



Utvärdering av SAM-projektet

Juli 2015 - augusti 2017

Moa Lygren, Folkhälsocentrum, Region Norrbotten. www.norrbotten.se/folkhalsa. ©2017

Folkhälsocentrums uppdrag:

- Vara landstingets kunskapscentrum inom folkhälsa, samordna och leda landstingets strategiska folkhälsoarbete, skapa förutsättningar för och genomföra insatser i syfte att uppnå målen i folkhälsopolitisk strategi och landstingsplan
- Följa, analysera och kommunicera information om norrbottningarnas hälsa, levnadsvanor, livsvillkor och vårdkonsumtion för att öka kunskapen om norrbottningarnas hälsa och behov utifrån kön, ålder och perspektivet jämlik hälsa.
- Stödja och delta i planering av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete, inom hälso- och sjukvården och i dess samverkan med andra aktörer.
- Sprida kunskap och erfarenheter om evidensbaserade metoder
- Samverka nära med landstingets FoU-verksamhet för att bidra till forskning, utbildning och förbättringsarbete inom folkhälsoområdet
- Nära samverka med kommunerna i strategiska utvecklingsfrågor kring förverkligandet av den folkhälsopolitiska strategin.

Innehåll

Så började SAM-projektet	iv
Sammanfattning av utvärderingen	v
Bakgrund	1
Folkhälsa, hälsa och psykisk hälsa – begreppen	1
Faktorer som påverkar den psykiska hälsan	3
Barn och ungas egna ord om psykisk ohälsa	4
Ojämna förutsättningar för hälsa	4
Barnets rättigheter – en del av de mänskliga rättigheterna	6
Folkhälsoarbete och perspektiv i arbetet	8
Etik	9
Delaktighet	11
Medskapande ledarskap	11
Utvärdering av SAM projektet	12
Pilotprojektet och samverkan	14
Samverkan	16
Resultat och diskussion	17
Metoderna i projektet	18
Reflektion om metoder	28
Att välja metod i skolan	28
Etik- och kvalitetssäkringsverktyget – ett direkt resultat av utvärderingen	30
FoUI Norrbottens Kommuner om Etik- och kvalitetssäkringsverktyget	31
Arbetet för att främja delaktighet	32
Kultur som processverktyg för att främja delaktighet och inflytande	32
Att involvera de unga själva	32
HEL projektet i Boden	33
Enkätundersökning HEL	34
Hälsofrämjande skola – skolan som hälsofrämjande arena	34
Ungas egna tankar – Studentarbeten med SAM-utvärderingen som uppdragsgivare	35
Värden som grundläggande perspektiv	37
Samverkan – olika nivåer	38
Rekommendationer	43
Referenser	44
Bilaga 1: Statistik från hälsosamtalet i skolan	48
Bilaga 2: Tidiga mål i piloten	51

Så började SAM-projektet

Intervju med Agneta Granström, MP Landstingsråd, 8 dec 2015:

Det var en lång process som ledde fram till projektet, under många år vi har följt Hälsosamtalet i skolan och jag såg en försämring. Jag har haft politiskt ansvar för folkhälsofrågorna under många år, vi har gjort många insatser men våra insatser gav inte den effekt som vi önskade. I och med de små medel som fanns så jag gick till styrelseordförande och beskrev läget samt de behov som fanns ute i länet Jag hade följt hälsoläget i östra Norrbotten, men vi såg inte att vi hade något effektivt arbete där. Vi vill ha effektiva insatser men det fanns inte pengar. Mer medel för folkhälsoarbetet behövdes. Vi hade många politiska diskussioner innan vi kom fram till ett beslut.

Jag och styrelseordförande kom vi överens om att ta medel från budgeten för oförutsedda utgifter i landstingsstyrelsen. Vi kom överens om att avsätta 4 miljoner till att arbeta med att förbättra folkhälsan hos barn och unga. Jag och styrelseordförande bjöd in Bodil Larsson, folkhälsostrateg på Folkhälsocentrum, på det mötet. Nu hade vi hade avsatt pengar och vi ville få till ett projekt. Bodil fick ett uppdrag att göra en projektbeskrivning. Redan då var Haparanda ett självklart val, på grund utav att de hade så högt ohälsotal i kommunen, de var inkluderade på en gång. Tjejerna i Boden såg vi också utmärkte sig, de mådde sämre än genomsnittet i länet. Jag stötte på Kathrun (rektor på Björknäsgymnasiet i Boden) och började prata om flickornas ohälsa i kommunen. Kathrun berättade då om ett projekt de hade startat – HEL projektet. Vi diskuterade om vad lanstinget skulle kunna bidra med i form av stöttning till projektet - hjälpa till med att hitta nya metoder, utvärdera, bredda det som redan finns och effektivisera. Landstinget skulle stötta upp i ett arbete de redan gjorde utifrån en modell som de utarbetat själva. Jag besökte Kathruns program på Björknäsgymnasiet och fick en fantastisk dragnings av henne och hennes lärare. Efter besöket berättade jag till Bodil om projektet och hon fick ta det vidare därifrån. Efter det förankrades projektet politiskt ute i kommunerna med den politiker som hade ansvaret för folkhälsa i kommunen, även kommunalråden var medvetna om erbjudandet landstinget kom med.

Jag ville vara tydlig från början med vad landstinget kan bidra med. Jag berättade tydligt vad kommunerna inte kunde få, om vi ingår i samverkan så kan vi stödja kommunerna i deras arbete. Den egna förankringen gjorde kommunerna själva. Vi skulle bidra med kompetens och det som efterfrågades lokalt. Jag anser att SAM-projektet kunnat erbjuda kommunerna hjälp att utveckla och testa metoder för att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga. Vi har bidragit med att utvärdera metoderna för att kunna ge ett så stort evidensbaserat material som möjligt. Vi har svarat på behov och byggt på det som redan finns ute i kommunerna.

Intervju med Bodil Larsson, processledare i projektet. 9 nov. 2015:

Det började med ett initiativ från politikerna då de sett statistik på hur unga mår i länet. Det var Agneta Granström och Kent Ögren som tog initiativet, detta var hösten 2013. Vi var så långt ifrån att nå målet för hur unga skulle må i länet, så de tyckte något skulle hända. Så då började jag ta fram en nulägesbeskrivning. De vill att vi skulle ta fram ett underlag för ett projekt. Jag fick hjälp av studenter från LTU att ta fram ett underlag för vad Bodens kommun behövde. Jag försökte hitta evidensbaserade metoder från 0-18 år, i en tidslinje då. En kartläggning gällande alla förebyggande insatser som fanns i kommunen. Vi valde ut kommuner utifrån hur de unga mådde, en liten kommun och en lite större kommun. En glesbygd och en mer central.

Jag skrev en ärendebeskrivning och projektplan. Våren 2014 – utbildade jag politiker i både landsting och kommun. Jag besökte Landstingsfullmäktige och alla kommunalråd i länet. Agneta Granström förankrade projektet med politiker från de utvalda kommunerna, Boden och Haparanda. Samma vår träffade jag både Boden och Haparanda, ungefär den uppsättning som blev styrgrupperna (nu mer projektstöd). Det var rektorn/rektorer för gymnasieskolan, ansvarig för socialförvaltningen, ansvarig för elevhälsan, utbildningsförvaltningen, mödravårdscentraler, ungdomsmottagning, BUP och landstingets verksamhetsutvecklare samt även folkhälsosamordnare i kommunerna. Då berättade jag om evidensläget, bakgrunden, metoder som finns och så pratade jag också om att projektet skulle vara en medskapande process. Projektet skulle ha ett medskapande ledarskap. Jag poängterade att behoven måste komma från dem och vi fungerar stöttade i processen. Det är del av vår enhets uppdrag (Folkhälsocentrum).

Sen gick vi ut och sökte projektledare, vilket resulterade i att vi anställde Linda Moestam som projektledare...

Sammanfattning av utvärderingen

I Sverige och Europa har folkhälsoarbetet en lång tradition och har tillsammans med allmänna välfärdspolitiska insatser resulterat i en stadigt ökande medellivslängd. Forskning har visat att hälsan är ojämnt fördelad i befolkningen och att det vid sidan om genetiska skillnader framför allt är sociala faktorer såsom utbildningsnivå, inkomst och kulturell bakgrund, som är avgörande för sjukdomsmönster och livslängd. Hälsa eller ohälsa i befolkningen det vill säga folkhälsan, kan förstås som ett samspel mellan grundläggande levnadsförhållanden, individens livsstil och förutsättningar att fatta hälsoriktiga beslut, befolkningens åldersstruktur, ärftliga förhållanden och resurser i samhället.

De senaste decennierna har det skett en ökning av psykisk ohälsa bland tonåringar, psykosomatiska besvär och emotionella problem verkar öka bland barn och unga. Pilotkommunerna i projektet var Boden och Haparanda, en större kommun och en mindre kommun. Geografiskt skiljer de sig också åt, en inlandskommun och en kustkommun. I projektplanen för projektet skrevs det in att projektet skulle utvärderas. Utvärderingen startade sommaren 2015, ett år in i projektet och utfördes på 50 % fram till sommaren 2017. Syftet med utvärderingen var att utvärdera arbetsmodellen för SAM-projektet där projektets syfte är att bygga upp en bas för hur psykisk hälsa kan främjas och hur psykisk ohälsa kan förebyggas i länet, arbeta för en samsyn i länet och för att ta bort stigmat kring psykisk ohälsa. Ett delsyfte i utvärderingen är att se över den samverkan som sker i projektet, eventuella hinder och framgångsfaktorer för en välfungerande samverkan aktörer emellan som en del av förbättringsarbetet.

Ett antal metoder har utvärderats i projektet, metoder som riktas till unga och metoder som är föräldrastödjande. En del är mer forskade på än andra. Rekommendationer om metoder föregås av att metoden passar det behov som yrkesverksamma upplever. I och med granskningen av metoderna väcktes frågor om hur stort utrymme det finns att värdera metoder i skolans värld, varpå arbetet med etik- och kvalitetssäkringsverktyget påbörjades som ett samverkansprojekt med Norrbottens kommuner.

Förutom att det funnits metoder i projektet har det även funnits arbeten för att främja delaktighet. Enligt Barnkonventionens artikel 12 har barn rätt att uttrycka sin åsikt och bli tillfrågade i frågor som rör dem. Att stärka delaktighet är att främja hälsa. I ett av arbetena för att stärka delaktighet användes kultur som processverktyg, kultur som i sig är hälsofrämjande.

Utvärderingens delsyfte var att se över samverkan som sker i projektet för att hitta framgångsfaktorer, hinder och ge förslag på förbättringar. Den samverkan som skett och de problem som funnits längs vägen har kunnat kännas igen i litteratur om samverkan, det är således inget unikt för projektet. Däremot finns det även välgrundade förslag som kan underlätta samverkan mellan olika aktörer.



Bakgrund

Folkhälsa, hälsa och psykisk hälsa – begreppen

”Folkhälsa är ett begrepp som beskriver hälsa, sjuklighet och dödlighet liksom levnadsvanor, hälsorisker och skyddsfaktorer för hälsa i befolkningsgrupper. Begreppet innefattar inte bara summan av individens hälsa utan även mönster av större och mindre olikheter i hälsa råder mellan olika grupper inom befolkningen”

Nationella Folkhälsokommittén, 2000

I Sverige och Europa har folkhälsoarbetet en lång tradition och har tillsammans med allmänna välfärdspolitiska insatser resulterat i en stadigt ökande medellivslängd (Schäfer Elinder och Kwak, 2014). År 2003 antogs det övergripande målet för den nationella folkhälsopolitiken: *”Att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Särskilt angeläget är att det att hälsan förbättras för de grupper som är mest utsatta”* (Proposition 2002/03:35, Mål för folkhälsan). Det övergripande målet för folkhälsopolitiken förpliktar ett arbete för en jämlik hälsa.

Forskning har visat att hälsan är ojämnt fördelad i befolkningen och att det vid sidan om genetiska skillnader framför allt är sociala faktorer såsom utbildningsnivå, inkomst och kulturell bakgrund, som är avgörande för sjukdomsmönster och livslängd (Schäfer Elinder och Kwak, 2014). Hälsa eller ohälsa i befolkningen, det vill säga folkhälsan, kan förstås som ett samspel mellan grundläggande levnadsförhållanden, individens livsstil och förutsättningar att fatta hälsoriktiga beslut, befolkningens åldersstruktur, ärftliga förhållanden och resurser i samhället (Pellmer och Wramner, 2011).

”Folkhälsovetenskap studerar hälsotillståndet och dess förändringar och fördelningar i befolkningen och de faktorer som inverkar samt hur man påverkar hälsoutvecklingen och klyftorna i hälsa mellan olika grupper i samhället. Folkhälsovetenskap använder gränsöverskridande forskningsansatser och fokuserar speciellt på livsvillkorens, levnadsvanornas, miljöns, samhällsstrukturens och hälsosystemets betydelse för hälsoutvecklingen. Kunskaper och kompetenser skapas för hälsofrämjande arbete och förebyggande av sjukdom och skada och för kritisk värdering av effekterna av olika åtgärder”

Konsortiet för akademisk folkhälsoutbildning

Hälsans bestämningsfaktorer

Under 80- och 90-talet skedde en långsam perspektivförskjutning inom folkhälsoarbetet, från fokus på specifika sjukdomar (patogenes) till att fokusera på hälsa och hälsans bestämningsfaktorer (salutogenes). Samtidigt skedde en förskjutning från insatser riktade till individen till att inkludera hela samhället (Schäfer Elinder och Kwak, 2014).

Dahlgren och Whiteheads (1991) "halvmåne" med lager som visar på påverkan på hälsan ger ett bra helhetsperspektiv på hälsans bestämningsfaktorer (Bild 1). Bilden visar faktorer som påverkar folkhälsan, direkt och indirekt. Den visar på faktorer som påverkar på makro- och mikronivå.

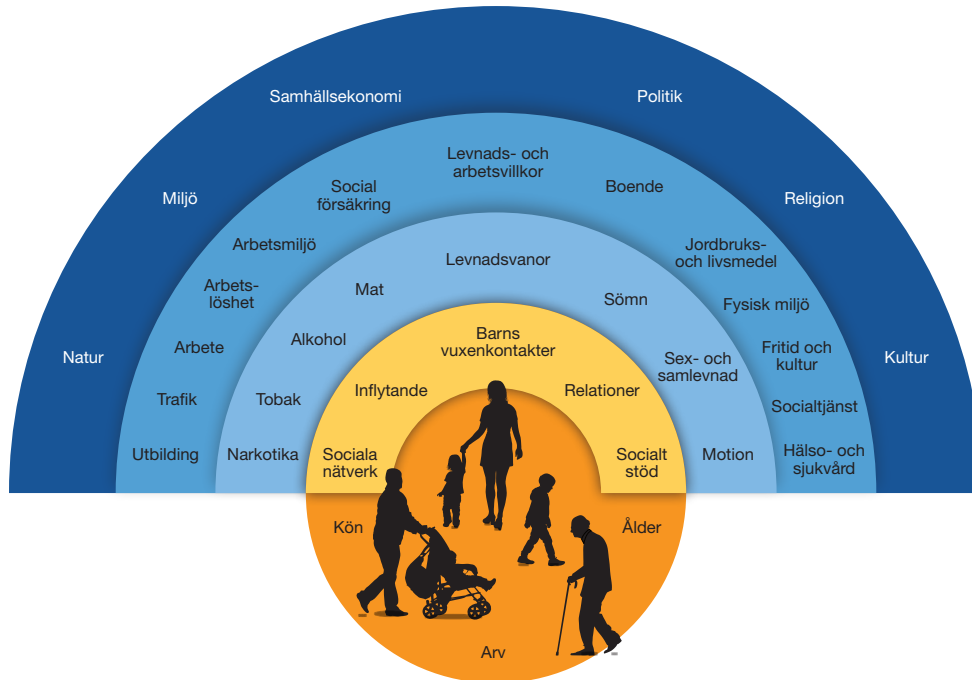


Bild 1. Hälsans bestämningsfaktorer efter Dahlgren och Whitehead, 1991.

Exempelvis har ett barn (generellt sett) som växer upp i en högutbildad familj med ett starkt socialt stöd, bra relationer, vilket ofta leder till större möjligheter att klara skolan, studera vidare, få ett arbete med bra arbetsmiljö och en inkomst personen kan klara sig på, vilket i sin tur ger större möjligheter att påverka sina egna levnadsförhållanden.

Definiton på ordet hälsa

Världshälsoorganisationen, WHO's definition på hälsa har förändrats genom åren till att handla om att hälsa är en resurs och att ansvaret inte bara ligger på individen utan även hos gruppen och samhället. En annan central aspekt av WHO's definition av hälsa är att hälsa ses som en grundläggande mänsklig rättighet.

Rent teoretiskt kan vad som innefattas i begreppet hälsa delas upp i två huvudinriktningar, den biomedicinska och den humanistiska. I denna utvärdering utgår det från den humanistiska inriktningen, men inom den finns det även olika strömningar. Författaren av utvärderingen har valt en salutogen ansats för hälsa. Det vill säga ett salutogent perspektiv ser till faktorer som leder till hälsa, en salutogen ansats innebär inte att man överger det patogena synsättet (vad som orsakar sjukdom) utan de kompletterar varandra (Medin och Alexandersson, 2000).

Vardagsföreställningar om hälsa

Folkhälsa och individers syn på hälsa är två olika saker. Synen på hälsa på individnivå, det vill säga vardagsföreställningar om hälsa, har varit föremål för flertalet studier. De har visat att vanliga vardagsföreställningar om hälsa är:

- Hälsa som frånvaro av sjukdom.
- Hälsa som resurs, styrka.
- Hälsa som att vara i jämvikt, i form. (Medin och Alexandersson, 2000).

Uppfattningar om vad hälsa är har varierat över tid. Dess olika mening kan ses som sociala konstruktioner; begreppet hälsa har olika innebörd för olika människor samt att den gemensamma nämnaren är att hälsa är något viktigt i människors liv (Andersson och Ejlertsson, 2009).

Psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd – en definition

WHO (2001) definierade psykisk hälsa som ett tillstånd av mentalt välbefinnande där varje individ kan förverkliga de egna möjligheterna, kan klara av vanliga påfrestningar, kan arbeta produktivt och kan bidra till det samhälle hon eller han lever i. Psykisk hälsa innefattar alltså något mer än frånvaro av psykisk ohälsa, och inbegriper både individens upplevelse och relationen mellan individen och det sociala sammanhang hen lever i.

Begreppet psykisk ohälsa är en samlad beteckning för mindre allvarliga besvär till exempel oro och nedstämdhet. I begreppet ryms även mer allvarliga symtom som uppfyller kriterierna för psykiatrisk diagnos. De psykiska besvären som oro och nedstämdhet kan vara normala reaktioner i livet och är ofta övergående. Allvarlig form av psykisk ohälsa som tar sig i uttryck i syndrom är ett psykiatriskt tillstånd (Bremberg och Dalman, 2015)

Utveckling av psykisk hälsa i Sverige

De senaste decennierna har det skett en ökning av psykisk ohälsa bland tonåringar (Folkhälsomyndigheten, 2014). Hur barn och unga ser på psykisk hälsa eller ohälsa kan skilja sig åt i olika åldrar men även från vuxnas synsätt (Pihlblad och Åberg, 2011). Yngre barn kopplade i en studie ihop psykisk hälsa med relationer till nära vuxna, vänner och andra personer i omgivningen. De yngre barnen ansåg att familjeproblem, brist på vänner och mobbning samt att det gick dåligt i skolan var negativa bestämningsfaktorer. Unga relaterade känslor av nedstämdhet, stress och självförtroende till begreppet (Pihlblad och Åberg, 2011).

Warne (2013) beskriver att nordiska forskningsöversikter inte ger en entydig trend om psykisk hälsa hos barn och unga men att psykosomatiska besvär och emotionella problem verkar öka, framförallt hos flickor. Longitudinella studier visar att skillnader mellan könen vad det gäller depressiva symtom börjar vid 13-14 års ålder (Gillander Gådin och Hammarström, 2005)

Faktorer som påverkar den psykiska hälsan

Individuella egenskaper som främjar psykisk hälsa

Enligt Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor – MUCF (2015) har kön visat sig vara en viktig markör för hur unga uttrycker, förstår och förhåller sig till psykisk ohälsa. Konstruktioner av kön påverkar hur individen uttrycker och hanterar psykisk ohälsa. Konstruktioner av femininitet bidrar till att kvinnor uppmärksammar och beskriver sin ohälsa i högre grad, medan konstruktioner av maskulinitet hindrar män från att uttrycka sig om sin psykiska ohälsa och från att söka hjälp. Dessutom gör dessa konstruktioner att tjejer och killar har olika sätt att kommunicera problem, vilket kan leda till ett stort mörkertal kring killars psykiska ohälsa (MUCF, 2015).

I en studie av Zetterström Dahlqvist et al (2012) fann de ett starkt samband mellan hög andel av depressiva symtom och lågt stöd samt mobbning hos både pojkar och flickor. För tjejer fanns det ett signifikant samband mellan press i skolan och sexuella trakasserier samt depressiva symtom. Gillander Gådin och Hammarström (2005) slår fast att sexuella trakasserier i skolan och psykisk ohälsa hos tjejer har ett statistiskt signifikant samband. Vidare slår de fast att skolan måste erkänna sexuella trakasserier som ett arbetsmiljöproblem likväl som ett hälsoproblem samt att de bör inkludera ett genusperspektiv i det förebyggande arbetet. I studien av Zetterström Dahlqvist et al (2012) visade även att, att ha lika mycket pengar som sina vänner att röra sig med och göra samma saker hade ett starkt samband med depressiva symtom. Att inte kunna göra samma saker som sina vänner på grund av brist på pengar kan leda till en exkludering ur gemenskapen och minska möjligheterna till att känna en tillhörighet vad det gäller vissa sociala markörer.

