kan öka risken för konflikter i personalgruppen. Att sortera bland olika känslor för att med samlade krafter rikta uppmärksamheten mot huvuduppgiften kan tidvis kräva mer omfattande och genomtänkta insatser än kortvariga projekt.

- En lärdom vi kan dra av projektet är att inför kommande insatser vid liknande situationer är det bra med viss krisberedskap, kanske genom en samordningsinstans. Att i förväg ha förberett viss kompetens och vissa personer i relevanta verksamheter för att kalla till hjälp när det gäller kan vara en sådan åtgärd. Man kan då ta till vara tidigare förvärvad kunskap och erfarenhet gällande ex. krishantering vid flyktingströmmar för att snabbare komma i gång. Det gäller för samhället överlag. När det gäller projektet kan vi konstatera att det nog tog något för lång tid för oss att utforma och börja genomföra basutbudet, främst basföreläsningspaketet. Med tanke på den samlade erfarenheten hos projektets medarbetare verkade det lättare att komma igång med att tillgodose personalens behov av konsultationerna. Denna kunskap kan samtidigt tas i bruk vid utbildningar till människovårdande yrken eller i lärarutbildningar.
- Under arbetes gång fick projektet anpassa sig efter nya omständigheter som vi svårligen kunde förutse från början. Vi ändrade alltmer fokus från Psykisk (o)hälsa bland flyktingar generellt till att för det mesta syssla med boenden som hade ensamkommande flyktingbarn och/eller ungdomar, tydligast under andra året av projektet. Även om det är mycket gemensamt för båda grupperna finns det en del specifika frågor bland unga flyktingar, främst ensamkommande, som måste få specifik uppmärksamhet. I den gruppen hade ensamkommande afghanska pojkar/killar en särställning som vi fick arbeta med även om det fanns ensamkommande barn och ungdomar från en rad andra länder. Att bemöta problemskapande beteende hos ensamkommande flyktingungdomar eller självskadebeteende och liknande frågor kom att dominera konsultationerna i takt med att vi anpassade oss till boendepersonalens specifika frågeställningar. Vanliga frågor gällde självskador och utagerande bland de asylsökande ungdomarna och hur personalen kunde hantera dessa jämte sina egna reaktioner. Exempel på andra frågor som kunde komma upp till diskussion vid konsultationerna rörde narkotika och hantering av den på boendena samt de unga flyktingarnas sexualitet. Vidare såg vi att flera kommunala HVB-hem stod inför att omorganiseras till stödboenden med lägre bemanning och därmed förestående förändring och ofta nerdragningar i personalgrupperna. Några kommuner stängde boenden som en konsekvens av avvisningar, uppskrivningar i ålder samt minskad flyktingström. Dessa omständigheter ändrade på våra arbetsvillkor och präglade dem starkt vid slutet av projektet vilket i vissa konsultationer hade inslag av krishantering och mera personalstöd.

- När man sysslar med interaktiva processer med människor med stora hjälpbehov är det viktigt att kunna skilja mellan kända generella processer och enskilda faktorer i varje specifikt fall. Ett exempel är att sortera bland migrationsrelaterade faktorer, allmänmänskliga eller åldersadekvata krisreaktioner som kan intensifieras av svåra omständigheter eller psykisk ohälsa. Det förekommer psykiatriska tillstånd hos alla grupper i samhället oavsett om man är flykting eller inte. Ett annat exempel är att kunna sortera bland specifika arbetsmiljöproblem eller de egna känslorna hos personalen och vad i klienternas beteende kan orsaka eller öka stress hos dem. Känslor av otillräcklighet är vanliga även om man brukar göra sitt bästa. Att hjälpa människor i kris innebär många gånger att stabilisera, lugna och reglera sina egna känslor för att kunna hjälpa sin klient. För detta ändamål behöver personalen kontinuerligt stöd från sin organisation och en stabil, förutsägbar och trygg arbetsmiljö.
- Att genomföra föreläsningarna interaktivt visade sig vara uppskattat. Många tyckte att formen var engagerande och stimulerade till en dialog även om föreläsaren hade förberett och planerat presentationen i förväg. Interaktiviteten var förstas ännu mera framträdande i konsultationerna där ämnena initierades av deltagarna själva och handlade om vad de mötte i sin vardag på boendena. Dialog som en modell för kommunikation kan samtidigt fungera pedagogiskt i personalens aktiva lyssnande och uppmärksamhet av flyktingarna.

Bilaga 1.

2016-12-21

Ansvariga asylboenden i respektive kommun, Västra Götalandsregionen

Erbjudande om utbildning

Kompetenshöjande Insatser för Personal på Asyl- och anläggningsboende (KIPA) i Västra Götalandsregionen

Som ett led i regerings beslut i dec 2015 om tillfälligt stöd till landsting och kommuner för att hantera flyktingsituationen har Västra Götalandsregionen (VGR) beslutat att satsa på kompetenshöjande insatser för personal på asyl- och anläggningsboende (även HVB). Projektet löper under 2016 till 2018. Syftet är att genom utbildning och konsultation till personal medverka till att bibehålla eller förbättra den psykiska hälsan bland asylsökande.