Strukturella faktorer som påverkar den psykiska hälsan

Det finns strukturella faktorer som påverkar barn och ungas hälsa. De mest betydelsefulla determinanterna/bestämningsfaktorerna för ungdomars hälsa är strukturella faktorer så som tillgång till ut-

bildning, nationell välfärd och jämlik inkomst. Även trygga och stödjande familjer och skolor samt stödjande och positiva vänner är avgörande för unga ska ha möjlighet att utvecklas och nå sin fulla potential (Warne, 2013). Viktiga faktorer för välbefinnandet under uppväxt åren är goda uppväxtförhållanden och relationer i förskolan och skolan samt framtidstro (Philblad och Åberg, 2011).

Barn och ungas egna ord om psykisk ohälsa

I rapporten När livet känns fel – ungas upplevelser kring psykisk ohälsa, MUCF (2015) slås det fast att det stora flertalet unga som har en icke-diagnostiserad psykisk ohälsa inte får något stöd från samhället. De flesta unga i studien beskrev att de har egna sätt att själv hantera sitt dåliga mående (MUCF, 2015).

Hur vill unga få stöd?

- Låga trösklar och öppna dörrar
- Tryggt och välkomnande sätt
- Empatiskt bemötande, tid för att bli lyssnad på och inga fördomar
- Hjälp att bära ansvaret
- Lyhördhet för individens situation – ibland kan kontakter med familjen göra läget värre
- Unga vill kunna påverka hur stödet utformas

Källa: MUCF, 2015

I en rapport av Barnens rätt i samhället - BRIS (2012) formulerar barn med egna ord och berättar om sin psykiska ohälsa. Studien är en kvalitativ analys av kontakter BRIS haft med barn genom chatt och mejlkontakt. BRIS (2012) beskriver att det genomgående i barnens texter framkommer att de upplever sig ensamma med att bära på tunga hemligheter och stor smärta. Barnen är hjälpsökande men har svårt att våga lita på att vuxna ska förstå deras problem och lidande. Barnen uttryckte trötthet, uppgivenhet och en avsaknad av framtidstro samt att självmordstankar var vanligt förekommande bland de unga som deltog i studien (BRIS, 2012).

Ojämna förutsättningar för hälsa

Intersektionalitet som analysverktyg

Att arbeta intersektionellt möjliggör för en verksamhet att inkludera fler dimensioner som inkluderar fler individer. Det handlar om att på ett kritiskt sätt förstå hur människor kategoriseras och vilka effekter det kan leda till för individen och för samhället. Grundidén med det intersektionella perspektivet är att relationer av makt och förtryck som är baserade på särskiljande kategorisering som kön, klass, etnicitet, sexualitet, religion, funktionshinder etc. inte kan betraktas som separata från, eller oberoende av varandra. Tanken är istället att alla dessa dimensioner samverkar (Lindgren, 2007). Begreppet betyder helt enkelt att olika företeelser och kategorier inverkar samtidigt i människors livssammanhang. Faktorer som plats (land, stad eller bostadsområde), könsuttryck, klass, språk, sexualitet, ålder, politiska preferenser och specifika erfarenheter spelar alla roll för människors identifikationer och sätt att leva och hur omgivningen förhåller sig till dem (Wikström, 2009).

Socioekonomisk position

Klass handlar om vad vi gör, eller har tillgängligt, för vår försörjning (Wikström, 2009). Beroende på klassposition är vi utsatta för olika risker och har olika resurser att förfoga över. Klasskillnader i hälsa påverkar inte bara vilka som är utsatta för farliga och tunga arbeten utan det handlar också om ju större kontroll du har över din egen situation desto friskare blir du och desto längre kommer du leva. Klassbakgrund kan också påverka utbildningsval och hur det går för en i skolan (Wikström, 2009).

Genus

När vi pratar om genus åsyftas skillnader som skapas socialt, vi gör kön. Detta behöver inte vara ett aktivt val. Den könskonstruerande processen innefattar en hierarkisk dimension där det ena könet är normen – mannen - och då är kvinnan avvikande från normen. Män och ”manliga” egenskaper värderas högre än kvinnor och ”kvinnliga” egenskaper (Edling och Liljeros, 2010).

Etnicitet

Kategoriseringar baserat på etnicitet eller som det ibland benämns, kulturella skillnader, präglar i hög grad hur vi skapar mening i förhållandet till världen runt omkring oss (Lindgren, 2007). Enligt Mattson (2010) är etnicitet ett svårdefinierat begrepp; det kan definieras som processer som skapar en samhörighet mellan och inom grupper samt också innebära en hierarkisk ordning av dessa grupper. Samhörigheten kan handla om en gemensam kultur, språk och religion men detta kan variera. Etnicitet kan därmed ses som en social konstruktion (Mattson, 2010). För att skapa samhörighet behövs ett ”vi” och ”dem”; en grups samhörighet beskrivs ofta utifrån hur den skiljer sig från andra. En grupp med den största sociala makten kan definiera sig som normen.

Tänk framför dig hur ”hudfärgade strumpbyxor” ser ut eller hur ”hudfärgade plåster” ser ut. Hur samhället i verkligheten ser ut representeras inte genom olika företeelser. Tänk på den reklam du möter eller de bilder barn och unga ser, vad säger det egentligen?

Sexualitet

Sexualitet är kopplad till en maktordning där heterosexualitet ses som överordnat och mest ”naturligt” eftersom det kopplas till reproduktion (Mattson, 2010). Att homosexualitet och bisexualitet ifrågasätts är ett exempel på den heteronorm som finns i samhället. Icke heterosexuella som väljer att visa sin kärlek offentligt kan mötas av kritik men om heterosexuella gör detsamma leder det sällan till någon kritik alls (Mattson, 2010). Enligt Ungdomsstyrelsen (2012), numera Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, är det centralt för välbefinnandet att inte bli ifrågasatt på grund av sin sexuella läggning.

Maktstrukturer

Normer samverkar med varandra. Vad som är norm, vem som drar nytta av dem eller vem som förlorar på grund av dem skiljer sig mellan olika delar av samhället samt att normer kan vara föränderliga över tid.

Kategori	Norm	Missgynnad	Förtryck
Kön	Manlig norm	Kvinnor, personer som varken identifierar sig som kvinnor eller män	Sexism
Etnisk tillhörighet	Vithetsnorm, etnisk minoritet	Icke-vita, etnisk minoritet.	Rasism, etnocentrism
Klass	Medelklassnorm	Arbetarklass, underklass	Klassförtryck
Sexualitet	Heteronorm	Homo, bi, queer	Homofobi
Funktion	Funktionsnorm	Personer med funktionsnedsättning	Ableism
Könsidentitet och könsuttryck	Tvåkönsnorm	Transpersoner, intersexuell	Cis-sexism, transfobi

Efter exempel från jämställd NU

Maktstrukturernas påverkan på hälsan

Edling och Liljeros (2010) beskriver att för den som drabbas av orättvisor eller förtryck på grund utav att tillhöra ett visst kön, en viss klass, en viss etnicitet, en viss ålder, ha ett visst funktionshinder eller ha vissa sexuella preferenser kan det bokstavligen kännas in på skinnet så som ohälsa, våld eller fattigdom. En och samma människa kan vara utsatt för diskriminering och orättvisor av olika slag (Edling och Liljeros, 2010). Genom att tillämpa ett intersektionellt perspektiv inkluderas fler. Avsaknaden av detta perspektiv kan osynliggöra vissa grupper av människor och deras eventuella ohälsa. Projektet vill främja delaktighet men det betyder att man först måste bli sedd och att man får vara den man är och att vi har en förståelse för att olika individer kan stöta på olika svårigheter som påverkar dem i deras vardag.

Barnets rättigheter – en del av de mänskliga rättigheterna

Förenta Nationernas (FN) antog den 20 november 1989 konventionen om barnets rättigheter – Barnkonventionen (BK). Efter att tjugo stater ratificerat konventionen trädde den i kraft den 2 september 1990 (SOU, 2016:19). Sverige ratificerade konventionen 1990 och i och med detta fanns en juridiskt bindande överenskommelse som ger alla barn upp till 18 år egna rättigheter.

FN:s barnkonvention (BK) fastslår i sina fyra grundläggande och vägledande principer för barns rättigheter:

- att alla barn har samma rättigheter och lika värde (art 2)
- att barnets bästa ska beaktas vid alla beslut som rör barn (art 3)
- att alla barn har rätt till liv och utveckling (art 6)
- att alla barn har rätt att uttrycka (art 12)

I konventionen finns sju artiklar som anses vara extra aktuella för arbete inom myndigheter, lands-ting, regioner och kommuner. Fyra av dem är konventionens grundprinciper art 2 (barnets rätt att inte diskrimineras), art 3 (barnets bästa i främsta rummet), art 6 (barnets rätt till liv och utveckling) och art 12 (barnets rätt att få uttrycka sina åsikter). Övriga tre artiklar som anses vara relevanta är art 4 (genomförandet av konventionens rättigheter) samt artiklarna 42 och 44 (information och rapportering) (Rasmussen & Andersson, 2001).

I den statliga utredningen *Barnkonventionen blir svensk lag* (SOU 2016:19) gjordes en kartläggning som visade på en rad brister vad gäller genomslaget för barns rättigheter enligt Barnkonventionen. Tydligaste bristerna fanns i principerna om barnets bästa och barns rätt att få uttrycka sina åsikter. Kartläggningen visar också att synen på barn och hur barn bemöts av myndigheterna inte utgår från barn som rättighetsbärare; detta har visat sig i att de ibland blir särbehandlade negativt i förhållande till vuxna, det finns brister i hanteringen av barn som utsatts för våld inom familjen samt i brister i migrationsprocesser (SOU 2016:19).

Barnkonventionen föreslås bli lag under 2020. En inkorporering av konventionen innebär att tjänstemän och beslutsfattare måste förhålla sig till Barnkonventionen, då den som lag ensam kan läggas till grund för myndigheters beslut i mål och ärenden. SOU 2016:19 beskriver att sammantaget innebär en inkorporering att konventionens rättigheter får en stärkt ställning, reellt, inte bara formellt. Barnets rättigheter kan tas till vara i större utsträckning än idag (SOU 2016:19).

Barnperspektiv och barnets perspektiv

Att utgå från ett barnperspektiv ska vara baserat på hur barnets perspektiv uppmärksammas i en situation, innebörden sker alltid utifrån en tolkning utifrån den vuxnas barnkompetens (Sommer et al, 2010). Barnkompetens innebär att inneha en särskild utbildning och förståelse om barns utveckling och behov samt att kunna bemöta barn på ett respektfullt sätt (Kerstis, Larsson, Lindberg, Sjöberg & Söderbäck, 2010). Den vuxnas barnperspektiv utgår från den vuxnes medvetenhet, utifrån sin erfarenhet och förståelse att försöka återskapa barnets perspektiv.

- Barnperspektiv innehåller **vuxnas uppmärksammande av och förståelse för** barns erfarenhet, upplevelse, uppfattning och dess handlingar.
- Barnets perspektiv utgör **barnets** erfarenheter, tankar, känslor, upplevelser, uppfattningar och förståelse av situationer och sin egen livsvärld (Sommer et al, 2010).

Barndomssociologin kan ge insikt

- Barndomen förstås som socialt konstruerad, barndomen varierar över tid och ses inte som något universellt
- Barndom kan ses som en variabel för en social analys, den kan inte separeras från andra variabler som ex. kön, klass eller etnicitet. Det vill säga barn är inte en homogen grupp enbart utifrån att de är barn
- Barndom och barns relationer, kultur och livsvillkor har ett egenvärde och att studier av barn bör ske enbart genom sociala konstruktioner genomförda av vuxna
- Barn ses inte som passiva mottagare för strukturer som omger dem utan är delaktiga i konstruktionen av sitt eget liv.

Elvstrand, 2009

Folkhälsoarbete och perspektiv i arbetet

Folkhälsoarbete, det vill säga den praktiska tillämpningen av folkhälsovetenskapen kan definieras på lite olika sätt. Det går att definiera folkhälsoarbetet som allt som ryms inom sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete (Andersson och Ejlertsson, 2009).

Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete

"Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health, It moves beyond a focus on individual behaviour towards a wide range of social and environmental interventions." Ottawa Charter for Health Promotion – WHO

Hälsofrämjande arbete och sjukdomsförebyggande arbete är två olika ansatser inom folkhälsoarbetet. Hälsofrämjande arbete bygger på en idé om positiv hälsa och att främst arbeta för att främja exponeringen för friskfaktorer och att inte bara motverka riskfaktorer. Sjukdomsförebyggande arbete avser primärpreventiva insatser (insatser innan man upptäckt sjukdom, t.ex. minska antalet ungdomar som blir rökare) – ofta utförda inom hälso- och sjukvården – riktade till riskgrupper eller enskilda individer i avsikt att minska riskfaktorerna för skada eller sjukdom (Pellmer och Wramner, 2011). Haglund (1996) beskriver att folkhälsoarbete kan delas in i två huvudgrupper. Dels åtgärder som är inriktade på att skapa förutsättningar och miljöer- fysiskt, politiskt, socialt och kulturellt, ekonomiskt och emotionellt - som främjar individens hälsa och dels åtgärder som riktar sig till individer, grupper och institutioner för att förmedla kunskap och därigenom öka medvetenheten om samband mellan levnadsvanor och hälsa. Folkhälsoarbetet spänner därmed över hela skalan från ekonomi, politik och lagstiftning till hälsouppllysning till enskilda individer.

Hälsofrämjande arbete är en process som syftar till att möjliggöra för människor att öka kontrollen över sin hälsa samt förbättra den. Samverkan och delaktighet är centralt inom hälsofrämjande arbete (Warne, 2013).

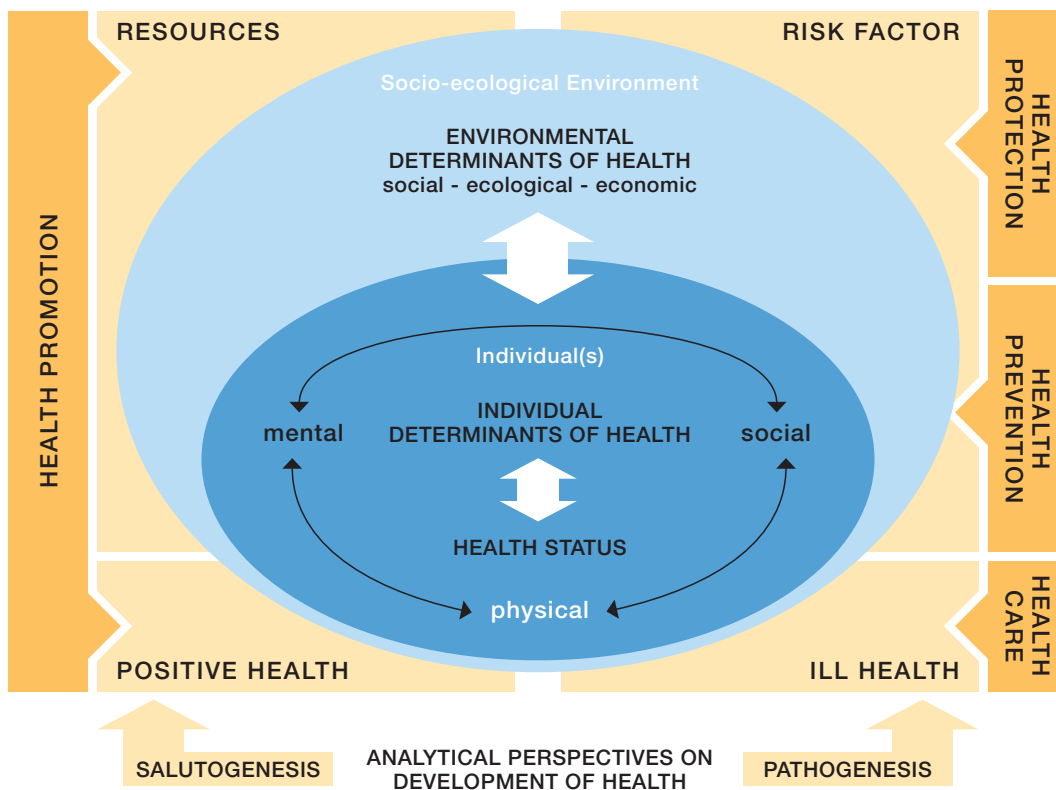


Bild 2. Jämförelse mellan hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande ansatser i relation till hälsans utveckling, EUPHID Health Development Model

Evidensbaserat folkhälsoarbete

För att kunna kalla en enskild intervention (metod, insats, arbetssätt, program) evidensbaserad krävs det att den prövats enligt vissa vetenskapliga kriterier - den bör ha utvärderats minst två gånger med liknande resultat och helst oberoende av varandra (Schäfer, Elinder och Kwak, 2014). Evidens är det sammanvägda resultatet av systematiskt insamlade och kvalitetsgranskade forskningsresultat, dessa forskningsresultat ska uppfylla bestämda krav på tillförlitlighet. Evidensstyrkan bestäms utifrån den studiedesign studien har. Högsta bevisvärde har en randomiserad kontrollerad studie (Schäfer Elinder och Kwak, 2014). Folkhälsoarbete kan dock inte alltid utvärderas i den typen av studier då det finns etiska och praktiska skäl till detta. Numera domineras det av en kunskapssyn som förespråkar experimentella studier för att påvisa folkhälsoarbetets effektivitet.

Reflektion

Projektet ämnar arbeta för ökad inkludering och att arbeta normbreddande. Att en metod har evidens är förstås viktigt men det finns fler aspekter att ta hänsyn till. Exempelvis bör man se över hur väl en metod stämmer överens med etiska värden eller med skolans uppdrag. En del metoder som förekommit i projektet har inte stark evidens, en del metoder är nya eller har arbetats om till nya målgrupper.

Etik

Etiska betänkligheter inom folkhälsoarbete

Det traditionella folkhälsomålet fokuserar på kollektivet snarare än på individen, det handlar i första hand om att befrämja en aspekt av samhällsnytta eller ”det allmännas bästa”. I och med folkhälsoarbetets vittomfattande område och att fokus ligger på kollektiva nyttigheter har viss kritik växt fram; det har bortsetts från de enskilda individernas möjlighet att själva bestämma om de ska bli föremål för olika insatser eller inte. Individens självbestämmande är ett centralt värde inom det vårdetiska perspektivet (Andersson och Ejlertsson, 2009).

Folkhälsoarbete är oftast förebyggande, arbetet sker på gruppnivå, ofta innefattas ett befolkningssynsätt och de bestämningsfaktorer som man vill påverka är t. ex livsvillkor. Gemensamt för många beteendeförändringsmetoder som används i folkhälsoarbeten är att de har samma utgångspunkt: ”De ska identifiera och testa de mest effektiva metoderna för att uppnå individuella beteendeförändringar”, men även ändra människors ”föreställningar” för att individen ska uppnå en bättre hälsa. ”Effektiva metoder”, ”utveckla tekniker” och ”minska motstånd mot förändring” kan ge upphov till många etiska problem om man utgår från den moraliska grundtanken att ändamålet antas helga medlen (Brülde, 2011).

Ett viktigt etiskt problem när det kommer till samhälleliga folkhälsoprojekt enligt Brülde (2011) är till vilken grad vi får begränsa individen eller gruppens rätt till självbestämmande (autonomi), det vill säga hur mycket får vi göra för den goda sakens skull. Får vi påverka genom övertalning och på så sätt begränsa individens möjligheter att välja och handla själv? Många samhällsprojekt är paternalistiska, målgruppen för projektet är sällan med och definierar problemet samt att den professionella kan ha ett synsätt där hen vet bättre än individen eller gruppen själv vad problemet är och hur detta bör lösas.

När respekten för hälsan sätts före respekten för individens autonomi kan handlingen benämnas som paternalistisk ”A handlar mot B i syfte att gynna B men utan B:s informerade samtycke” (Medin och Alexandersson, 2000). Med ett paternalistiskt synsätt finns det risk att åtgärderna tenderar att bli manipulativa eller till och med tvingande om den professionella uppfattar sig ha ett mål som övertrumfar individens autonomi (Brülde, 2011). En annan viktigt aspekt att ta upp är Victim blaming – en individ ses som ansvarig för sin egen hälsa och därmed sin egen ohälsa; synen på att hälsa är något lyckosamt och ohälsa som ett misslyckade. En stark betoning på individens eget ansvar för sin hälsa får stora etiska konsekvenser. Fokus hamnar mer på livsstil än på livsvillkor (Medin och Alexandersson, 2000).

Etisk grund i socialt arbete

Enligt Socialstyrelsen har evidensbaserat arbete sin grund i etiska ställningstaganden – att det är oetiskt att ingripa i människors liv om det inte finns ett stöd för att insatserna åtminstone inte är skadliga. Det räcker inte med att enskilda personer eller professionen i sin helhet tror att en insats är bra, och om vetenskapliga studier visat att en åtgärd är mer effektiv än en annan innebär det inte att den fungerar för alla. Om det är den genomsnittliga effekten för gruppen som ligger till grund för slutsatserna, finns det inte alltid vetenskapliga belägg för att insatsen inte kan orsaka skada. Det är inte alltid bättre att göra något än att inte göra något alls. Socialstyrelsen skriver att det inte räcker med vällovliga teorier, goda avsikter, hårt arbete och enighet om att en viss insats är effektiv. Det räcker heller inte med att klienter tycker en insats är bra (Socialstyrelsen, 2009).

Beteendeförändringsmetoder i skolan

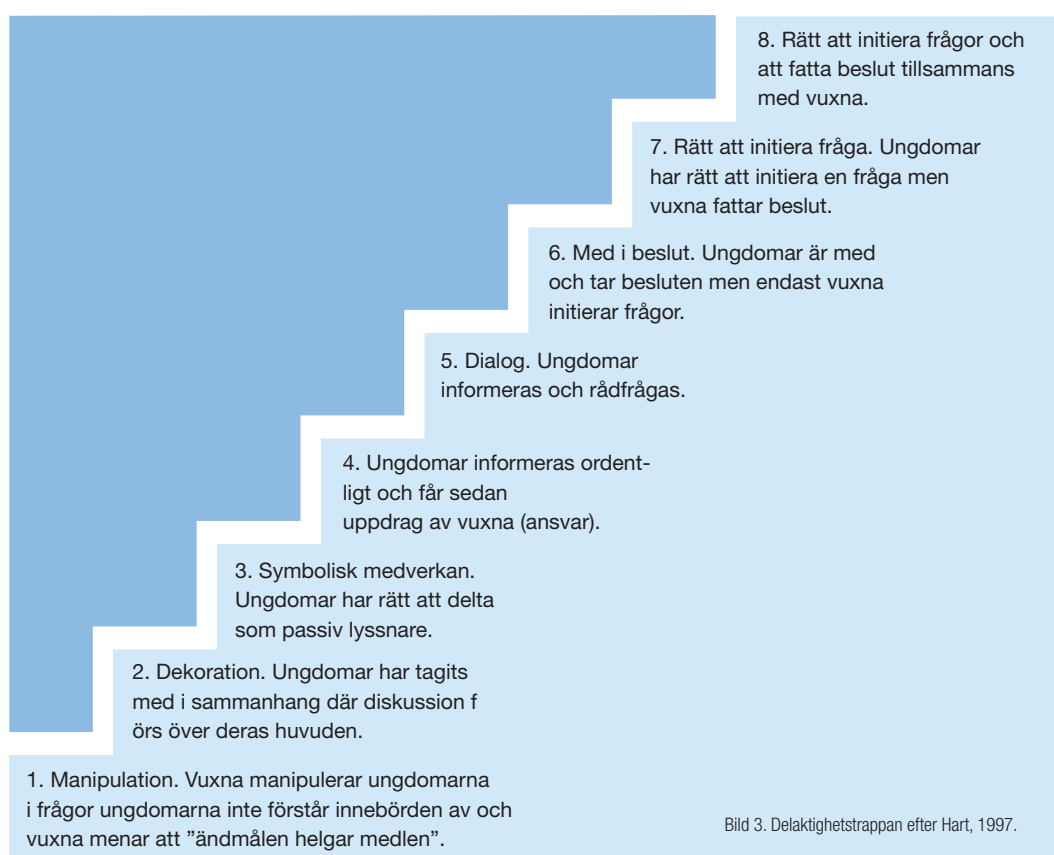
Fördelar med skolbaserade interventioner för barn och unga är att tillgången till insatsen är rättvist fördelad och inte påverkas av organisationers bemanning, belastning eller föräldrars omsorgsförmåga (Statens beredning för social och medicinsk utvärdering - SBU, 2015). Men det finns även risker med skolbaserade program då det innebär att en enskild individ inte kan avstå från att delta utan att detta kan uppfattas negativt. Elever som inte mår bra och kanske inte vill eller orkar med insatsen skulle kunna betraktas som ovilliga eller att individer tvingas delta i något hen uppfattar som belastande (SBU, 2015). En risk med generella klassrumsbaserade insatser kan även vara att individer har svårt att dölja saker individen inte vill dela med sig av, vilket kan kännas som ett intrång i den personliga sfären (SBU, 2015). Viktigt är även att ha kunskapen om att endast arbeta på en individnivå löser inte alla problem. Om man inte försöker åtgärda de problem som finns på strukturell nivå blir inte folkhälsoarbetet fullständigt (Brülde, 2011). Som Philblad och Åberg (2011) beskriver så är det ofta som metoder, som syftar att främja hälsa hos barn och unga, utgår från att den möjliga orsaken till ohälsa finns hos individen och inte i samhället samt att, när man överväger att introducera metoder bör man även fundera över möjliga strukturella förändringar som kan främja hälsa.

Empowerment – process från vanmakt till vardagsmakt

Empowerment löser en del av de etiska problemen med beteendeförändrande metoder/ insatser, då det handlar om att stärka något hos en individ. Att individen själv ska kunna öka kontrollen över sitt liv och sin hälsa, samt möjligheterna att påverka desamma, benämns ofta som empowerment. Empowerment kan beskrivas som en process men också som ett mål (Brülde, 2011). Begreppet innefattar flera olika och kompletterande komponenter; kontroll, kompetens, självförtroende, bidragande och deltagande.

Delaktighet

Delaktighet är ett begrepp som kan innefatta många aspekter då det används på olika sätt, i olika sammanhang. Huvudsakligen finns det två användningar av begreppet, a) delaktighet som generellt deltagande i en aktivitet, och b) delaktighet i beslutsfattande (Elvstrand, 2009). Ett välkänt redskap för att analysera och förstå barns delaktighet är delaktighetsstegen/ delaktighetstrappan (se bild 3, Hart, 1997). Trappan består av åtta steg, där de tre första visar på att barn inte är delaktiga, trots att de kan framstå som så. Det första steget är manipulation, barn övertalas framföra en åsikt utan att förstå innebörden av det. Exempelvis hålla ett plakat i ett demonstrationståg, utan att förstå vad som står där. Att gå i ett demonstrationståg kan vara en rolig upplevelse men det är inte delaktighet om barnet inte förstår. Steg två är dekoration, barn fungerar som dekorationer av något slag. Symbolvärde, som är det tredje steget, handlar om situationer där syftet egentligen varit att öka barns delaktighet men resultatet inte blev så (Elvstrand, 2009). De följande stegen handlar om delaktighet i stigande grad, där det fjärde steget handlar om den grundläggande förutsättningen för delaktighet – information (Elvstrand, 2009).



Medskapande ledarskap

Projektet ämnar ha förhållningsättet medskapande ledarskap i arbetet med övriga aktörer. Medskapande ledarskap är ett förhållningssätt för att arbeta med komplexa samhällsfrågor som inte låter sig lösas enkelt eller med hjälp av expertis, utan där det finns många aktörer som kan bära på lösningar till problemet – Dialog är en grundläggande färdighet i medskapandeprocesser. Förhållningssättet stödjer delaktighet och medskapande processer såväl för medborgare som för tjänstemän. Ledordet är gemensamt lärande (Sveriges Kommuner och Landsting - SKL, 2015).

Medskapa genom fyrfaldig praktik:

- Vara närvarande – känna in
- Praktisera dialog – delta
- Vara värd för samtal - bidra
- Vara medskapande – praktisera tillsammans

Utvärdering av SAM projektet

Utvärderingsplanen skrevs sommaren 2015; då hade projektet redan pågått 1 år. Någon skriftlig revidering har inte skett sedan dess, även om fokus/ uppdrag har skiftat något efter förfrågningar från projektledningen regionalt samt att förfrågningar även kommit lokalt. Utvärderingen har skett på 50 % från sommaren 2015 till pilotprojektets avslut sommaren 2017. Syftet med utvärderingen var att utvärdera arbetsmodellen för SAM projektet där projektets syfte är att bygga upp en bas för hur psykisk hälsa kan främjas och hur psykisk ohälsa kan förebyggas i länet, arbeta för en samsyn i länet och för att ta bort stigmat kring psykisk ohälsa. Ett delsyfte i utvärderingen är att se över den samverkan som sker i projektet, eventuella hinder och framgångsfaktorer för en välfungerande samverkan aktörer.

Upplägg av utvärdering och diskussion av upplägg

Utvärderingen var formativ och skedde löpande under projektets tid; detta för att kunna ge feedback direkt, till nytta för pilotprojektet, istället för en summativ utvärdering, vilken endast summerar det som hänt i projektet efter projektets slut. Lärdomar och erfarenhet från denna utvärdering kan komma till nytta när projektet startas upp i länets övriga kommuner men även komma till nytta för pilotkommunernas fortsatta arbete.

En formativ utvärdering bör ha fokus på lärande och förståelse. Feedback under utvärderingens gång har mestadels skett inom projektledningen regionalt, något som i efterhand kan ses som en brist. Enligt Svensson et al (2009) framhålls det att utvärderingar inte automatiskt leder till avsedd kunskapsanvändning och lärande hos dem som berörs av utvärderingen. För att detta ska ske krävs det att man medvetet utformar och genomför utvärderingen som en lärandeaktivitet i den verksamhet som utvärderas (Svensson et al, 2009). Kanske beror denna brist på att utvärderingen liksom projektet varit så bred, det har inte varit en verksamhet eller en aktivitet utan det har varit många olika aktörer med många berörda verksamheter med många olika aktiviteter. Dessutom är det helt och hållet ett socialt projekt, vilket ger en helt annan komplexitet än exempelvis ett tekniskt projekt. En lärdom till framtida utvärderingar är att planera in lärandet i utvärderingsplanen samt att fokusera utvärderingen på enskilda verksamheter eller aktiviteter. Ju fler aktörer och verksamheter samt aktiviteter desto yttligare utvärdering. Beställaren av en utvärdering får helt enkelt välja mellan en utvärdering som ger en bredd eller ett djup; det är svårt att göra båda sakerna samtidigt.

I en lärande utvärdering är det av vikt att ha en kultur som främjar lärande och innovation; enligt Svensson et al (2009) innefattar det karakteristiska drag såsom: Ett klimat som uppmuntrar till kritisk reflektion och ifrågasättande över vad som sker i en verksamhet – vad som uppnås och inte uppnås samt hur det sker; en betoning av handling, initiativ och risktagande; tolerans mot olika uppfattningar, osäkerhet och felhandlingar. Detta i sig kräver en hög nivå av förtroende inom organisationen.

En utvärdering är en möjlighet till förbättring av arbetet. Har man kritik är det inte att misskreditera ett projekt utan det är att utveckla det, i och med att man delar med sig av sina upplevelser. Huruvida detta har lyckats framföras i kommunikationen till olika berörda parter är osäkert. Men det har framkommit att en del inte velat dela upplevelser i rädsla att det ses som att misskreditera projektet.

Utvärderingsplanens varande och liksom ändring av fokus mitt i arbetet innebär mer jobb och riskerar att flytta fokus från tidigare planerade insatser så att dessa uteblir. Samtidigt som en formativ utvärdering ska följa processen. Det är således en balansgång i att kunna följa en plan (med tydlig struktur) och att vara öppen för nya infallsvinklar. Genomförandet av olika datainsamlingar tar tid att planera samt att det inte alltid gått att genomföra datainsamlingar som planerat, då det i vissa fall krävts hjälp av andra. I och med att det är få tillfällen som författaren själv varit ute och samlat in data, har det i de fall enkäter har riktats till unga, funnits hjälpsamma lärare, kuratorer eller instruktörer i en metod som sett till att data samlats in. Det finns även en viss svårighet i att komma

utifrån organisationen och be om uppföljningar, hjälp med att koordinera enkäter, etc. En styrka i framtida utvärderingar skulle vara att rapporteringsskyldigheten finns inom kommunen, vilket i sin tur även skulle kunna bidra till att fler i det lokala samhället upplever att det är ”deras” utvärdering. En utvärdering på regional nivå är en utvärdering för regional nivå i och med att beställningen kommer från regional nivå, enligt utvärderarens uppfattning.

I och med detta att utvärderaren varit intern under 2 år och anställd vid Folkhälsocentrum samt deltagit vid olika möten och aktiviteter, påverkar detta objektiviteten. Under ett arbete som sträcker sig över flera år lär man känna varandra och relationer påverkar analysen. Interna utvärderingar kan ha drag av att vara mindre objektiva men de har däremot en närhet till processen som en extern utvärdering kan sakna. Denna utvärdering har inte som fokus att hitta brister utan snarare se på de möjligheter som finns till att lösa problem, om sådana finns och att utveckla arbetet vidare.

Som tidigare nämnt så har inte alla velat delta i utvärderingen. Det kan finnas många orsaker till detta men det innebär ett urvalsbias. Utvärderingen ger inte hela bilden, samt att allt som kommit fram under de år som utvärderingen pågått inte kan täckas in i denna utvärderingsrapport. I och med att kvalitativa metoder har använts i utvärderingen måste det tas i beaktan att i alla kvalitativa metoder utgör forskaren/ utvärderaren analysverktyget själv, det vill säga författarens förståelseram påverkar analysen och därmed slutsatserna.

Ett flertal metoder har granskats under utvärderingens gång; hur detta redovisas skiljer sig åt beroende på att de har olika mycket forskning eller utvärdering kopplade till sig. Vad det gäller forskning och utvärdering av metoder har det funnits inklusionskriterier som varit vägledande, svensk kontext (i något fall nordiskt) på den arena som projektet testat metoden inom, t. ex skolan, samt övervägande att de getts på en generell nivå.

Sammanfattningsvis behöver framgångsrik utvärdering en beställarkompetens, vilket framtiden förhoppningsvis ger fler aktörer. Om en organisation aldrig utvärderar, hur vet en då vad som fungerar bra, mindre bra eller inte alls bra? Utvärderingar bidrar till utvecklingsarbetet men det kräver sin planering och gärna en tidig sådan.

Studentarbeten ger en bredd

Alla studentarbeten i projektet är komplement till utvärderingen och studenterna har på uppdrag av SAM blivit ombudade att intervjua unga men även yrkesverksamma utifrån ämnet psykisk hälsa. Sammanfattningarna som presenteras i resultatdelen är studenternas egna. Rapporterna går att läsa i sin helhet på norbotten.se/sam.

Pilotprojektet och samverkan

Rapporten skolbarns hälsa och levnadsvanor - Hälsosamtalet i skolan

Region Norrbotten har genomfört årliga sammanställningar och analyser av skolbarns hälsa och levnadsvanor i länet. Varje år erbjuder skolhälsovården/elevhälsan i kommunerna individuella hälsosamtal med skolsköterska till årskurs fyra, sju samt årskurs ett på gymnasiet. Elever i förskoleklass erbjuds hälsosamtal anpassat till sin ålder. Syftet med samtalet är att göra individen mer uppmärksam på sambandet mellan livsstil och hälsa samt även ge kunskap och uppmuntran om hälsofrämjande val. Genom samarbete mellan Region Norrbotten och skolsköterskorna får eleven inför samtalet ett frågeformulär som fylls i enskilt. Data går att få ut på klass-, skol-, kommun-, och regional nivå. Samarbetet kring hälsosamtalen är ett led i länets folkhälsoarbete.

Data från hälsosamtalet är anledningen till att SAM projektet kom till, som beskrivet i de inledande intervjuerna. Årsrapporten av skolbarns hälsa och levnadsvanor blir i sig en tvärsnittsstudie, det vill säga den ger en ögonblicksbild. Det innebär att frågorna ställs vid en viss tidpunkt och speglar således ett förhållande som de var vid den tidpunkten. Hälsosamtalet i skolan och rapporten baserad på samtalet gör det möjligt att följa utvecklingen i länet över tid samt följa ålderskohorters utveckling av hälsoläget.

Projektupplägg

Boden och Haparanda – olika förutsättningar, olika behov

Pilotkommunerna i projektet var Boden och Haparanda, en större kommun och en mindre kommun. Geografiskt skiljer de sig också åt, en inlandskommun och en kustkommun. Utifrån Hälsosamtalet i skolan valdes två kommuner ut för att fungera som pilotkommuner. Tabellen nedan visar hur många procent av eleverna som uppgav att de ofta eller alltid känner sig ledsen eller nedstämda läsåret 2012/ 2013 (Norrbottens läns landsting, 2013).

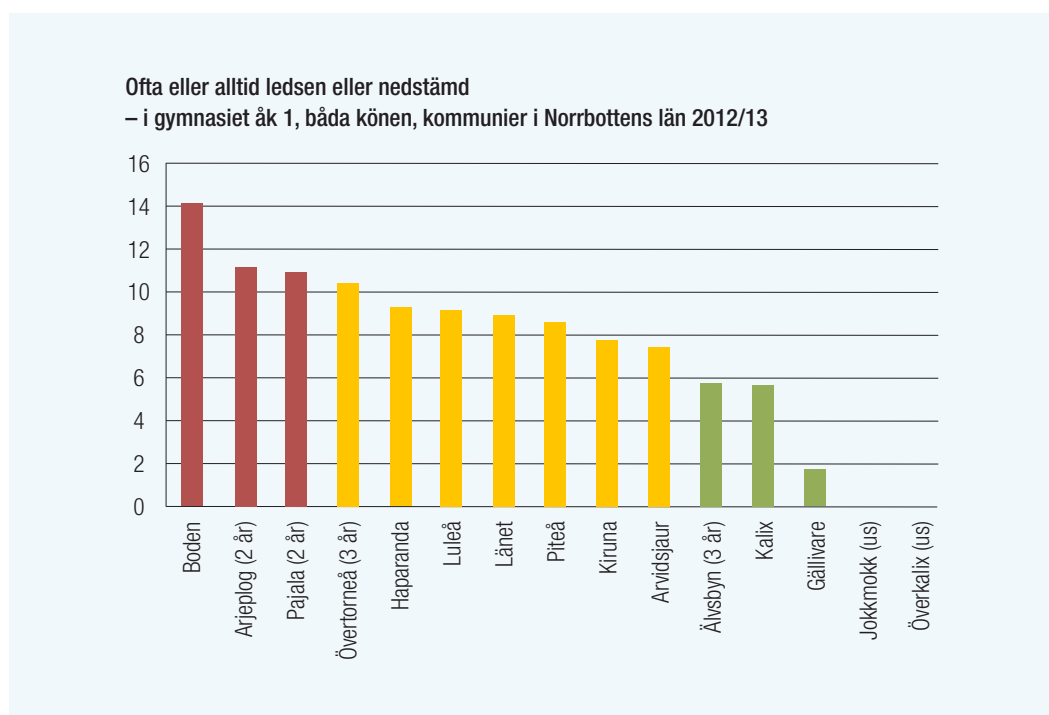


Diagram 1. Andel elever, båda könen, som ofta eller alltid känt sig ledsna eller nedstämda under de tre senaste månaderna, gymnasiets första år 2012/13, kommunier i Norrbotten.

I och med att det är tvärsnittsdata kan variation finnas från årskull till årskull. Men vid projektupptarten var det dessa siffror planeringen baserades på.

När projektplanen skrevs så skrevs det in att det skulle finnas tre styrgrupper, en i Boden, en i Haparanda och en regional styrgrupp som träffades i Luleå. I Bodens kommun var de relativt snabba att ändra namn på sin styrgrupp till projektstödsgrupp, då de inte upplevde sig fungera som en styrgrupp. Projektledaren har även beskrivit att styrgruppen regionalt, mer fungerat som en referensgrupp.

Den operativa kraft som skulle finnas i projektet var en projektledare.

Projektet beskrevs som ett pilotprojekt med syftet att testa något nytt, det behövdes verkstad och vi kunde inte göra så som vi alltid gjort. Mer om själva projektupplägget och processen går att läsa i slutrapporten för Pilotprojektet SAM.

Landstingsprojekt?

I och med att projektet initierades från Region Norrbotten (då Norrbottens läns landsting) och budgeten funnits där, har det uppfattats som ett landstingsprojekt även om projektets arbete har befunnits på lokal nivå.

Landstingsprojekt som kommit ”ovanifrån” är inte positivt i en historisk bemärkelse. Den här upplevelsen delas inte av alla men det har framkommit i pilotprojektet att det funnits en historia i att aktörer inte känt sig lyssnade på av landstinget, tidigare.

Ett steg bort från traditionella projekt.

Projekt är vanligt förekommande inom industri och förvaltning. Projekt kan avse dels ett visst sätt att utföra arbete och uppnå bestämda mål på, dels ett visst sätt att organisera sig på. Särdrag för projekt är att de ska ha mål, vara av engångskaraktär, ha ett start- och ett slutdatum, utgår från en specifik budget samt har en tillfällig men fast organisation (Berggren och Lindkvist, 2001). Pilotprojektet SAM (samverka, agera och motivera) har alla de särdragen men har skiljt sig från traditionella projekt i och med ett fokus på medskapande processer. Istället för att komma med direktiv om vad som behöver göras, har projektledningen lyssnat in vad som behövs. Det vill säga det har inte kommit någon beställning utifrån. Tanken var att kommunens behov skulle styra. Med ”kommunen” så innefattar det kommunen som geografiskt område i detta fall, så det innefattar alla aktörer som bedriver arbete på lokalnivå. Något som kan vara problematiskt i detta är att projektet fortfarande kommit ”ovanifrån” regional nivå, det har varit top-down processer som efterfrågat behov från lokalnivå, bottom-up processer.

En projektplan fanns från projektets start, med förslag från forskningen om vad en kan göra för att förebygga psykisk ohälsa (Bilaga 2). För att inventera behov i kommunerna uppdrogs de att göra en kartläggning över vad de gör och vilka aktörer som finns med, dvs. av vad gör vi, vilka gör det, var finns luckorna och vilken kompetens behövs i gruppen? Egentligen ingen ovanlig process i en planeringsfas men många aktörer från olika verksamheter har deltagit i denna planering, inte såsom vanligtvis en projektgrupp som alla har samma uppdrag och fokus.