De insatser vi erbjuder är föreläsningar om flykting- och asylproblematik med sikte på psykisk hälsa. Vi som erbjuder insatserna är alla psykologer med erfarenhet av arbete med asylsökande, både barn och vuxna, inom vård och omsorg.

Vanligtvis erbjuder vi en grundföreläsning som innehåller psykologiska aspekter på migrations- och asylprocessen, psykiatrisk sjukdom och psykiskt lidande/ohälsa, konkreta tips för att främja de boendes psykiska hälsa och vidare remittering till hälso- och sjukvården men vi lyfter även fram betydelsen av den egna arbetsmiljön. Föreläsningen kan följas upp med konsultation till personalen utifrån specifika önskemål, eller föreläsningar inom särskilda områden, till exempel barn- och familjepsykologi, konflikthantering, traumapsykologi eller hur man som personal påverkas av att arbeta med människor i utsatta situationer. Vi erbjuder upp till fem besök per boendeenhet.

Utbildnings- och konsultationstillfällena är avgiftsfria. HVB-hem, asyl- och anläggningsboenden kan ta del av erbjudandet oavsett driftsform (kommunalt, privat, etc.). Kontakta projektledaren eller någon av projektmedarbetarna för att få mer information eller boka ett utbildningstillfälle

Sven Ernstsson
Leg psykolog, projektledare
sven.ernstsson@vgregion.se
0700-20 77 14



Nanette Landberg
Leg psykolog, Leg terapeut,
grupp- och organisationspsykolog
nanette.landberg@vgregion.se
0700-20 77 15



Farzad Pakzad
Leg psykolog, Leg terapeut,
specialist i klinisk psykologi
farzad.pakzad@vgregion.se
0700-20 77 13



Ole Hultmann, Leg psykolog, Leg terapeut,
specialist i klinisk psykologi, Fil dr
ole.hultmann@vgregion.se,
0700-87 89 82



Bilaga 2.

Utvärderingsblankett föreläsningar

Efter vi har haft kontakt med personal på asylboenden, vill vi gärna veta lite om vad ni har tyckt om insatsen. Vi kommer löpande att använda era reflektioner (utöver det ni kanske har sagt direkt till oss) för att justera vårt upplägg. Dina synpunkter kan därför få (positiva) följdverkningar för personal vi träffar på andra boenden. Slutligen kommer vi också att sammanställa synpunkterna i vår projektrapport (årtal). Det bör inte ta mera än 10 minuter av din tid att fylla i enkäten.

Med vänlig hälsning Sven Ernstsson, projektledare

1. I vilken omfattning tycker du att du har haft nytta av kontakten med oss?

Mycket lite	-	-	-	-	-	Väldigt mycket
	1	2	3	4	5	

2. Beskriv i några få meningar på vilket sätt det har varit bra.

FRITEXT

3. Beskriv i några få meningar vad du har saknat i presentationen eller vad som inte har fungerat under utbildningstillfället.

FRITEXT

4. Övriga synpunkter (skriv på baksidan om du behöver mer plats)

Dagens datum: 2018-04-06

Folkuniversitetet

Min utbildning (ringa in):

Grundskola

Gymnasium

Eftergymnasial

Universitet/
Högskola

Mitt yrke:

Bilaga 3.

Utvärderingsblankett konsultation

Vill vi gärna veta lite om vad ni har tyckt om den KONSULTATIONEN ni har fått efter vårt första utbildningstillfälle. Vi kommer vi att sammanställa synpunkterna i vår projektrapport. Det bör inte ta mera än 10 minuter av din tid att fylla i enkäten.

Med vänlig hälsning Sven Ernstsson, projektledare

1. I vilken omfattning tycker du att du har haft nytta av KONSULTATIONEN med oss?

Mycket lite	-	-	-	-	-	Väldigt mycket
	1	2	3	4	5	

2. Beskriv i några få meningar på vilket sätt det har varit bra.

FRITEXT

3. Beskriv i några få meningar vad du har saknat eller vad som inte har fungerat under vid KONSULTATIONSTILLFÄLLEN

FRITEXT

4. Övriga synpunkter (skriv på baksidan om du behöver mer plats)

Dagens datum: 2018-03-07

Folkuniversitetet

Min utbildning (ringa in):

Grundskola

Gymnasium

Eftergymnasial

Universitet/
Högskola

Mitt yrke:

Dokumentnamn: Flyktingprojekt KIPA – Slutrapport
Kontaktperson: Farzad Pakzad, Leg. Psykolog
Nuvarande arbetsplats: Barn- och ungdomspsykiatri, Stenungsund
Mejl: farzad.pakzad@vgregion.se