Samverkan

SAM-projektet skedde i samverkan mellan Region Norrbotten, kommuner, Länsstyrelsen samt Norrbottens kommuner (även andra aktörer har varit iblandade men i en liten skala). Endast omkring 10 % av folkhälsoarbetet som utförs kan tillskrivas hälso- och sjukvården. Det stora antalet aktörer i arbetet innebär ett stort behov av gränsöverskridande samverkan. Enligt Axelsson och Bihari Axelsson (2007) har samverkan mellan olika organisationer lyfts fram som en lösning för att kunna hantera komplexa sociala frågor som ofta hamnar mellan flera olika organisationer. Samverkan kan beskrivas som aktiviteter där någon form av gräns överskrids, detta kan vara internt liksom externt. Samverkan kan också beskrivas som en icke-hierarkisk aktivitet där alla aktörer möts på lika villkor och arbetar för ett gemensamt intresse. Paradoxalt nog är samverkan en förutsättning för ett effektivt resursutnyttjande, samtidigt som också begränsade resurser ofta kan vara ett avgörande hinder för att samverkan ska komma till stånd överhuvudtaget (Axelsson och Bihari Axelsson, 2007).

En studie i svensk kontext om samverkan i folkhälsoarbete identifierade ett antal framgångsfaktorer. Bland dessa fanns intresse och engagemang, förankring, kunskap, och förståelse hos politiker, förvaltningschefer och övriga deltagare. Det bör finnas en handlingsplan som är tydligt utformad, politiskt fastslagen och där uppföljning och revidering är inräknat samt tydliga mål. Framförallt beskrivs ett ”ge-och-ta förhållande” som en framgångsfaktor. I samma studie identifierades ”misslyckandefaktorer” för samverkan: Revirtänkande och förvaltningar som arbetar för sitt eget intresse, avsaknad av politiska direktiv, tjänstemannastyre, bristande politiska satsningar på verksamheten, bristande kommunikation, samordnare med ett stort ansvar och känslor av uppgivenhet hos deltagarna (Axelsson och Bihari Axelsson, 2007).

Socialstyrelsen (2013) beskriver följande framgångsfaktorer och hinder för samverkan:

Förutsättningar för samverkan:	Hinder för samverkan:
Förankring i organisationen	Otydligt uppdrag
Förtydligande av övergripande mål	Otillräckliga resurser
Kunskap om varandras områden	Orimliga förväntningar på vad samverkanspartnern kan åstadkomma.
Gemensamma begrepp	Omvärldsförändringar
Systematik i arbetet	Regelverket, organisation och synsätt

Att finna fungerande samverkansformer inom länet är av vikt för att arbeta brett med att främja psykisk hälsa, att ha en samstämmig syn på psykisk hälsa och att arbeta med metoder som fungerar för målgruppen skulle på sikt kunna resultera i en bättre folkhälsa i länet.

Fokus på skolan

I projektet har det funnits ett starkt fokus på skolan som arena för arbetet med att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa. Skolan erbjuder en unik arena i form av att så gott som alla barn och unga kan nås där. I och med att det blivit så starkt fokus på skolan har aktörer som befunnit sig långt ifrån skolans värld svårt att se sin roll i projektet.

Resultat och diskussion

Metoderna i projektet

Vi befinner oss i en tid där det inte finns någon brist på metoder att välja bland. Viktigt att komma ihåg är att vi utgår från bästa tillgängliga kunskap och forskning tar tid. Utifrån olika perspektiv redovisas en bild, vilken inte på något sätt hävdas vara heltäckande. Många metoder riktar sig mot skolan, då det är en arena där en har tillgång till så gått som alla barn oavsett bakgrund. Här kan vi nå alla barn med generella insatser. Men vi har också föräldrastödsmetoder som är generella. Utgår en från tanken om Proportionell Universalism, vilket innebär att alla har samma grundläggande behov, men olika stort behov av samhällets stöd (WHO, 2008). Säg en generell insats från barn-avårdscentralen, de erbjuds till alla men de är också anpassade efter behov (proportionella).

Preventionsparadoxen

Begreppet används för att belysa att det är mycket svårt att i en barngrupp se vilka barn som kommer att hamna i utanförskap senare i livet. Detta gäller alla former av utanförskap varav psykisk ohälsa är en. En liten insats till många har/ger större effekt för folkhälsan än stora insatser till få. Att det ger en större effekt att många förändrar sig lite än att några förändrar sig mycket beror på att gruppen högriskindivider är så liten (Janlert, 2000).

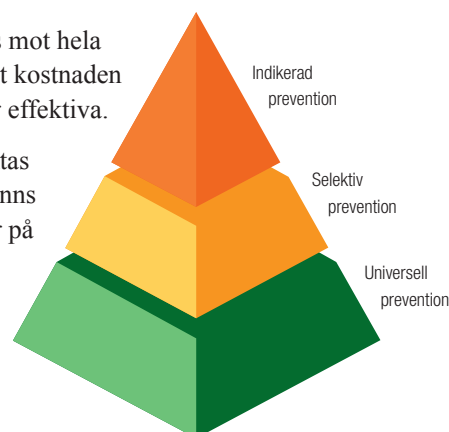
Klassificering av förebyggande metoder

Folkhälsomyndigheten har gjort följande klassificering av förebyggande metoder (exemplet bygger på metoder för spelprevention)

1. Universell prevention: Förebyggande metoder riktas mot hela befolkningen. Fördelar med universell prevention är att kostnaden per individ oftast är låg och att interventionerna ofta är effektiva.

2. Selektiv prevention: Förebyggande metoder som riktas mot riskgrupper i befolkningen. Det är viktigt att det finns en identifierad och nåbar befolkningsgrupp för insatser på den här nivån.

3. Indikerad prevention: Förebyggande metoder som riktas mot individer som har ett riskbeteende av något slag.



Föräldrastöd

Det finns forskning som visar att familjen och föräldrarna har störst betydelse för att ge barnen ett gott liv. Föräldrar har stor inverkan på barnens psykiska och fysiska hälsa samt sociala kompetens. De påverkar även hur barnen klarar sin skolgång och vilka levnadsvanor de tar med sig in i vuxenlivet (Folkhälsomyndigheten, 2014).

Föräldrastöd är ett vitt begrepp och kan innebära flera olika typer av stöd. Samhället erbjuder ett grundläggande stöd och skydd i form av föräldrapenning, barnbidrag, sjukvård och förskola/ skola. Men stödet kan också vara föräldragrupper inom mödra- och barnhälsovård, föräldrastödsprogram och föräldrarådgivning (Folkhälsomyndigheten, 2014). Behovet av föräldrastöd kan växla under barnets uppväxt, beroende på utveckling eller händelser inom familjen men även efter utveckling i samhället (Folkhälsomyndigheten, 2014).

DISA - Din Styrka Aktiveras eller Depression in Swedish Adolescents

Bodens kommun har under ett antal år använt sig av metoden DISA i högstadiet.

DISA (Din Styrka Aktiveras eller Depression in Swedish Adolescents) beskrivs som en skolbaserad universell kognitiv beteendemetod, som syftar till att förebygga depressiva symptom hos tonåringar (Treutiger, 2006). Kognitiv beteendeterapi består vanligtvis av samtal som ska leda fram till kunskap om individens problem samt metoder för att lösa dem (Ringström, 2011). DISA är utarbetat, översatt och ”anpassat” till en svensk kontext utifrån Clarke och Lewinsohns metod *The Coping With Stress course - CWS*. CWS är en metod som är riktad för att förebygga depression bland tonåringar. CWS är en skapad efter *Adolescent coping with depression course*, som i sin tur är modifierad efter *Coping with depressive course* för vuxna. Metoden CWS är riktad mot ungdomar som har ökad risk att utveckla depression (Clarke och Lewinsohn, 1995).

Med ökad risk tar CWS upp följande exempel:

- Har lidit av depression tidigare
- Uppgett återkommande/ihållande depressiva symptom
- Har föräldrar som lider av depression
- Är gravid, ensamstående tonårsmamma och/eller har andra kända riskfaktorer för depression. (Clarke och Lewinsohn, 1995).

I Sverige används DISA som ett generellt eller selektivt program mestadels använt för tonårsflickor (SBU, 2010). I handledarhandboken beskrivs metoden som en kognitiv beteendeterapeutisk intervention för att förebygga depressiva symptom hos tonåringar som löper ökad risk för att utveckla depression.

I handboken definieras DISA som förebyggande samtidigt som den teoretiska ramen hänvisar till kognitiv beteendeterapi för ungdomar som löper ökad risk att utveckla depression. Detta kan vara vilseledande för skolor gällande hur den bör användas. Vid närmare granskning av CWS handledarmanual och elevmanual är DISA's material en direktkopia av CWS både vad gäller handledarmanualen och elevmanualen, förutom att DISA har tagit bort alla meningar som nämner depression samt lagt till material. Översättningar är mer än den mekaniska akt i vilken man gör enkla ordbyten (Svensson, 2010). Språket är inte ett neutralt system, i varje språk finns en världsbild inbyggd och i kombination med bytet av språk sker en kulturell översättning (Agic och Samuelsson, 2015). De personer som översätter fungerar också som kulturella medlare (Svensson, 2010). Översättningarna riskerar att färgas av den kulturella medlarens värderingar vad det gäller genus, sociala och/ eller kulturella bakgrund (Agic och Samuelsson, 2015).

Skaparna av CWS har copyright på innehåll i DISA, vilket betyder att grunden kommer vara detsamma.

lakttagelser

CWS kan förebygga depression när programmet används på selektiv/ indikerad nivå, dvs. det är en riktad insats till individer som har ett problem/ riskbeteende. DISA är menat att användas som en universell eller selektiv prevention. Universell prevention är riktad mot hela befolkningen/ stora grupper ur befolkningen och selektiv prevention är riktad mot riskgrupper i befolkningen. I Bodens kommun har DISA använts som en generell metod; sedan 2010 har DISA- utbildningar för elever i årskurs 8 pågått i Bodens kommun. Från läsåret 2014/15 bekostade SAM-projektet utbildning av fler ledare. Detta gjorde att alla elever i årskurs 8 inom den kommunala skolan fick DISA- utbildningen.

Reflektioner

DISA är baserad på en selektiv/ indikerad metod men beskrivs av utvecklare/ konsulter som en generell eller selektiv metod. Det står tydligt i handledarhandboken att DISA inte ska användas som en riktad metod. Hur metoden gått från en selektiv metod till en generell metod är för tillfället oklart. Vid närmare granskning av CWS handledarmanual och elevmanual är DISA:s material något som kan uppfattas som en direkt översättning av CWS. Detta betyder att det är en selektiv metod som kallats för generell när den översatts till svenska. Hur översättningen påverkar effekten av metoden är inte heller klagjort samt om den genomgått en kulturell anpassning från USA till Sverige.

Därmed är inte metoden aktuell för projektet och kommer inte rekommenderas vidare. Bodens kommun har själva valt att gå vidare med en annan metod i framtiden.

Vetenskapliga publikationer och annan litteratur

Statens beredning för medicinsk och socialutvärdering - SBU gjorde en undersökning 2010 för evidens på olika metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. Slutsatserna från denna undersökning visade att CWS hade visst vetenskapligt stöd från utländska vetenskapliga studier. Sammantaget fann SBU att det finns en måttligt positivt förebyggande effekt. Det finns begränsat vetenskapligt stöd att CWS minskar risken för att barn och unga ska få diagnosen depression inom ett år efter avslutat program. DISA metoden hade inte tillräckligt med forskning eller de studier som fanns höll inte måttet - därmed drog SBU slutsatsen att det inte finns evidens för att DISA metoden har en förebyggande effekt, mer forskning behövs. Sedan 2010 har det inte kommit ut nog många studier för att metoden ska kunna tillskrivas ha evidens enligt SBU, de studier som har kommit har SBU önskat bättre studiedesign på.

Iakttagelser

Under de senaste åren har det kommit kritisk kvalitativ forskning mot DISA metoden. För en mer utförlig beskrivning, se Zetterström Dahlqvist, H. (2016): Determinants of depressive symptoms in adolescents – the role of sexual harassment and implications for preventive interventions (Doktorsavhandling, Mittuniversitetet).

Mycket av den kritik som framkommer i den kvalitativa forskningen går att härleda till att metoden är riktad till tonårstjejer som om de vore en homogen grupp, det vill säga att alla tjejer mår psykiskt dåligt, eleverna har berövats sitt självbestämmande och är inte själva med och formulerar problemet, samt att det är en metod som inte är generell.

Reflektioner

Den kritik som framkommit i den kvalitativa forskningen ligger också till grund för att inte rekommendera DISA metoden vidare. Ett stort tack till kuratorer som delgivit material från DISA och gett en inblick i hur arbetet gått till. Ni har under åren gjort ett bra arbete, det är viktigt att komma ihåg att metoden rekommenderas ej vidare utifrån sin grund och det säger inget om det bra arbete som yrkesverksamma gör varje dag i sin tjänst.

ACT - Acceptance and commitment therapy

ACT är en av flera nya psykoterapier inom fältet för beteendeterapi (BT) och kognitiv beteendeterapi (KBT). Metoden har sin beteendevetenskapliga hemvist i radikalbehaviorism (Ringström, 2011). ACT kan beskrivas som ”en strategi för att få patienten att acceptera sina känslor, att separera sig själv från sina tankar, att vara närvarande i nuet på ett medvetet sätt, att relatera till sina värderingar och att vara aktiv på ett flexibelt sätt” (Ringström, 2011). ACT tillsammans med den Metakognitiva terapimodellen (MkT) och dialektiska beteendeterapi (DBT) är vad som brukar kallas för den tredje generationens kognitiva beteendeterapi. Kännetecknen för dessa är att de är acceptansbaserade, manualiserade och grundade på empiriskt validerade principer (Ringström, 2011).

I metoden finns sex nyckelskomponenter:

- Frikoppling från språket
- Acceptans
- Självet som utgångspunkt
- Kontakt här och nu
- Värderingar
- Handling

ACT är en vidareutveckling av två av beteendeterapiens empiriskt bäst väldokumenterade behandlingsprinciper, exponering och beteendeaktivering (Törneke, 2004).

Vetenskapliga publikationer och annan litteratur

Det finns relativt mycket forskning om ACT på vuxna individer och på unga där interventionen var selekterad eller indikerad. Men det som är intressant i detta fall är forskning om unga som genomgått metoden inom skolan (författaren har haft inklusionskriteriet att det är publicerad forskning där interventionen skett i svensk kontext samt att metoden getts inom skolans verksamhet). Det finns en studie på en högstadieskola där det fanns problem med stress. 250 elever i årskurs 8 och 9 screenades och de 20 % som var mest stressade erbjöds att delta i studien (Livheim et al, 2015).

Ungdomarna som fick erbjudandet att delta slumpades till att få ACT i grupp eller att träffa elevhälsan individuellt. De ungdomar som fick ACT visade statistiskt säkerställt mindre stress, de fick mindre ångest och bättre färdigheter i medveten närvaro (Livheim et al, 2015). Det vill säga det var en studie på selekterad nivå.

ACT i pilotkommunerna

ACT genomfördes i tre klasser till två gymnasieklasser och till en nionde klass i Haparanda under höstterminen 2015 med externa ACT-handledare. Detta var ett sätt att pröva metoden i kommunen då det inte var möjligt att utbilda egen personal under 2015. Något som upplevdes som en ”nödlösning” blev i slutändan väldigt lyckat, då både lärare och elever introducerades till en ny metod och ett intresse växte för att arbeta vidare med metoden. ACT fick ett bra mottagande från majoriteten elever och ett gott betyg av lärarna som även deltog under ACT-tillfällena. I Bodens kommun är även ACT uppstartad, metoden genomförs till gymnasielever; där är det elevhälsans personal som håller i metoden.

Hur eleverna upplevde ACT

I samband med att ACT testades i Haparanda under 2015 genomfördes kvantitativa mätningar. Eleverna fick svara på enkäten med frågor från General Health Questionnaire (GHQ-12, är ett enkätformulär som har en god reliabilitet och validitet. Formuläret mäter självskattad hälsa och kan användas för personer över 16 år) och även frågor om hur de upplevde ACT.

Skillnaderna mellan första och andra mätningen vad det gäller de kvantitativa måtten är små och inga slutsatser kan dras av dessa mätningar. Däremot visade de kvalitativa frågorna tillhörande enkäten om hur eleverna upplevde metoden. I de öppna svaren tillhörande den andra mätningen uppgav 32 elever från gymnasiet och högstadiet att ACT borde erbjudas till fler elever, tre personer svarade nej på om ACT borde erbjudas till fler elever och fem personer var osäkra på samma fråga.

*”Jag hängde inte med så mycket, och det ångrar jag.
Men med det jag var med på var roligt, avslappnande osv.”*

*”Det var en upplevelse men personligen hjälpte det inte mig på något sätt.
Tror dock att det är något som kan vara väldigt hjälpsamt för andra.”*

*”Bra och rolig stund i veckan som var så härlig att man fick massor av
verktyg till livet och olika funderingar och hjälp på frågor”*

*”Intressant J PS. [namnen på handledarna] is the best :)
<3 Fortsätt med det ni gör!”*

”Jag upplevde ACT spännande”

lakttagelser

Författaren har inte hittat publicerad forskning om ACT som generell metod där utförandet sker inom skolan i svensk kontext på en generell nivå, detta betyder dock inte att det inte finns. I projektet har det framhållits att det är en generell metod, men fungerar den som det? Detta vore intressant att få reda på. Dessutom vore det av vikt att de som genomför ACT är representativa utifrån hur metoden används i skolan, det vill säga att det är kuratorer, pedagoger eller liknade som genomför metoden och har handledarrollen. Som beskrivits ovan har ACT två av beteendeterapins empiriskt mest väldokumenterade behandlingsprinciper. Det skulle vara intressant med en studie som ser över hur dessa behandlingsprinciper efterföljs när handledaren för metoden exempelvis inte är psykolog, blir det en skillnad? Mer forskning behövs samt att det behövs forskning från minst två källor oberoende av varandra.

Utifrån elevernas svar så verkar en övervägande del av eleverna vara positiva till metoden när den testades i Haparanda.

Reflektioner

Beteendeförändringsmetoder liksom ACT kräver hänsynstagande till etiken. Det är i grund och botten en behandlingsmetod.

YAM - Youth Aware of Mental Health

En av de forskningsbaserade metoderna i projektet, YAM, gavs i Piteå kommun på grund av de interventioner som pågick i Boden och Haparanda; det skulle ha varit svårt för forskningstemaet om YAM hade getts i Boden eller Haparanda då det hade varit svårt att se ett orsaksamband. I slutänden blev det ingen forskning, men metoden fortsatte ändå.

YAM står för Youth Aware of Mental Health, översatt till Ungdomar medvetna om psykisk hälsa. Metoden har utvecklats vid Columbia University i New York, USA, tillsammans med NASP (Nationellt centrum för suicidprevention) vid Karolinska Institutet i Sverige. YAM-metoden vill främja ökad kunskap och diskussion om psykisk hälsa samt utveckla problemlösning och den emotionella intelligensen genom olika interaktiva lärometoder (y-a-m.org). Metoden beskrivs ha konkreta arbetssätt för att arbeta förebyggande mot psykisk ohälsa såsom stress, kriser, depression och suicid. Metoden innehåller fem träffar där tre av dem innehåller rollspel. En icke dömande attityd ska genomsyra träffarna (y-a-m.org).

YAM metoden delas in i följande teman:

- Kunskap om psykisk hälsa
- Självhjälpråd
- Stress och kriser
- Depression och självmordstankar
- Hjälpa en vän som mår dåligt
- Få råd: Vem kan man kontakta

Metoden testas i Stockholms län just nu, där utbildning och rollspel leds av instruktörer som är utbildade av Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) vid Karolinska institutet. Skolans egen personal deltar inte vid dessa tillfällen (NASP, informationsfolder YAM).

Vetenskapliga publikationer och annan litteratur

Studien *The saving and empowering young lives in Europe* (SEYLE) är en randomiserad kontrollerad undersökning av interventioner som utformats för att främja psykisk hälsa bland elever i Europa. Wasserman et al (2015) utvärderade tre olika interventioner: YAM, QPR (en manualbundet gatekeeper-program) och ProfScreen (kliniker gick igenom enkäter från baslinjemätningar). Interventionernas effekt på suicidförsök följdes upp med självskattning från baslinjemätningen vid två tillfällen, tre och tolv månader. I studien visade det sig att den grupp som fick YAM visade en signifikant minskad risk för suicidförsök efter ett år uppföljning (OR 0,45, $p=0,014$). Vilket motsvarar en minskning med sex suicidförsök per 1 000 elever. SBU gjorde en systematisk litteratursökning 2015 där de gav YAM-metoden evidensstyrkan måttlig. Anledningen till neddraget från stark är bristande överförbarhet. SBU (2015) menar att det finns ett måttligt starkt vetenskapligt underlag för att YAM skulle kunna fungera i svensk skolmiljö.

Iakttagelser

Att få en evidensgradering måttligt starkt vetenskapligt underlag av SBU är svårt. Det är en väl genomförd studie.

Reflektioner

Skolans personal från den egna skolan är inte med i arbetet med YAM enligt rekommendationer från NASP. Detta kan vara både positivt och negativt. Att det kommer en person utifrån och håller i metoden kan ge en annan form av relation. Men att handledarna inte kan vara på sin egen skola kan visa sig vara svårt att få till om kommunen är liten och det bara finns en högstadieskola. Då skulle det krävas ett samarbete med en annan kommun eller en resurs från en skola som inte normalt sett arbetar med högstadieelever.

Att skolpersonal inte är delaktiga i arbetet kan göra det svårare i förankringen av arbetet. Inom piloten har det setts som en tillgång att exempelvis lärare är en drivande kraft i arbetet med att främja psykisk hälsa, de träffar dessutom eleverna varje dag i skolan. Inom projektet har det upplevts att om lärarna är med i arbetet brukar de finna egna lösningar för att kunna få ihop ett schema för en metod eller att de kan vara en bra ambassadör för en metod även till eleverna.

Utifrån det evidensläge som finns så rekommenderas metoden.

Etiska betänkligheter

Att få kunskaper om psykisk hälsa, kontaktvägar och råd om hur en kan hjälpa en kompis kan ses som rätten till information. Tengland (2012) ser inga större etiska problem med att informera individer om hälsa, risker eller friskfaktorer, däremot skriver Tengland (2012) att olika grupper har olika förutsättningar att ta till sig information, vilket gör att aktörer kan behöva göra kompletterande insatser för att reducera ojämlikheter i hälsa.

Vägledande samspel/ICDP

Programmet vägledande samspel/ICDP (International Child Development Programme) är förankrat i Barnkonventionen med teoretiska förankringar i anknytningsteorin, modern utvecklingspsykologi, förmedlad inlärning och affektteori. SAM projektet bekostade utbildning av fem psykologer från Länsenheten föräldra- och barnhälsan i Region Norrbotten samt barmorskor och BVC-sjuksköterskor inom MVC och BVC, där Haparanda och Boden var pilotområde. Samordningen av ICDP är det länsenheten för föräldra- och barnhälsan som står för.

ICDP ägs av stiftelsen ICDP international, i Sverige drivs metoden/programmet av Stiftelsen ICDP Sweden, som är religiöst och politiskt obunden. Stiftelsen beskriver ICDP som ett hälsofrämjande generellt program som uppmärksammar det positiva samspelets avgörande betydelse (icdp.se).

Familjepeppen (familjepeppen.se) beskriver ICDP som ett program anpassat för barn i alla åldrar, det riktar sig till omsorgspersonen för barnet. Programmet utgår från föräldern/omsorgspersonens resurser, hela programmet genomsyras av lyhördhet till barnet.

Vetenskapliga publikationer och annan litteratur

ICDP är ett program utarbetat i Norge av professorer vid Oslo Universitet. 2011 utvärderades ICDP i Norge. I undersökningen ingick de professionella samt fyra olika föräldragrupper, en grupp med föräldrar från majoritetsbefolkningen, en minoritetsgrupp, en fängelsegrupp och en grupp för föräldrar med barn som har särskilda behov. 204 personer var med i ICDP grupper och 79 personer fanns med i en jämförelsegrupp. I resultatet går det att utläsa att de professionella som arbetar med metoden upplevde ett ökat engagemang för sitt arbete. Föräldragrupperna upplevde att hemmiljön var mindre orolig och konfliktfylld efter programmet (Nordens Välfärdscenter, 2012).

2010 – 2013 var Umeåregionen en av tio regioner i landet som tilldelades medel av Statens Folkhälsoinstitut (nuvarande Folkhälsomyndigheten) för föräldrastödssatsningen familjepeppen. Föräldrastödet som erbjöds under perioder till alla föräldrar i regionen var bland annat ICDP och ABC (finns beskrivet nedan). Forskning om ICDP förväntas publiceras från Umeå Universitet snart.

I en utvärdering från Landstinget Kronoberg (2010) beskriver yrkesverksamma det inte bara som en föräldrastödsmetod utan kanske snarare som ett förhållningssätt. En del yrkesverksamma som deltog i utvärderingen menade att ICDP lämpar sig bättre för det individuella mötet än för stora grupper. Under SAM-projektet har det även kommit upplevelser av att ICDP kan vara förhållningssätt i arbetet.

Det har även genomförts föräldrastödsgrupper under projektiden. Med hjälp av finansiering av SAM så kommer det finnas utbildare av ICDP inom Länsenheten föräldra- och barnhälsan, Region Norrbotten.

Iakttagelser

Även här har författaren letat efter svenska publicerade studier men inte hittat detta, vilket ännu en gång inte betyder att det inte finns. Men forskning finns att vänta från Umeå universitet. Metoden bygger på väl utforskade aspekter. Bodens kommun har i slutet av pilotprojektet önskat sig återkoppling från representanter från Region Norrbotten lokalt om vad ICDP satsningen resulterat i för Bodens kommun, dock har ingen återkoppling getts i skrivande stund.

Reflektioner

Det finns vissa likheter mellan ICDP och metoden som beskrivs nedan, ABC.

Etiska betänkligheter

Att vända sig till vuxna individer som har själva valt att delta i programmet/metoden är en stor skillnad gentemot att rikta en metod till barn och unga. Föräldrastödsmetoder så länge de inte är paternalistiska kan inte anses ha så svåra etiska betänkligheter.

ABC – Alla Barn i Centrum

ABC-programmet riktar sig till föräldrar till barn 3-12 år, fokus ligger på föräldra-barn relation, föräldrars upplevelser i sin roll och syftar till att främja barns utveckling (Ulfsson et al, 2014). Programmet är generellt och innehåller fyra träffar. Enligt Ulfsson et al (2014) liknar ABC ICDP i form av innehåll i programmet (ICDP finns beskrivet ovan). Programmet liknar andra föräldrastödsmetoder i sin utformning av att det finns en teoribaserad del och att det sker i gruppformat, gruppleadaren följer en manual, samt att föräldrar ges strategier för att förebygga problem (Ulfsson et al, 2014).

För en mer utförlig beskrivning av programmets upplägg se Lindberg et al (2013).

Vetenskapliga publikationer och annan litteratur

ABC bygger på evidensbaserade komponenter, så som en teoretisk bas med principer från social inlärningsteori och anknytningsteori (Ulfsson et al, 2014). I en studie av Enebrink et al (2015) visade det sig att föräldrarna som deltagit i ABC uppgav förbättringar i sin egen självförmåga, större empati och bättre förmåga att vägleda sitt barn. Dessutom visade studien att det skett förbättringar i barnens psykiska och fysiska hälsa (Enebrink et al, 2015). Dock saknar studien en kontrollgrupp.

I en studie av Ulfsson et al (2014) fann man att det verkar som att ABC kan främja föräldrars syn på sin egen förmåga samt att programmet verkar ha utvecklat föräldrars syn på barns hälsa och utveckling. Dessutom verkar det som att olika familjer från olika bakgrunder med olika förutsättningar gagnas av programmet på olika sätt. Att ha en låg självskattad hälsa, ha en högre utbildning, fler än ett barn eller äldre barn verkar sammanfalla med att ha fler positiva upplevelser av att genomgå programmet (Ulfsson et al, 2014).

Iakttagelser

En forskargrupp på Karolinska Institutet har gjort en del forskning om ABC. Från och med våren 2017 kommer sektionen för psykologi på KI ansvara för förvaltningen av ABC (det gäller hela Sverige förutom Stockholms stad). Enligt avtal med Stockholms stad (som äger rättigheterna till programmet) har KI möjligheten att ordna utbildningar, göra om materialet och bedriva forskning på programmet. 2016 kom det en avhandling av Ulfsson om metoden.

Reflektioner

Det får anses mycket positivt att en sektion på ett universitet tar över ansvar för förvaltning och kommer fortsätta sin forskning på programmet. ABC som föräldrastöd verkar lovade.

Pappa-/Partnersamtal

Pappa-/partnersamtal är ett initiativ från Region Norrbotten internt. Piloten för samtalet har helt och hållet drivits av Länsenheten föräldra- och barnhälsan (samt mödra- och barnhälsovården). Region Norrbotten är en av de regioner och landsting som erbjuder pappa/partnersamtal. Syftet med samtalet är att MVC och BVC upplevts som moderscentrerade och att den andra föräldern inte känt sig förberedd på att bli förälder. Mödra- och barnhälsovården ska arbeta för att stödja en utveckling mot ökad jämställdhet mellan föräldrar, varpå detta arbete är en del av jämställdhetsintegrering som Region Norrbotten beslutat om. Pappa/partnersamtalet är ett föräldrastödjande samtal till den förälder som inte varit gravid, som erbjuds på MVC och BVC.

Vetenskapliga publikationer och annan litteratur

Pappasamtal har utvärderats av Stockholms läns landsting. Ett projekt med pappasamtal bedrevs på BVC i Stockholms län 2013 – 2015. Trots att enkätsvar från BVC-sjuksköterskorna visade att de hade en relativt jämställd syn på föräldraskap, hade de betydligt mindre kontakt med pappor än med mammor. Nästan var femte sjuksköterska uppgav att hen under det föregående året, aldrig eller vid enstaka tillfälle samtalat med pappor om föräldraskap. I projektet visade det sig att de BVC-sjuksköterskor som gett extra stöd åt flest pappor också gjort detsamma för mammorna, det blev ett mer jämlikt föräldrastöd. De pappor som deltog i ett samtal upplevde det som positivt och bekräftande, de såg fördelar med att BVC signalerar förväntningar på att pappan också ska vara en engagerad förälder. Under projekttiden kom det till sjuksköterskornas kännedom att det fanns brister i välbefinnande, omställningsproblem eller psykisk ohälsa bland en del pappor samt även några med mer allvarliga psykiska problem (Stockholms läns landsting).

lakttagelser

Kortfattat handlar det om att erbjuda föräldrastöd hos MVC/ BVC till föräldrar som inte varit gravida, det är två som blir förälder i en parrelation. Detta borde vara del av ordinarie verksamhet. Samtalet ger även en möjlighet till tidiga upptäckter om det finns behov av extra stöd till någon förälder eller till paret tillsammans. Att exempelvis upptäcka allvarlig psykisk ohälsa kan förebygga att barn far illa (exempelvis omsorgssvikt).

Reflektioner

Det är två personer som blir förälder i en parrelation, varför ska inte de få jämlikt stöd i föräldrarollen? En fortsättning med pappa/ partnersamtal skulle vara av intresse att följa, inte bara för att se om det kan leda till ett mer jämställt föräldraskap utan även för att se huruvida det ger hälsofrämjande effekter för barnet.

Dansmetoden/Dansprojektet

Boden fanns med i forskning kring Dansmetoden. Interventionen är lång, den tar 8 månader att genomföra och externa handledare anställdes för att genomföra metoden.

Vetenskapliga publikationer och annan litteratur

Dansinterventionen syftar till att stärka förmågan att behärska och använda kroppen som uttrycksmedel, vilket kan öka kroppsmedvetenheten och stärka identiteten. Även koordinationen och motoriken kan förbättras. Huvudsyftet är att utforma en intervention med dans och utvärdera om interventionen är effektiv och kostnadseffektiv i att förbättra hälsa och livskvalitet för flickor 13-18 år som återkommande söker hjälp hos skolhälsovården för psykosomatiska besvär eller som identifieras av övrig skolpersonal som flickor med upplevd dålig hälsa. Ett delsyfte är att studera i vilken utsträckning rörelseglädje av dans påverkas samt dess betydelse för om deltagarna fortsätter att dansa. Ytterligare ett delsyfte är att belysa flickornas självbild, speglat genom upplevelser av sig själv och sig själv i relation till andra, och om/hur de upplever att deltagandet i dansprojektet har influerat på denna självbild (Duberg, 2016).

Duberg, Möller och Taube (2013) definierar möjliga byggstenar till att interventionen varit så framgångsrik:

- Tydligt uttalat fokus på rörelseglädje och inte på prestationer.
- Medbestämmande och kreativitet. Möjlighet att komma med önskemål om musik och dansstil. En del av koreografin var alltid eget skapande.
- Efterfrågan på dans.
- Stärkt kontakt med den egna kroppen. Dans kan fungera som ett stöd i att förbättra kroppskänning och kroppsuppfattning, vilket i sin tur kan påverka självkänslan.
- Ökad fysisk aktivitet.
- Den sociala aspekten. Möjligheter till att skapa nya kontakter.

Enligt FYSS (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, 2015) finns det vetenskapliga belägg för ett positivt samband mellan fysisk aktivitet och till exempel psykisk hälsa och självkänsla, i åldersgruppen 6 – 17 år. För vuxna individer finns det stark evidens för att regelbunden fysisk aktivitet är förenad med lägre risk att drabbas av depression samt att det finns skäl att anta att fysisk aktivitet har betydelse som förebyggande av stressrelaterad ohälsa (FYSS, 2015). Studier på sambandet mellan psykisk hälsa och fysisk aktivitet är ännu få men visar på ett positivt samband. Samband mellan skolpresentationer och fysisk aktivitet är ännu inte helt klagjordade, däremot har man funnit att ta tid från undervisning till fysisk aktivitet inte har haft ett negativt samband till skolprestationer (FYSS, 2015).

Duberg (2016) beskriver att dansinterventionen resulterade i positiva hälsoeffekter för de som deltog i studien samt att insatsen visade sig kostnadseffektiv. Prestationsfri atmosfär och stödjande gemenskap upplevdes som särskilt betydelsefullt för deltagarna. Dansen sågs som en fristad från upplevda krav.

Iakttagelser

Även om metoden används selektivt i forskningen fokuserar den på friskfaktorer och kan därmed benämnas hälsofrämjande och kan användas generellt.

Reflektioner

Metod som rekommenderas. Förhoppningar finns om att fler ska testa metoden.

Etiska betänkligheter

I och med att metoden i forskningen riktat sig specifikt till personer som mår dåligt men är för friska för att söka hjälp inom vården är det viktigt att dessa personer inte känner sig utpekade, att ha ”problem”. Alla metoder som används på selektiv eller på indikerad nivå bör inte få individerna i metoden att känna sig stigmatiserade.

Reflektion om metoder

Metoder är ett komplement till ett redan existerande arbete. Strukturella problem som orsakar ohälsa kan inte lösas på individnivå. Dessutom läggs ett stort ansvar på individen ju mer vi arbetar med individuella lösningar på problem, problem som vi har olika förutsättningar att hantera utifrån det intersektionella perspektivet. Därmed kan vi bidra till en ojämlig hälsa i och med att olika grupper i samhället har lättare att ta till sig information. Detta gäller alla insatser samhället gör; exempelvis bör det även tas i beaktan när kampanjer genomförs. Med det i åtanke, beteendeförändringsmetoder kräver att handledaren har en god kunskap om etik. Manualbaserade beteendeförändringsmetoder föregår individens självbestämmande, metoden förutsätter att det finns ett problem och att metoden ska lösa detta problem. När en metod ges generellt till alla så "förutsätter" man att det problemet finns hos alla.

Coppock (2011) om psykoterapeutiska metoder i skolan:

"In the context of mental health and emotional wellbeing in schools, evidence suggest that adults continue to exclude the views of children and young people and treat them as passive objects rather than active social agents. On the rare occasions that children are asked what they consider important in relation to their mental health and emotional wellbeing and who they trust with their emotional lives, their views are often at variance with adult-centered thinking. Significantly, children and young people frequently report the school as a source of emotional distress rather than a context of emotional "growth" and support, undermining the uncritical assumption that schools should be at the forefront of development in policy and practice".

Det är en stark kritik som Coppock (2011) riktar mot arbetet i skolan i England. Men det är inte otänkbart att denna kritik även kan tas i beaktan i Sverige.

Det är inte fel att använda metoder men det gäller att använda dem rätt, vilket inte alltid är så lätt. Dessutom är det svårt att uttala sig om effekter. Socialstyrelsen, Skolverket och Folkhälsoinstitutet (2004) beskriver att, för att ett orsakssamband mellan en insats och förbättrad psykisk hälsa hos de barn som fått del av insatsen ska kunna fastslås, ställs höga krav på ett systematiskt tillvägagångssätt. Det finns alltid flera faktorer än själva insatsen som samtidigt har påverkat barnen som måste kontrolleras. Den brist som finns på relevanta studier på en generell nivå ställer beslutsfattare inför problem när det ska prioriteras mellan olika insatser. Det är dock inte realistiskt att tro att forskningen någonsin kommer att täcka in alla de insatser och situationer som lokala beslutsfattare ställs inför (Socialstyrelsen mfl. 2004). Samhället förändras hela tiden och de lokala variationerna är stora. Forskningen kommer inte alltid kunna ge relevanta svar då samhället är så komplext men samtidigt är det viktigt att beslut grundas på den kunskap som ändå finns tillgänglig. Ny kunskap produceras genom att vunna erfarenheter dokumenteras och systematiseras (Socialstyrelsen m.fl., 2004).

Att välja metod i skolan

År 2008 gjorde Socialstyrelsen en nationell inventering av metoder och arbetssätt som används i kommuner och landsting. Inventeringen omfattade tio verksamheter som är viktiga för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga: Barnhälsovården, barn- och ungdomspsykiatri, barn- och ungdomshabiliteringen, barn- och ungdomsmedicinska mottagningar, mödrahälsovården, förskolan, grund- och gymnasieskola, skolhälsovård, socialtjänstens öppna verksamheter och ungdomsmottagningar. Socialstyrelsen slog fast att de flesta metoderna som rapporterades i inventeringen inte är utvärderade och det fanns inte någon lättillgänglig och vetenskaplig dokumentation om dem. Vidare beskrev Socialstyrelsen att det inte är rimligt att alla som möter barn och unga i sitt arbete ska kunna värdera alla de olika metoder som finns, därför behövs det mer nationellt stöd genom kunskapssammanställningar och rekommendationer om val av metoder.

År 2010 publicerade Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) samt Folkhälsomyndigheten (då Folkhälsoinstitutet) ett pressmeddelande om att det krävs mer kunskap om program för att förebygga psykisk ohälsa bland barn. Tillsammans gav de rekommendationen att de program som används bör vara utvärderade i svenska studier med hög kvalitet. Redan etablerade program kan användas i avvaktan på bättre kunskap, om effekten av dem följs upp. Myndigheterna enades också om att det behövs en större tydlighet om i vilken utsträckning metoderna är avsedda för att vara riktade eller generella.

I och med att en del av utvärderingen fokuserat på att granska ett antal metoder väcktes frågan hur stort utrymme det finns att värdera metoder i skolans värld. Ett av SAM-projektets grundläggande förhållningssätt handlar om etik och i föreliggande utvärdering har folkhälsoetiken varit vägledande för de frågor som rests. Vilken etik styr exempelvis när beteendeförändringsmetoder i skolan väljs? Finns det motsvarigheter till den etik som finns inom hälso- och sjukvården? Etiska värden finns framskrivna i skollagen, men hur omsätts dessa i praktiska urvalssituationer för att värdera olika insatser/metoder? Elevhälsans medicinska del styrs av hälso- och sjukvårdslagen, vilket borde göra att det innefattar samma etik. Men metoder i skolan tillhör inte elevhälsans medicinska del. Med alla dessa tankar och funderingar togs frågan vidare till Region Norrbottens Forskning och innovations-enhet, där det finns en person som arbetar med etiska frågor inom hälso- och sjukvården. I och med det mötet togs ett gemensamt beslut att föra frågan vidare till Norrbottens Kommuner och deras Forsknings- och Utveckling/Innovationsenhet.

I ett möte mellan alla parter sågs samma upplevda svårigheter för skolor att välja metoder utifrån det rika, varierande utbud som finns. Därmed påbörjades ett samverkansprojekt mellan Region Norrbotten och Norrbottens Kommuner vilket skulle resultera i Etik- och kvalitetssäkringsverket.

Etik- och kvalitetssäkringsverktyget – ett direkt resultat av utvärderingen

Marknadens rika och varierande utbud av olika hälsofrämjande och förebyggande metoder och modeller riktade mot skolan ställer beställaren inför en rad överväganden. Är erbjudandena t ex förenliga med skolans juridiska krav, uppdrag och värdegrund? Etik- och kvalitetssäkringsverktyget är inspirerat från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) mall för att identifiera och reflektera över etiska aspekter av åtgärder i hälso-och sjukvården. SBU:s mall, liksom detta verktyg, är framtaget för att minska risken för att förbise etiska aspekter. Etik- och kvalitetssäkringsverktyget har fler aspekter än de etiska, verktyget tar även upp frågor om insatsen är förenligt med skolans uppdrag.

Till verktyget finns det en handbok där de olika perspektiven beskrivs kortfattat med tips på vidare läsning. Förhoppning är att detta verktyg kan bli en del av det systematiska kvalitetsarbetet och under fasen ”Vart ska vi” stödja det analytiska arbetet. Det ska således inte ge mer jobb, utan agerar för att underlätta.



Bild 4. Etik- och kvalitetssäkringsverktyget - perspektiv i verktyget.

I det fortlöpande arbetet med verktyget har det skett inhämtning av synpunkter från olika yrkeskategorier, elevhälsochefer, skolchef, rektor, forskare vid Luleå Tekniska Universitet. Här har både personer kopplade till SAM-projektet, från Boden och Haparanda, men även personer från Norrbottens Kommuner och från organisationens nätverk delgett sina synpunkter om verktyget. Fokus har legat på användningsområden, användarvänlighet och relevans. Verktyget är även presenterat för projektstödsgrupperna i kommunerna samt exempelvis i ett länsnätverk för skolsköterskor. Utifrån alla inhämtade synpunkter blir det tydligt hur verktyget kan användas i syfte att bereda ärenden, granska andra delar av verksamheten samt även fungera som uppfyllandekrav för aktörer som vill sälja in metoder.

Styrkan i detta arbete är att det skett mellan flera personer med olika kompetenser, vilket gett en bredd och styrka. På samma sätt som olika professioner möts i sina respektive roller inom elevhälsan, har föreliggande arbete präglats av möten av perspektiv. Likväl som det är skapat utifrån olika kompetenser kan olika kompetenser inom kommunal verksamhet bidra till analysen med stöd av verktyget. Det behöver inte vara en person som står för granskningen utan olika personer kan bidra med sin expertis utifrån de frågor som verkar vägledande i verktyget.

FoUI Norrbottens Kommuner om Etik- och kvalitetssäkringsverktyget.

Ett av huvuduppgifterna inom FoUI är att bidra med stöd till skolans praktiska arbete kring uppdraget om en utbildning som vilar på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet. Föreliggande arbete med etik- och kvalitetssäkringsverktyget blir en central del i ett sådant arbete, som i praktiken handlar om att genom systematisk, genomskinlighet och ett reflekterande och kritiskt förhållningssätt hitta stöd för de aktiviteter man iscensätter i skolans praktik. När man från Folkhälsocentrum och SAM-utvärderingen kom med en förfrågan att delta i föreliggande arbete tangerade det med andra ord väl de huvuduppgifter som FoUI har. Projektgruppen samlades kring uppfattningen att verktyget kan tjäna som stöd i verksamhetens arbete att identifiera, sortera och prioritera utvecklingsområden och insatser. FoUI ser från skolans sida ett behov av analysstöd i det systematiska kvalitetsarbetet (SKA) och vår förhoppning är att verktyget kan bli ett handfast stöd i detta i relation till val av hälsofrämjande och förebyggande metoder.

”Vetenskaplig grund” handlar dels om hur verksamheter tar del av och omsätter forskningsrön. Dels handlar det om ett vetenskapligt förhållningssätt och arbetssätt – vilket är kärnaktiviteter i det systematiska kvalitetsarbetet - som vi hoppas att verktyget kan stödja. ”Beprövad erfarenhet” handlar om hur man uppmärksammar och tar tillvara professionellas erfarenheter. Den professionella kunskapen är en viktig kunskapskälla och häri ligger också kännedom på den lokala kontexten, vilket blir avgörande när det kommer till val av insatser och metoder. Grunden i föreliggande verktyg kan egentligen sammanfattas enkelt – det finns ingen metod med stort M – utan det lokala sammanhanget är avgörande.

Beställarkompetens är ett nyckelord som ut FoUI:s perspektiv har varit vägledande i arbetet. Hur kan verktyget stödja aktörernas val av insatser och metoder? Här blir frågan om hur vi gör välinformerade val central. Vilka underlag behöver vi? Vilken beredskap har vår egen organisation och hur väl känner och kan vi formulera målgruppens behov? Problemformuleringsfas blir central och verktyget ger stöd i att reflektera djupare kring till synes ganska självklara frågor. Delar vi problemformuleringen? Har vi samma syfte och mål? Hur vet vi egentligen det? Har vi samma mål men möjligen olika föreställningar om hur man når dit?

Samverkan är ytterligare ett nyckelbegrepp som väglett vårt arbete. Elevhälsan är en arena där flera professioner möts. I SAM-projektet handlar samverkan också om en relation till landstinget. Ovanstående frågor blir än mer centrala i ljuset av att det är flera aktörer som ska samlas kring en verklighetsbeskrivning. Projektgruppens ambition är här att verktyget även kan tjäna som ett kommunikationsverktyg mellan olika yrkeskategorier, olika nivåer i styrkedjan och även mellan externa samarbetspartner när ärenden bereds. Projektgruppens arbetsprocess har varit en lärarresa där vi med olika ingångsperspektiv och kunskaper har vridit och vänt på centrala begrepp och beståndsdelar. I vårt pågående arbete har också synpunkter från olika grupper av yrkesverksamma inom skolan varit ett ovärderligt bidrag. Vår förhoppning är att denna kvalitetssäkring ska göra verktyget användbart.

Signerat, Catarina Lundqvist, FoUI, Vetenskaplig ledare Utbildning och Lärande

Arbetet för att främja delaktighet

Människor som känner sig delaktiga och har möjlighet att påverka utvecklar sin demokratiska kompetens och får självförtroende att bidra till och medverka i samhällsutvecklingen. En upplevelse av brist på inflytande och tillit kan i stället leda till en känsla av utanförskap och maktlöshet, vilket kan leda till negativt hälsoutfall (FHI, 2010).

Barns rätt till delaktighet och inflytande finns inskrivet i såväl Barnkonventionen (artikel 12) som i svensk skollag. Barn har rätt att uttrycka sina åsikter och bli tillfrågade i frågor som rör dem. Ett perspektiv som inte kommit fram i projektet är att främja delaktighet är ett sätt att främja hälsa. Men arbete för ökad delaktighet har funnits som inslag i projektet.

Kultur som processverktyg för att främja delaktighet och inflytande

I och med uppstartskonferensen i Haparanda tillfrågades kulturenheten om de kunde bidra med ett kulturellt inslag, det blev starten på ett arbete med att främja ungas röster utifrån perspektiv om hur det är att bo i Haparanda och om vad som påverkar ungas mående. I detta fungerade kulturen som ett medel för att arbeta med ungas röster – ett medel för att arbeta med delaktighet. Filmare som var utomstående från orten anställdes för att ta fram, något som senare skulle bli tre filmer. Filmerna har olika teman och olika personer som berättar närgånget om sina liv och sina upplevelser. I filmerna finns även vuxna med och ger sina upplevelser av ungas verklighet och om hur det var att själv växa upp i Haparanda.

Som i alla intervjuer så vet personen som intervjuar aldrig vilken historia hen kommer möta, vilket också gett upphov till etiska reflektioner då ämnena varit svåra. Till exempel har det lyfts ämnen om psykisk ohälsa, suicidtankar, mobbning och utanförskap. Samtidigt som det finns en snedvriden maktfördelning till fördel för personen som intervjuar, har det även funnits en möjlighet att göra sin röst hörd för unga som upplevt att vuxenvärlden inte lyssnat innan. Skriftligt samtycke har samlats in från unga själva men även från vårdnadshavare.

I och med att mobbning och utanförskap kom fram i en av filmerna startade kommunen ett arbete för att ytterligare förstärka det förbyggande arbetet men även när mobbning pågår. Organisationen Friends bjöds in för att både arbeta med elever och med lärare. Filmerna har introducerat olika temadagar varav dagar med Friends var en del av det temaarbetet som skett genom vad som kommit fram från filmerna.

I SAM har kultur varit ett viktigt processverktyg för att arbeta för en ökad egenmakt hos barn och unga samtidigt som det kan vara ett sätt att kommunicera barn och ungas verklighet till vuxna som behöver förstå barns perspektiv. Det är ett sätt att uppfylla artikel 12 i Barnkonventionen med filmen som verktyg. Att arbeta med kultur som verktyg ger SAM-projektets parter möjlighet att kommunicera viktiga teman till samtliga barn man önskar nå.

Att involvera de unga själva

Projektledaren och utvärderaren träffade gemensamt Ungdomsrådet/Ungdomsfullmäktige i Boden för ett förutsättningslöst möte för att ta reda på vad Ungdomsrådet/ Ungdomsfullmäktige gör, men även för att berätta om projektet. Representanterna fick frågan om de ville anordna en aktivitet utifrån projektets syfte, de ställde sig positiva till idén. Vid ett senare tillfälle bjöd projektledaren in både ungdomsråd och projektstödsgruppen i Boden till ett gemensamt möte för hur kommunens aktörer också kunde stötta upp i aktiviteten – kort och gott, det skulle bli en aktivitet för unga av unga. Björknäs gymnasiet har under ett par år arbetat med en temavecka utifrån ett förutbestämt ämne, men utifrån vad de unga själv upplevde att de behövde ändrades den veckan till att alla klasser i gymnasiet fick gå på två föreläsningar. De unga valde tillsammans med stöd från SAM och representanter från projektstödsgruppen att bjuda in Anna-Karin Lindqvist för föreläsningen – Ett liv i balans. En föreläsning bland annat om hur stress påverkar prestationen. Den andra föreläsaren som bjöds in var Mimi Tim Märak med föreläsningen Politik, poesi och punk; en föreläsning om

värderingar för att alla ska kunna andas fritt, om trygga rum och om att utveckla sin identitet utan att bli ifrågasatt.

Det var ämnen som de unga fann intressanta och viktiga för dem själva. Förutom själva föreläsningarna var det andra aktiviteter i anslutning till temadagen. I utvärderingsmöte om dagen framkom det att det kommit positiva röster från eleverna om föreläsningarna. Konceptet med att involvera de unga i planeringen av temadagarna vill Björknäsgymnasiet fortsätta med.

HEL projektet i Boden

Hur det började

HEL står för Hälsa, Elev och Livsstil. Idén till projektet uppkom efter upplevelser av en allt högre frånvaro i kursen idrott och hälsa. Det var flertalet elever som gick ut utan fullständiga betyg. Samtidigt kom larmrapporter om en allt ökande global ohälsa; framför allt fetma på grund av inaktivitet och dåliga kostvanor, men också en ökad psykisk ohälsa och kroppsideal som inte bidrar till en god självbild etc.

Dessa faktorer hänger samman och därför bildade vi (idrottslärare på Björknäsgymnasiet) HEL (Personlig kommunikation, K. Friman). Projektet har en ständig fortbildning där det plockas in axplock allt eftersom. Det finns ett engagemang att vara en del av projektet beskriver lärare och rektor. För att lyckas med projekt i verksamheten beskrivs det att i arbetets uppstart är det viktigt att ha med rektorn direkt och inte komma med ett färdigt förslag och lägga i knäet på rektorn utan bjud in till en medskapande process. Låt arbetet växa fram, omvärldsbevaka och anpassa efter lokala förutsättningar. När vi skulle starta upp HEL fick vi inget gensvar någonstans men vi tog beslutet att köra ändå (personlig kommunikation, K. Magito och K. Friman). Det kändes angeläget att påbörja arbetet då det kom larmrapporter om hur de unga mådde. I och med att HEL-projektet är i en utbyggnad får vi hela tiden tänka på att behålla konceptet. ”Vid varje del vi bygger ut får vi göra en omstart där, så alla är med på tåget – Eleven ska vara i centrum”. Arbetet är en process, det är ett riktigt lagarbete mellan lärarna, de som tidigare jobbade ganska individuellt. Vi utvecklar det som fungerar och förbättrar det som behövs, det finns en öppenhet i processen och vi arbetar som ett team. Det är viktigt att det finns en tillåtelse att skapa nytt inom den egna verksamheten. (personlig kommunikation, 1 feb, K. Magito och K. Friman).

Individualisering av ämnet

Kursen idrott och hälsa gjordes om i grunden, utan att frånga kursmål eller kursplan. Arbetsmetoden riktar vi i första hand till de som är i störst behov av hälsoförbättring. Genom att individualisera så långt vi förmår har även de som redan har goda levnadsvanor kunnat utveckla sin hälsa. Projektet är nu inne på sitt tredje år. HEL vill stötta och hjälpa elever utifrån förutsättningar de har. Vi vill förmedla en bild till eleverna att de är bra där de är, som de är samt skapa redskap för unga att ta med sig in i vuxenlivet.

Nya perspektiv på kursen idrott och hälsa

Projektet är en modell på Björknäsgymnasiet, men synen på idrott och hälsa verkar vara på väg att ändras på andra skolor också. Men vi upplever inte att projektet kan jämföras med hur andra arbetar, vi gör bara en jämförelse med hur det var förr och hur det är nu på skolan. Det vi kan se är att närvaron har ökat på lektionerna och den frånvaro som kan ses hos vissa elever är konsekvent i alla ämnen. De elever som tidigare bara skolkade från idrottslektionerna och inte andra lektioner deltar nu på idrottslektionerna. Till exempel är det fler som badar nu än tidigare trots att kraven har höjts men lärarna har en större individanpassning än tidigare. Exempelvis kan elever som känner sig otrygga i sin klass bada på andra tider då det finns en överenskommelse med Nordpoolen och personalen där. Eller också får eleven bada innan klassen kommer. För elever som blivit svenska medborgare senare i livet har det getts extra lektioner för att dessa elever ska lära sig att simma (Personlig kommunikation, 1 feb. K. Magito, K. Friman, R. Bergman och K-G, Grenemark).

Ett förbättringsarbete som pågår

Det är ett ständigt arbete att skapa förtroende hos eleverna, det är en process. HEL projektet ger bland annat kursen idrott och hälsa på ett modernt sätt på elevernas nivå, eleverna kommer från grundskolan med en väldigt fast bild av vad kursen idrott och hälsa innefattar. Dansen som annars har varit en väldigt traditionell del av undervisningen, har nu gjorts om så att eleverna dansar street dance vilket innebär att ingen könsuppdelning görs (ingen behöver välja könstillhörighet) och att elever som inte känner sig bekväm med att dansa med en partner inte heller behöver göra det (Personlig kommunikation, 1 feb 2016. K, Magito, K, Friman, R, Bergman och K-G, Grenemark). Vi vill att alla ska ha integritet i omklädningsrummet. I duschrummen finns det inte i nuläget väggar mellan duscharna och ingen möjlighet att dra för eller stänga en dörr om sig heller. För att skydda eleverna i den ganska utsatta situationen arbetar vi för en förändring. Vi har även märkt att kroppsideal är en viktig fråga som många elever brottas med. Det är viktigt att vi arbetar för att bredda rådande normer angående kroppen istället för att förstärka ett skadligt kroppsideal och det är en svår balansgång när man väl börjar diskutera ideal (Personlig kommunikation, 1 feb. K, Magito, K, Friman, R, Bergman och K-G, Grenemark).

En del som HEL även utför är att vi låter eleverna testa på friluftsliv, vi gör helt enkelt utflykter i skolans regi. Det blir ett sätt att komma bort från stressen och alla har inte fått en sådan upplevelse tidigare. Eleverna får tillsammans resa tältet, laga mat och samarbeta i andra aktiviteter, alla befinner sig på samma nivå och de ska klara av utmaningen tillsammans. De lär känna sig själv bättre men även lär de känna varandra bättre (Personlig kommunikation, K, Magito, K, Friman, R, Bergman och K-G, Grenemark). Vi har även sett att HEL har ökat gemenskapen på skolan och framtida elever kommer på öppet hus och frågar efter vilka program som har HEL. HEL verkar dessutom ha blivit ett begrepp i kommunen, oavsett politisk färg så pratar man om HEL i utbildningsnämnden (Personlig kommunikation. K, Magito).

Enkätundersökning HEL

En enkät skapades för att kunna följa upp elever som gått HEL projektet med liknande frågor som de fick i Hälsosamtalen i skolan under första året på gymnasiet. Att dela ut och samla in enkäter kräver resurser i form av tid, detta kunde inte genomföras enligt förutbestämda planer.

Reflektioner

HEL har varit ett spännande koncept att följa under denna tid. Även om det i denna rapport saknas kvantitativa data för att ytterligare stärka konceptet som förebyggande och hälsofrämjande så är detta något som utvärderaren tror på. Det finns en uppfattning om att fler har gått ut skolan med godkända betyg, vilket mycket väl stämmer – bara detta är skäl för Bodens kommun att fortsätta sitt arbete, vilket det finns en vilja från kommunens sida att göra. Att gå ut skolan med godkända betyg är en stark skyddsfaktor för ohälsa och utanförskap. Fysisk aktivitet är också hälsofrämjande, som dessutom påverkar den psykiska hälsan positivt. Slutsatsen är att fler kommuner borde se om de själva kan få ingång ett arbete som HEL. HEL-konceptet rekommenderas.

Hälsofrämjande skola – skolan som hälsofrämjande arena

Med arenor avses fysiska platser (som i detta fall skolor) där människor samlas med en gemensam orsak. Att arbeta med hälsofrämjande arenor gör att man skiftar synsätt från att endast se de riskfaktorer som finns till att sätta dem i dessa sammanhang relaterat till ett system eller en organisation (Warne, 2013). Hälsa skapas inte i ett vakuum utan skapas i relation mellan individer och omgivning. Skolan är en viktig arena för barn och ungdomar, där de spenderar större delen av sin vakna tid (Warne, 2013; Garmy et al, 2014). Att arbeta hälsofrämjande och förebygga psykisk ohälsa är ett viktigt arbete som skolan kan utföra (Garmy et al, 2014). Skolan är därmed en viktig arena för att nå ut till barn och unga. Enligt WHO (2009) definieras en hälsofrämjande skola som en skola som verkar för att vara en stödjande miljö för hälsa och lärande.

Att skolor i Norrbotten skulle arbeta utifrån arenabaserade perspektiv om en hälsofrämjande skola skulle vara en intressant utveckling att följa. Landstinget i Sörmland har tagit fram en guide: Hela skolan – guide till hälsofrämjande skolutveckling.

Ungas egna tankar – Studentarbeten med SAM-utvärderingen som uppdragsgivare

Presteras mera – en utredning om psykisk hälsa och självbild

Malin Marklund (2016) Luleå Tekniska Universitet.

Psykisk ohälsa är, enligt Världshälsoorganisationen WHO, ett av de snabbast växande hoten mot världens folkhälsa. Norrbottens läns landsting har startat ett projekt, SAM-projektet, vars syfte är att förebygga psykisk ohälsa bland barn och ungdomar i länet. Varje år publicerar Norrbottens läns landsting en rapport som redovisar det sammanställda resultatet från skolsköterskornas årliga elevhälsosamtal och detta läsårs länsrapport har visat att unga flickor i Boden mår bland de sämsta i Norrbotten. Syftet med denna uppsats är att utreda varför det råder en könsskillnad bland unga i Bodens kommun, avseende deras psykiska hälsa. Vidare är syftet att undersöka vilka faktorer som påverkar unga flickors hälsotillstånd och självbild. Intervjuer med fokusgrupper har genomförts med flickor och pojkar i årskurs ett på gymnasiet.

En röd tråd som löper mellan samtliga fokusgrupper är att respondenterna genom sina berättelser refererar till samhällliga normer för vem de kan vara och hur de får känna. Under utredningens gång blir det tydligt att både unga flickor och pojkar möter begränsningar och erfår psykisk ohälsa på grund av dålig självbild och olika normer, många gånger relaterat till sociala medier. Resultatet har visat att skönhetsideal och prestationsångest avseende skola, framtid och sociala relationer är faktorer som bidrar till psykisk ohälsa bland unga flickor. Då sociala medier genomsyrar en stor del av ungas vardag och påverkar flickors självbild i större utsträckning än pojkars, så kan en slutsats dras att psykisk ohälsa är vanligare bland dem på grund av detta. I enlighet med respondenternas redogörelser verkar flickors upplevda självbild påverkas av fler faktorer utifrån än pojkars, då flickor i större omfattning speglar sig i allmänhetens bekräftelse eller ogillande av den egna självpresentationen.

Resultatet visar att psykisk ohälsa är nära förenat med känslan att avvika från det som upplevs normalt. Bakom denna känsla finns ofta individens egna föreställningar om att inte lyckas med vissa prestationer eller avvika från rådande ideal, vilket tyder på en negativ självbild. Samhällsnormer är något alla unga på olika sätt tvingas förhålla sig till och de utövar ett stort inflytande på självbild- en. I ett hälsofrämjande arbete är det av största vikt att synliggöra och problematisera allmänhetens uppfattning om vad som anses normal respektive avvikande i olika kontexter. Och på så sätt öka ungas möjligheter till att inneha en positiv självbild.

Ungas delaktighet och inflytande i samhällspolitiken – Vilka vuxna får vi imorgon om unga inte har delaktighet och inflytande idag?

Malin Marklund, (2016) magisteruppsats. Luleå Tekniska Universitet.

Enligt Sveriges riksdag ska alla unga ha rätt till goda levnadsvillkor, makt att forma sitt eget liv samt inflytande över samhällsutvecklingen. Tidigare studier har visat att strukturerna i ett samhälle definierar ungas möjligheter till delaktighet och inflytande, således råder det skillnader för ungdomskultur mellan lokala och regionala kontexter. Därav existerar ett generellt behov att utreda vilka dessa strukturer i Haparanda är och hur de påverkar kommunens ungdomar.

Det övergripande syftet har varit att undersöka ungas delaktighet och inflytande i samhällspolitiken och vilka möjligheter och hinder det finns för att unga ska komma att vara mer delaktiga i samhället. Utredningens teoretiska utgångspunkter utgörs av KASAM, empowerment, intersektionalitet, maktrelationer och normer i samhället, socialt kapital samt ålder som ojämlikhet. Enskilda intervjuer med vuxna som arbetar med ungas delaktighet samt fokusgrupper med ungdomar har ägt rum. Vid genomförda intervjuer har ungas delaktighet beskrivits som viktigt för både individens personliga utveckling och samhället. Resultatet visar att ungas möjligheter till delaktighet och in-

flytande i hög utsträckning påverkas av hur samhället bemöter ungdomarna. Det är makt-havarna som bestämmer hur, när och var medborgarna ska få delta och påverka. I enlighet med respondenternas redogörelser fördras att beslutsfattare möter ungdomar på ungas egen nivå, för att de ska uppleva att vuxna uppmärksammar deras åsikter och tar dem i beaktande. Om beslutsfattare inte håller med ungdomarna i deras resonemang fördras en förklaring till varför, annars erhåller unga en känsla av att ingen lyssnar. Vidare har det visat sig att kommunens utbud av fritidsaktiviteter i stor utsträckning påverkar ungas upplevelser av delaktighet, då tillgången till sysselsättning är viktigt utifrån ungas önskan om en meningsfull vardag. En slutsats som kan dras av utredningens resultat är att det i Haparanda just nu råder ett tydligt fokus på ungas delaktighet från flera håll.

Ungdomars självbild i ett tvåspråkigt samhälle.

Andreas Brindedahl och Sissi Lundqvist. Luleå Tekniska Universitet, 2016.

Den psykiska ohälsan har ökat bland ungdomar i Sverige sedan 90-talet. Denna ökning kan även ses bland Norrbottens kommuner, där några kommuner sticker ut i statistiken gällande nedstämdhet hos ungdomar. Norrbottens läns landsting har därför initierat SAM-projektet (Samverka, Age- ra, Motivera) för att främja hälsa och förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga i Norrbotten. I dialog med SAM-projektet fick vi i uppdrag att undersöka situationen i tätorten Haparanda, på grund av att det är en av kommunerna som sticker ut gällande psykisk ohälsa bland ungdomar. Orten var även intressant på grund av att det är ett gränssamhälle där den svenska och finska kulturen blandas. Utredningens syfte var att undersöka ungdomars upplevelser av att leva i ett tvåspråkigt samhälle.

För att uppfylla syftet valde vi en hermeneutisk ansats för att angripa frågan. Valet av metod blev halvstrukturerade intervjuer på grund av att vi önskade att få en djup förståelse av ungdomarnas situation. Vi resonerade att psykisk ohälsa kan vara ett ämne som kan vara känsligt att samla information om. Därför hade vi en förhoppning att vi skulle uppnå ett tryggt samtalsklimat där personerna känner sig bekväma med att dela med sig av deras upplevelser. Datamaterialet består av sex intervjuer, främst med gymnasieungdomar som studerade vid Tornedalsskolan men även en intervju med en ung vuxen från Haparanda. Vi behandlade sedan materialet genom tematisk analysmetod.

Genom analysen såg vi att det finns för- och nackdelar med att leva i ett tvåspråkigt samhälle. Fördelarna är en berikning av två kulturer och språk som leder till en större förståelse för olikheter. Nackdelarna är framför allt om man inte kan tala både svenska och finska, vilket leder till problem när man söker jobb samt daglig kommunikation i sociala situationer. En annan baksida handlar om att det kan skapas fördomar och grupperingar som uttrycks i negativa former mellan den svenska och finska befolkningen. Ungdomarna uttryckte att Haparanda är begränsande, främst gällande utbildning samt aktiviteter. Samtliga ungdomar hade en ambitiös självbild och berättade om planer på att vidareutbilda sig. Saknaden av högre utbildningar leder dock till att ungdomarna känner sig tvungna att flytta.

Vi såg ingen utmärkande nedstämdhet bland ungdomarna, däremot påverkas deras psykiska hälsa negativt av bland annat prestationsångest, stress, problem i relationer samt det mörka och kalla klimatet. De beskrev lite olika sätt att hantera deras känslor av nedstämdhet. Flera sökte stöd hos familj och vänner, antingen för att ventilera känslorna som tynger eller som en distraktion från problemen. Ungdomarna mådde i huvudsak bra men en återkommande anledning till oro var inför den kommande flytten, då de bland annat blir tvungna att skaffa nya nätverk på den nya studieorten. Nästan alla talade dock om att de kunde tänka sig att återvända till hemorten men i så fall senare i livet, exempelvis för att bilda familj.

Vi ser att Haparanda inte svarar till de behov som ungdomarna kommer att ha när de slutfört deras gymnasieutbildning, främst gällande utbildningar på högre nivå. De uttrycker också en vilja att träffa nya människor och uppleva nya miljöer, vilket hemorten inte längre kan erbjuda på grund av

dess storlek. Under intervjuerna kommer det fram att flera av ungdomarna efterfrågar mer aktiviteter och ett större utbud av sport, speciellt för tjejer. De resonerar att detta skulle kunna förbättra den psykiska hälsan hos unga då detta skulle kunna skapa en känsla av mening och samhörighet. Ett annat önskemål var att lyfta frågan om psykisk ohälsa för att skapa en bättre förståelse och ett öppnare samtalsklimat kring ämnet. Med detta i åtanke anser vi att det är passande att utreda vilka aktiviteter och sporter som efterfrågas av ungdomar i Haparanda, för att möta de behov som finns.

Reflektion av studentarbetena:

Studenterna som gjort arbetena fick genom SAM förslag på ämnen att se vidare på inom projektet. Eftersom de inte hade läst folkhälsovetenskap fick studenterna en kort introduktion till ämnet där bland annat hälsans bestämningfaktorer beskrevs samt tips på teorier att utgå ifrån. Förutom att få kontaktuppgifter till personer i kommunerna var studenterna självständiga i arbetet och deras slutsatser är deras egna. Rapporterna syftade till att ge utvärderingen en bättre bild av ungas upplevelser av psykisk hälsa och delaktighet.

Studentrapporterna beskriver att unga upplever samhälleliga normer, förväntningar och sociala relationer, prestationsångest och stress, avsaknad av en meningsfull fritid, delaktighet och inflytande samt upplevelser av en osäker framtid som faktorer som påverkar den psykiska hälsan. Nu var detta främst gymnasieungdomar som deltog i dessa studier utifrån etiska aspekter samt även tidsaspekten för kursen. Vad som påverkar i olika åldrar som beskrivet i bakgrunden kan ju förstås skilja sig åt. Intressant är att det som framkommit i rapporterna även återspeglas i föreläsningvalen på Björknäs-gymnasiets temadagar samt att det även kommit upp liknande ämnen i filmerna i Haparanda.

Även om universitetsstudenter och gymnasieelever kan vara nära i ålder, är det fortfarande (om eleverna inte fyllt 18 år) vuxna som intervjuar barn. Det vore intressant om unga intervjuar unga för att få barnets perspektiv snarare än barnperspektivet.

Värden som grundläggande perspektiv

Under projektets gång har de grundläggande värdena vuxit fram: Medskapande arbetssätt, jämställdhet, jämlikhet, normkritik, evidens och etik. Värdena i sig är inte ovanliga men dess innebörd som grund och betoningen på att alla aktörer som finns inom SAM ska förhålla sig till och arbeta utifrån dessa värden kan vara mer unikt inom projekt. Sen väcks alltid frågan men arbetar vi verkligen utifrån dessa värden i alla avseenden? Det är svårt att säga utan att försöka mäta det, men hur mäts det då? Kanske vikten bör läggas på att det är en viljeförklaring om att de ska vara vägledande samt att de är perspektiv som det går att göra analyser utifrån. Alla områden är kompetensområden, vilket även gör det viktigt att fler får kunskap, en del påminns och andra får djupare kunskap inom ämnet.



Bild 5. Skärmdump SAM brosyren – värden i projektet) Forskningen kring metoder går ständigt framåt även om den kan upplevas som "släpande". Evidens föregås av att våga utveckla och testa nya saker. Därför är förutsättningen sådan att metoder är mer "trendkänsliga", vi utgår från bästa tillgängliga kunskap. Forskningen kan förkasta eller förstärka det pågående arbetet men något som däremot är mer stabilt är de värdena som ingår i SAM. Värdena bör genomsyra arbetet och hållas levande i det dagliga arbetet.

Samverkan – olika nivåer

Förändring i sig är svårt och kräver tålamod. Samverkan är komplext, det kräver stora investeringar i tid och energi för att hålla den vid liv. I pilotprojektet har samverkan skett på olika nivåer, dels samverkan inom kommunen mellan förvaltningar, mellan Region lokalt inom kommunen och Kommunen som organisations, kommunen och Regionen från den regionala nivån samt mellan regionala aktörer. Mestadels kommer det vara fokus på samverkan kommun och region.

Förutsättningar för samverkan:

Förankring i organisationen
Förtydligande av övergripande mål
Kunskap om varandras områden
Gemensamma begrepp
Systematik i arbetet

Hinder för samverkan:

Otydligt uppdrag
Otillräckliga resurser
Orimliga förväntningar på vad samverkanspartnern kan åstadkomma.
Omvärldsförändringar
Regelverket, organisation och synsätt

Styrning och ledning

En väl fungerande samverkan kräver en tydlig styrning på alla ledningsnivåer, ledningens uppgift är att legitimera och förankra på olika nivåer i organisationen (Socialstyrelsen, 2013). Då projektet varit initierat av, och med en anställd projektledare från, Region Norrbotten har det varit projektledarens uppgift att själv hålla föredrag för styrning och ledning eller stötta lokala tjänstemän att informera om läget i projektet. I och med detta kan frågan väckas huruvida kommunerna uppfattat att de ”äger” projektet. Det kan ha förekommit en känsla att projektet är skilt från det ”vardagliga arbetet”, att detta var ännu en boll bland många andra bollar som hålls i luften, där det funnits svårigheter att se hur det hänger ihop med det övriga arbete som görs.

I och med att projektet varit ”region-ägt” samt att en projektledare som anställts regionalt varit den största operativa kraften i projektet, har det även funnits upplevelser av att projektledaren skulle stå för den interna kommunikationen i en av kommunerna. Att inte tillhöra den kommunala nivån gör detta mycket svårt. Det kräver en stor kunskap om hur kommunen är organiserad, vem som har mandat och var det är strategiskt smartast att rikta informationen för största möjliga spridning. Inte otänkbart men väldigt tidskrävande. Störst legitimitet för kunskapsspridning finns dock inom den egna organisationen. Detta kan vara ett tecken på att rollfördelningen varit otydlig samt att det satts en orimlig förväntan på vad en aktör kan uppnå. En erfarenhet från Region Norrbotten är att beslut och information får genomslag om det går ”i linjen”, det vill säga att det går genom ledningsstrukturen på rätt sätt, på rätt nivå – uppifrån och ner. Ytterligare en erfarenhet internt är att olika delar av en organisation kan kommunicera på olika sätt, exempelvis är SBAR som är ett verktyg för strategisk kommunikation (SBAR står för Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation). Kommunikationsverktyget kan användas i en del av organisationen för att mottagaren snabbt ska kunna värdera informationen. Vet en med sig att detta är sättet att kommunicera inom verksamheten är det lättare att få fram sitt budskap. Information om hur en organisation kommunicerar internt är inget en på förhand kan veta, man behöver ha insyn.

Socialstyrelsen (2013) påpekar också att det ekonomiska åtagandet är ledningens ansvar. I pilotprojektet är det projektledaren som haft det ekonomiska ansvaret, hur pengar ska fördelas har varit personens uppgift. Detta betyder att det framtida ekonomiska ansvaret under VT 2017 har varit projektstödens fokus. De nya kommunerna, exempelvis Piteå, som kommit in i projektet under

pilotens tid, har haft egna medel för arbetet samt en samordnande funktion och en egen operativ kraft (detta som ett resultat över svårigheterna att inte tillhöra en organisation samtidigt som en ska vara en av organisationens operativa krafter utifrån de erfarenheter som erhållits i piloten). Fördelningen av medel var till en början oklart i en av kommunerna, de upplevde att det varit skillnad i det som kommunicerades vid projektets uppstart samt när det väl var igång. Detta kan förklaras av att det varit två olika personer som utfört arbetena, en processledare som skrev projektplanen och initierade arbetet och senare, efter rekrytering, av projektledaren som tog över arbetet. Förväntningarna stämde inte överens. Detta tyder på att kommunikation om förväntningar, roller och ansvar är viktigt för att undvika missförstånd. Ett arbete med struktur, i uppstart i en ny kommun, har påbörjats innan pilotens avslut.

Alla insatser som Region Norrbotten bidragit med har det funnits en förhoppning om att kommunen sen tar över, exempelvis utbilda handledare till olika metoder. Regionen har mer haft en roll av att ”stimulera” till utveckling, i vissa fall bidra till att det finns regionala utbildare inom en metod. Något som blivit tydligt mot slutet av pilotprojektet var att en agil projektledning (agil betyder ”lättrolig”, det vill säga en flexibilitet som inte brukar finnas i traditionell projektledning) och verksamhet som planeras med en lång framförhållning kan ha svårt att matcha. Från regionens sida bör man följa de aktörer som finns med i arbetet, exempelvis följa kommunernas år i och med budgetering eller planering av verksamhetsåret. Ad hoc lösningar (lösningar från tillfälle till tillfälle) kan fungera men är inte att föredra.

Styrgrupp eller projektstödsgrupp

Hur grupperna har utformats under tiden har också skiljt sig, något som kanske inte är lika frekvent förekommande i ett traditionellt projekt, det fanns förslag på hur grupperna skulle se ut i projektplanen. I Boden har det under den senare delen av tiden funnits representant från högsta politiska ledning, vilket ger en tyngd för projektets fortsättning i kommunen. Dock har vissa aktörer fallit bort under projektets gång och andra vill bli uppdaterade om arbetet men kan inte själva prioritera att delta på möten. Hälso- och sjukvårdens representanter från lokal nivå har haft svårt att prioritera att delta. Bland annat har det funnits upplevelser av att det inte berör verksamheten direkt. Även om projektets syfte ansetts viktigt så har det inte kunnat prioriteras.

Vidare är det av vikt initialt att alla förstår sin roll. En del aktörer kanske ska vara referenspersoner/grupper till arbetet eller också får de själva vara med och definiera hur de kan bidra till arbetet. Aktörer som inte har känt sig direkt berörda i piloten är bland annat socialtjänsten och hälso- och sjukvården. En intervjudeltagare gav ett förslag på hur flera aktörer skulle kunna känna sig mer delaktiga i arbetet: *”Ge dem ett uppdrag under den här programperioden, under 3 år önskar vi att ni kunde ta fram ett kunskapsprogram för människor som arbetat med unga till vardags. Vad ska programmet innehålla? Hur ska det läggas upp? Kan ni samordna det?”*. Vidare beskriver intervjudeltagaren hur detta kan stöttas från den regionala nivån. I projektplanen fanns det redan beskrivet hur styrgrupperna/projektstödsgrupperna skulle se ut vid projektets start men i och med riktningen i projektet så kände sig inte alla direkt berörda, även om de ser sig som indirekt berörda.

Hur man utformar gruppen beror helt och hållet på vad man vill göra för aktivitet. Det finns inget rätt eller fel men som en intervjudeltagare sa *”Man måste veta vad man ska samverka kring, efter det bjuder man in aktörer”*. Piloten ville så mycket att det var svårt att realisera allt.

Namnbyte och en övergripande styrgrupp i Luleå (?)

Anledningen till att Bodens kommun inte ansåg sig vara en traditionell styrgrupp som de benämndes i projektplanen, var på grund utav att de inte kände sig som en styrgrupp. Beslut om medel och aktiviteter kunde tas mellan möten, därav ville de hellre kallas sig projektstöd, då det mer representerade hur de upplevde att gruppen fungerade i praktiken. Det har funnits upplevelser av att en inte vet var besluten tas. Kanske detta beror på att det inte funnits någon tydlig ärendehantering. Projekt till skillnad från ordinarie verksamhet kan vara mer flexibla.

I projektplanen fanns det även inskrivet en styrgrupp på övergripande nivå, som skulle vara placerad i Luleå med olika representanter både internt inom Regionen men även externa aktörer så som representanter från Länsstyrelsen och Norrbottens kommuner. Projektledaren upplevde dock aldrig att gruppen fyllde sin funktion som styrgrupp utan fungerade mer som en referensgrupp till projektet. En traditionell styrgrupp har inte existerat i projektet. Däremot fann projektledaren nära samverkanspartners från Norrbottens kommuner och länsstyrelsen, där det bland annat resulterat i ett fördjupat samarbete i föräldrastöd på regional nivå.

I och med att SAM fick en extra anställd i och med utvärderaren samt att projektägare och processägare fanns på Folkhälsocentrum blev det ett teamarbete inom Folkhälsocentrum.

Behovsinventering/kartläggningar

I piloten och i hur SAM även fått en fortsättning i andra kommuner har det alltid startat med en kartläggning av aktörer och behov i kommunen. Vem gör vad? Var överlappar det? Var finns det luckor?

En behovsinventering i Boden gjordes av LTU studenter, på uppdrag av landstinget. Syftet med kartläggningen var att dokumentera vilka åtgärder och insatser som finns tillgängliga för bevarandet av psykisk hälsa på generell nivå. Utredningsrapporten av LTU studenter bygger på tio individuella intervjuer och en gruppintervju med fem personer. Det skickades även ut en enkät till cirka 40 personer varav sju stycken valde att svara. Med tanke på förankring och spridning i organisationen är det en svaghet att behovsinventeringen inte kom från kommunen själv. Det hade rimligen påverkat deltagandet positivt. Att föredra är att beslut fattas på ledningsnivå med mandat att ge prioritet för uppgiften. Det ger en tydligare signal om att det handlar om en beställning, snarare än om ett erbjudande att medverka. Utifrån det kan organisationen uppdra någon att genomföra men rapporteringsskyldigheten finns inom kommunen.

Men det är här det finns oklarheter, för projektstödsgruppen i Boden nämner att en ytterligare behovsinventering har gjorts av utbildningsförvaltningen, socialförvaltning och BVC. Dessa två kan vara samma kartläggning/behovsinventering eller också har dessa kartläggningar inte kommunicerat med varandra för att få en mer heltäckande bild.

Haparanda genomförde också sin kartläggning inom kommunen. Gemensamt för båda kommunernas arbete är att kartläggningen/behovsinventeringen bör hållas levande med avstämningar och analyser utifrån läget samt att rapporteringsskyldigheten finns inom kommunen.

Kartläggning – inte bara av behov

I en intervju med en deltagare i ett av projektstöden framkom det att det finns x antal tjänster i kommunen som ska arbeta förebyggande samt att dessa personer har gjort så under en tid. Finns det resultat av arbetet? Om det inte gjort skillnad i kommunen, varför har det inte gjort det? Gör de rätt saker, har de rätt kompetens utifrån behovet hos barn och unga, behövs det mer resurser och/eller ska det koordineras annorlunda? En kartläggning av personella resurser är minst lika viktig som en kartläggning av arbetssätt/metoder i kommunen.

Struktur

Socialstyrelsen (2013) beskriver att en framgångsrik samverkan kräver struktur, där tydliga mål, precisering av målgrupp samt tydlig arbetsfördelning lyfts fram, med ett systematiskt arbete blir resultatet bättre. I en intervju med en person från en kommun beskrivs projektstödsgruppens uppdrag som väldigt otydligt. Personen förstod inte vad syftet var, vad skulle de göra, samt delade den uppfattningen med andra i gruppen. Personen uppgav även i intervjun att en del aktörer inte förstod sin roll i gruppen.

En annan intervjuperson beskrev som att både regionen och kommunen var lika nya i att bygga detta koncept, att regionen varit sökande i arbetet där kommunerna fått "agera experimentlåda" för att finna ett bra koncept för arbetet. Samma person uppgav att kommunen berättar om de behov som finns och att regionen kan komma in med analys av åtgärder samt stöttning gällande kompetenshöjning och hjälp med utvecklingsarbetet – våga välja ett fåtal fokusområden, planera för uppföljning, stötta med kompetens om så behövs, följa upp samt hjälpa till att värdera om insatserna gett effekt. Från båda kommunerna efterfrågas det nu struktur i arbetet. Men det är inte bara struktur från projektledningens sida som behövs, det behövs en struktur i kommunen som underlättar för arbetet i den dagliga verksamheten.

Tydliga mål för arbetet beskriver Socialstyrelsen (2013) som ett krav för en framgångsrik samverkan. Något som har saknats i piloten. Det finns övergripande mål för projektet (se slutrapporten för SAM projektet) men dessa är svåra att mäta, dessutom finns det mål som vill ha förbättring men preciserar inte vad som är en "godtagbar" förbättring. Förslagsvis är en förbättring för kommunerna och regionens fortsatta arbete utifrån SAM att utveckla en samlad styr- och uppföljningsmodell med adekvata mått. Det ger en riktning men också en chans att följa upp.

Tydlig arbetsfördelning har i vissa fall saknats, i granskningar av möteshandlingar genom åren återkommer vissa förslag på aktiviteter men ingen får eller tar på sig uppdraget att se närmare på förslagen. Kanske har det funnits en uppfattning om att det är projektledarens roll att genomföra. Projektledaren har varit operativ i båda kommunerna, ibland "tagit över" uppgifter kommunala tjänstemän normalt utför så som att hålla dragningar för politiken om arbetet i kommunen. Projektet har varit för stort och brett för att projektledaren ska ha kunnat dra i alla trådar i två kommuner samtidigt. Någon form av hantering av förslag till aktiviteter vore att önska.

Något som Socialstyrelsen (2013) nämner som ett hinder för samverkan är att det finns orimliga förväntningar på vad samverkanspartners kan åstadkomma, detta har nog förekommit på alla nivåer. Exempelvis kan inte pilotprojektet och satsningen på förebyggande arbete ute i kommunerna rå på om det sker neddragningar inom närsjukvården. Huruvida någon faktiskt trots detta varit möjligt är oklart men det har kommit upp. Inte sällan får företrädare för Region Norrbotten företräda hela Region Norrbotten.

Något som saknats från projektets start är en kommunikationsplan med tillhörande aktivitetsplan. Detta har efterfrågats men ej kommit pilotprojektet till ägna. Det har blivit tydligt att detta behövs från regional nivå men även på kommunal nivå för att få en struktur i kommunikationen samt ge möjligheter att stämma av mot planen.

Kunskapshöjande insatser och gemensamt lärande

I en intervju framkom det att SAM gett kommunen positiva effekter i form av nätverkande. Aktörer som inte annars träffats har samtalat om vad de gör och funnit gemensamma nämnare att arbeta vidare tillsammans med. SAM har även beskrivits ge "luft i kalendern" för att träffas och mötas. I en annan intervju lyftes det även fram att det skett ett lärande i projektstödsgruppen som varit mycket värdefullt samt att utbildningarna för yrkesverksamma är det som gett kommunen mervärde. En förutsättning för att samverkan ska fungera bra är att det finns kunskap om varandras områden samt att det finns gemensamma begrepp (Socialstyrelsen, 2013). Detta verkar SAM

bidragit med. Dessutom lyftes det av en intervjudeltagare att de nya perspektiven som kommit in i och med projektet har varit väldigt värdefulla för det fortsatta arbetet, samt att det hjälpt till att lyfta på stigmat för psykisk ohälsa.

Ett ambitiöst arbete under 3 år

SAM ville skapa något nytt, det var ett ambitiöst projekt som ville väldigt mycket samtidigt som det skulle upprättas samverkan inom nya grupper som inte hade för vana att arbeta tillsammans på ett liknande sätt. Projektet har varit enormt för en enda anställd, det måste tas hänsyn till i bedömningen av arbetet.

Uppfyllde pilotprojektet vad det skulle:

- Bygga en bas för hur psykisk hälsa kan främja och hur psykisk ohälsa kan förebyggas – arbetet är påbörjat. Det finns en bas att stå på men arbetet kan se olika ut i olika kommuner, därför att behoven kan se annorlunda ut.
- Arbeta för en samsyn i länet – Arbete med samsyn är påbörjat i kommunerna som deltar i SAM. Arbetet fortsätter.
- Ta bort stigmat kring psykisk ohälsa – piloten har haft som syfte att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa. Bara genom att lyfta ämnet kan stigma lyftas, däremot attityder i samhället kring psykisk ohälsa är ett pågående arbete som sker på olika nivåer.
- Delsyftet i utvärderingen var att se över samverkan som skett i piloten för att se eventuella hinder och framgångsfaktorer – detta har utvärderingen uppfyllt däremot är det inte helt täckande men det är en början på ett förbättringsarbete för en bättre samverkan i länet mellan olika aktörer.

Det hade varit naivt att tro att ett projekt skulle kunna vända en trend som vi ser på nationell, regional och lokal nivå, ett projekt kan inte ändra en samhällsutveckling. Men vi kan arbeta för att skapa bättre förutsättningar för barn och unga tillsammans med andra samhällsaktörer samt att vi kan ge barn och unga verktyg för att hantera livets svårigheter. Metoder kan hjälpa till i detta men det är inte lösningen på hela problemet.

Våga välja ut och fokusera på insatser, följ processen och utvärdera. Finns det behov av att arbeta våldsförebyggande för att minska sexuella trakasserier som får unga tjejer att må dåligt – våga välj det.

Inget arbete finns i ett vakuum, omvärlden påverkar hela tiden, omorganiseringar påverkar och förändringar i grupper påverkar. Utveckling tar tid, samverkan tar tid samt olika verksamheter styrs utifrån olika regelverk vilket också påverkar arbetet. Det gäller att hålla i och hålla ut för det är ett komplext arbete. Även här är ledningen viktig. Ledningens aktiva stöd och ägandeskap har visat sig vara en avgörande faktor för att lyckas med utvecklingsarbete (Socialstyrelsen, 2013).

Granska vad som fungerat bra och vad som fungerat mindre bra men framför allt hitta struktur för arbetet. Under projektidens gång har detta blivit tydligt för SAM-teamet regionalt, varpå det påbörjats ett arbete med att finna förslag på struktur i arbetet. Lika mycket som det behöver finnas struktur för arbetet på regional nivå måste det finnas lokalt. Även här pågår det arbete på olika nivåer lokalt inom kommunerna. Ett medskick oavsett nivå är att politiska beslut kräver ett bra underlag, det spelar ingen roll om du vet att det fungerar i din verksamhet. Finns det inte underlag till politiken kan de inte fatta beslut som är välgrundade. Se utvärderingar och uppföljningar som möjligheter till utveckling.

Rekommendationer

- Metoder väljs utifrån behov och om det är utifrån faktorer som går att påverka på individnivå. Läs mer om de olika metoderna under rubriken Metoderna i projektet.
- Etik- och kvalitetssäkringsverktyget förväntas vara klart i september 2017. Sen är det fritt för alla att använda om det upplevs vara till hjälp för skolor i deras arbete. Verktyget kan underlätta planering av införande av nya metoder samt testa redan existerande.
- Barn och ungas delaktighet, är ett arbete som bör stärkas inte bara för att uppfylla artikel 12 i barnkonventionen men även för att det finns samband mellan delaktighet och hälsa.
- Kultur har använts som processverktyg i piloten men kultur i sig är hälsofrämjande. Använd kultur för att främja hälsa.
- En utvärdering av HEL konceptet skulle vara av intresse samt att fler kommuner följer efter Björknäs gymnasiets HEL.
- Se skolan som en hälsofrämjande arena, samt även övriga arenor som barn och unga vistas på.
- Utbilda vuxna som träffar barn och unga varje dag att känna igen tecken på psykisk ohälsa samt ge dem verktyg att kunna prata om det.
- Utvärdera valda delar av arbetet för att få djup i kunskapen om pågående arbete.
- Nyttja att det finns studenter som vill skriva uppsatser med nära koppling till olika aktörer.

Samverkan

- Piloten har byggt tillit, fungerat som ett lärande nätverk men det behövs struktur för det fortsatta arbetet.
- Kommunen behöver ha en egen operativ kraft för samordning samt driva arbetet framåt.
- Ska information inhämtas från kommunen eller från regionen bör rapporteringsskyldigheten finnas inom organisationen. Att som utomstående fråga efter information är betydligt svårare.
- Högre chefers stöd, mandat och intern kommunikation är väldigt viktigt för att kunna arbeta med utveckling samt att få till samverkan som håller över tid.
- Team SAM bör samplanera i god tid med kommuner och andra aktörer.
- Tydliga mål för arbetet, aktiviteter som kopplas till målen, tydligt med roller och ansvar – hitta strukturer för arbetet
- Kartlägg aktörer, insatser, metoder och personal som arbetar med förebyggande arbete.
- Team SAM och Folkhälsocentrum (FHC) stöttar upp kommuner efter behov, hjälper till med utbildningsinsatser/ kunskapshöjande insatser. SAM/ FHC kommer in med kompetens för att driva arbetet framåt om det behövs och använder den erfarenhet som finns efter piloten.
- Upprätta kommunikationsplan.

Referenser

- Agic, H och Samuelsson. (2015). Föräldrastödsprogram för utrikesfödda föräldrar – vad händer när manualbaserade föräldrastödsprogram översätts och implementeras i svensk kontext? Socialmedicinsk tidskrift 5/2015.
- Andersson, I och Ejlertsson, G. (2009) Folkhälsa som tvärvetenskap – möten mellan ämnen. Lund: Studentlitteratur.
- Axelsson, R och Bihari Axelsson, S. (2007). Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällsaktörer. Lund: Studentlitteratur.
- Barnrättighetsutredningen (2016). Barnkonventionen blir svensk lag (SOU 2016:19). Stockholm: Socialdepartementet.
- Berggren, C och Lindkvist, L. (2001). Projekt: organisation för målorientering och lärande. Lund: Studentlitteratur.
- Bremberg, S och Dalman, C. (2015). En kunskapsöversikt – Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga. Stockholm: Forte.
- BRIS (2012). Se hela mig! Barns egna ord om sin psykiska ohälsa. https://www.bris.se/globalassets/pdfs/rapporter/se-hela-mig_studie-fran-bris-2012.pdf
- Brülde, B. (2011) Folkhälsoarbetets etik. Lund: Studentlitteratur.
- Clarke, G-N och Lewinsohn, P-M (1995). The adolescent coping with stress class: leader manual. Portland: Kaiser Permanente Center for Health Research.
- Coppock, V. (2011). Liberating the mind or governing the soul? Psychotherapeutic education, children's rights and the disciplinary state. Education Inquiry, 2(3), 385-399.
- Dahlgren, G och Whitehead, M. (1991) Policies and strategies to promote social equality in health. Stockholm: Institute of Future studies.
- Duberg, A. (2016). Dance Intervention for Adolescent Girls with Internalizing Problems: Effects and Experiences. (Doctoral dissertation). (Sammanläggning) Örebro: Örebro university.
- Duberg, A., Möller, M och Taube, J. (2013). Dans kan ge unga skydd mot psykisk ohälsa. Läkartidningen. 2012;110.
- Edling, C och Liljeros, F. (2010). Ett delat samhälle – makt, intersektionalitet och social skiktning
- Elvstrand, H. (2009) Doktorsavhandling. Delaktighet i skolans vardagsarbete. Linköpings universitet
- Enebrink, P., Danneman, M., Benvestito Mattson, V., Ulfsdotter, M., Jalling, C och Lindberg, L (2015). ABC for parents: pilot study of universal 4-session program shows increased parenting skills, self-efficacy and child well-being. J Child Stud.
- Folkhälsomyndigheten. Klassificering av förebyggande metoder. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/projektwebbar/spelprevention/spelprevention-klassificering-av-forebyggande-metoder.pdf>
- Folkhälsoinstitutet (2010). Delaktighet och inflytande i samhället – kunskapsunderlag för folkhälso rapporten 2010. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12709/R2011-31-Delaktighet-och-inflytande-i-samhallet-Kunskapsunderlag-for-FHPR-2010.pdf>
- Folkhälsomyndigheten (2014). Tonåringars psykiska hälsa – utveckling under de senaste 30 åren. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/23286/tonaringars-psykiska-halsa-folkhalsomyndigheten.pdf>
- Folkhälsomyndigheten (2014). Vägledning i lokalt och regionalt föräldrastödsarbete – föräldrar spelar roll. Östersund: Folkhälsomyndigheten.

- Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling – FYSS (2015). <http://www.fyss.se/om-fyss-2/fyss-2015/>
- Garmy, P., Berg, A och Clausson, E. (2014). Supporting positive mental health development in adolescents with a group cognitive intervention. *British Journal of School Nursing*. 9 (1) 24-29.
- Gillander Gådin, K. & Hammarström, A. (2005). A possible contributor to the higher degree of girls reporting psychological symptoms compared with boys in grade nine?. *European Journal of Public Health*, vol. 15: 4, ss. 380-385.
- Haglund, BJA (1996). Stödande miljöer för hälsa – ett strategiskt begrepp för ett hälsofrämjande arbete. *Socialmedicinsk tidskrift* 1996:2-3, temanummer Miljö och hälsa. <http://www.bomhag.se/SEartikel1996ismt.pdf>
- Hart, R.A. (1997) *Children's participation: The theory and practice of involving young citizens in community development and environmental care*. London: Earthscan.
- Janlert, U (2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm: Natur och kultur.
- Kerstis, B., Larsson, R., Lindberg, M., Sjöberg, M., & Söderbäck, M. (2010). Barnkompetens. I M. Söderbäck (Red.), *Barn och ungas rätt i vården*. Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Landstinget Kronoberg (2010) Utvärdering av spädbarnsmassage och vägledande samspel/ICDP – utbildning och implementering. [http://www.fouvalfard.se/\\$2/2010-spadbarnsmassage.pdf](http://www.fouvalfard.se/$2/2010-spadbarnsmassage.pdf)
- Lindberg, L., Ulfsdotter, M., Jalling, C., Skärstrand, E., Lalouni, M., Lönn Rhodin, K., Månsdotter, M och Enebrink, P. (2013). The effects and cost of the universal parent group program – all children in focus: a study protocol for a randomized wait-list controlled trial. *BMC Public Health* 2013, 13:688
- Lindgren, S. (2007). *Sociologi 2.0 – Samhällsteori och samhällskultur*. Malmö: Gleerups.
- Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Högfeldt, A., Rowse, J., Turner, S., Hayes, S. C. & Tengström, A. (2015). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Mental Health: Swedish and Australian Pilot Outcomes. *Journal of Child and Family Studies*. 24(4), 1016-1030.
- Mattson, T. (2010). *Intersektionalitet i socialt arbete – Teori, reflektion och praxis*. Malmö: Gleerups
- Medin, J och Alexandersson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.
- MUCF- Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor. (2015) När livet känns fel – ungas upplevelser kring psykisk ohälsa. https://www.mucf.se/sites/default/files/publikationer_uploads/nar-livet-kanns-fel_0.pdf
- Nationella Folkhälsokommittén (2000). *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan*. I SOU 2000:91. Stockholm: Socialdepartementet.
- Nationellt centrum för suicidforskning och av prevention av psykisk ohälsa. Folder om YAM: http://ki.se/sites/default/files/broschyr_yam_a5_sidor.pdf
- Nordens Välfärdscentrum (2012). *Nordens barn – utveckling av nordiska familjecentraler*. http://www.nordicwelfare.org/PageFiles/415/Inspirationsh%C3%A4ften/2%20UtvecklingFamiljecentr_enk.pdf
- Norrbottnens läns landsting (2013). *Skolbarns hälsa och levnadsvanor i Norrbotten – Rapport för läsåret 2012/2013*. http://www.norrbotten.se/publika/lg/utv/Folkh%c3%a4lsocentrum/H%c3%a4l-sosamtal/Barn/Skolbarns%20h%c3%a4lsa%20och%20levnadsvanor%20i%20Norrbotten%202012_2013.pdf
- Pellmer, K. och Wramner, B. (2007). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.

Philblad, M och Åberg, G. (2011). Att främja barn och ungas psykiska hälsa – vägledning inför val av metoder och implementering av metoder. Stockholm: Karolinska institutet folkhälsoakademi. http://dok.sls.se/CES/FHG/Psykisk_halsa_och_ohalsa/Rapporter/att-framja-barns-och-ungas-psykiska-halsa-vagledning.2011_22.pdf

Proposition 2002/03:35. Mål för folkhälsan. Stockholm: Socialdepartementet. <https://data.riksdagen.se/fil/4324E0A2-E80C-4D2A-B1A4-6951B487E7FE>

Rasmusson, B., & Andersson, O. (2001). Med barnkonventionen som karta och kompass i kommuner och landsting. Stockholm: Kommentus Förlag

Ringström, J. (2011). Mellan sanning och konsekvens. En studie av den tredje generationens kognitiva beteendeterapier. Avhandling för doktorsexamen, Lunds Universitet, 2011.

Schäfer Elinder, L och Kwak, L. (2014) Evidensbaserat folkhälsoarbete. Lund: Studentlitteratur.

SKL – Sveriges kommuner och landsting. (2015) Arbetsbok för utbildning 25 – 27 februari 2015 – Medskapande ledarskap: förhållningssätt, processdesign och metoder. Internt dokument.

Socialstyrelsen (2009) Etisk grund i socialt arbete. Webbklälla: <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/attarbeteaevidensbaserat/etiskgrundisocialt arbete>

Socialstyrelsen, Skolverket och Statens folkhälsoinstitut (2004). Tänk långsiktigt! En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen, SBU och FHI (2010). Samsyn om kunskapsläget för program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. Pressmeddelande. <http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/merkunskapkravsomprogramforattforebyggabarnspsykiskaohalsa>

Socialstyrelsen. (2013) Samverka för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2008) Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn – en nationell inventering i kommuner och landsting.

Sommer, D., Pramling Samuelsson, I., & Hundeide, K. (2010). Child perspectives and children's perspectives in theory and practice. New York: Springer.

Statens beredning för medicinsk och socialutvärdering - SBU (2010) Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU-rapport nr 202. ISBN 978-91-85413-38-6.

Statens beredning för medicinsk och socialutvärdering. (2015) Skolbaserade program för att förebygga självskadebeteende inklusive suicidförsök. En systematisk litteratur-översikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2015. SBU-rapport nr 241. ISBN 978-91-85413-85-0. http://www.sbu.se/contentassets/94e6baae31c44c7196fe1c2b399e4f14/skolbaserade_program_forebygga_sjalvskadebeteende_suicidforsok_2015.pdf

Staten offentliga utredning – SOU 2016:19. Barnkonventionen blir svensk lag. Stockholm: Socialdepartementet.

Stockholms läns landsting. Projekt – Pappa på BVC. Barnhälsovården i Stockholms län 2013 – 2015.

Svensson, A., (2010). A Translation of Worlds: Aspects of Cultural Translation and Australian Migration Literature. Umeå University: Umeå Studies in Language and Literature 13. Department of Language Studies

Svensson, L., Brulin, G., Jansson, S. och Sjöberg, K. (2009). Lärande utvärdering – genom följeforskning. Lund: Studentlitteratur.

Tengland, P-A. (2012) Behavior change or empowerment: On the ethics of health-promotion strategies. Public health ethics vol 5 nr 2 140 – 153

Törneke, N. (2004). Acceptance and commitment therapy (ACT), En behavioristisk psykoterapi. Sokraten 3/2004 14-19.

Ulfsdotter, M., Enebrink, P och Lindberg, L. (2014). Effectiveness of universal health-promoting parenting program: a randomized waitlist controlled trial of All Children in Focus. BMC Public Health 14:1083

Ungdomsstyrelsen (2012). Om unga hbtq-personers hälsa. https://www.mucf.se/sites/default/files/publikationer_uploads/hbtq-halsa.pdf

UNICEF (2009). Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter. Stockholm: UNICEF Sverige

Wasserman, D., Hoven, CW., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G. et al. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. Lancet, 385; 1536-44.

Warne, M. (2013). Där eleverna är - Ett arenaperspektiv på skolan som en stödjande miljö för hälsa. Diss. (Sammanläggning) Östersund: Mittuniversitetet, 2013 (Mid Sweden University doctoral thesis : 174)

WHO (2008). Closing the gap in a generation: health equality through action on social determinations of health.

Wickström, H. (2009). Etnicitet. Malmö: Liber.

WHO (2009) Health promoting schools – a framework for action. http://www.wpro.who.int/health_promotion/documents/docs/HPS_framework_for_action.pdf?ua=1

Zetterström Dahlqvist, H. (2016). Determinants of Depressive Symptoms in Adolescents : The Role of Sexual Harassment and Implications for Preventive Interventions. Diss. (Sammanläggning) Sundsvall: Mid Sweden University, 2016 (Mid Sweden University doctoral thesis : 254)

Zetterström Dahlqvist, H., Landstedt, E., Gillander Gådin, K. (2012). Depressiv symptoms and the associations with individual, psychosocial, and structural determinants in Swedish adolescent. Health, 4(10): 881-889.

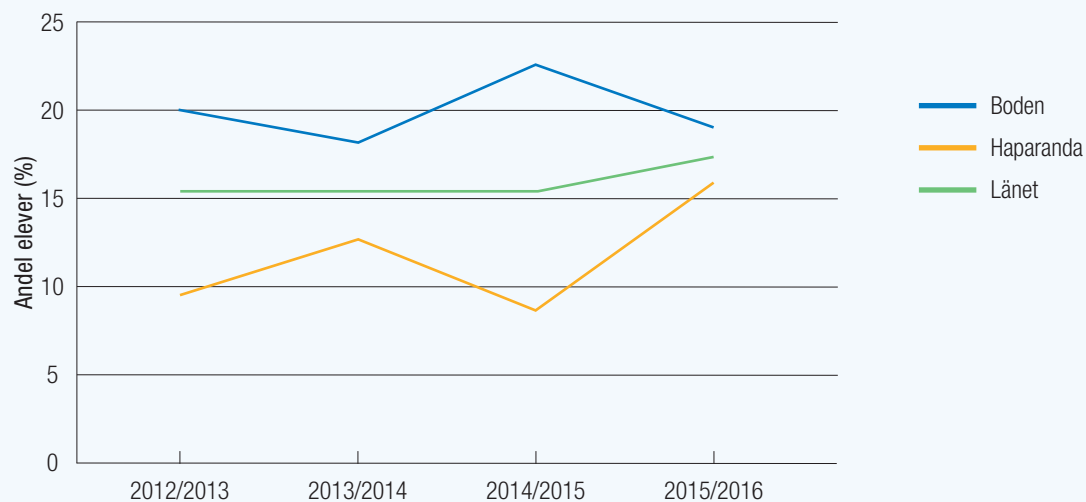
Bilaga 1: Statistik från hälsosamtalet i skolan

Observera att detta är tvärsnittsdata samt att det inte mäter samma individer. All data har Hälsosamtalet i skolan som källa.

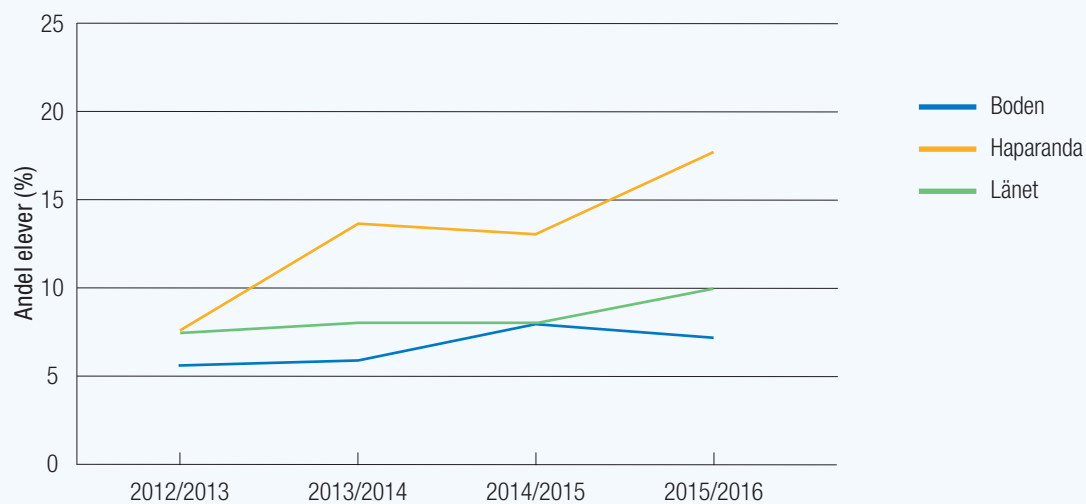
Utveckling av förekomst av ledsen/nedstämd från 2012/2013 till 2015/2016

För flickor

Förekomst ledsna/nedstämda elever i gymnasiet, kommuner och länet i genomsnitt (%)



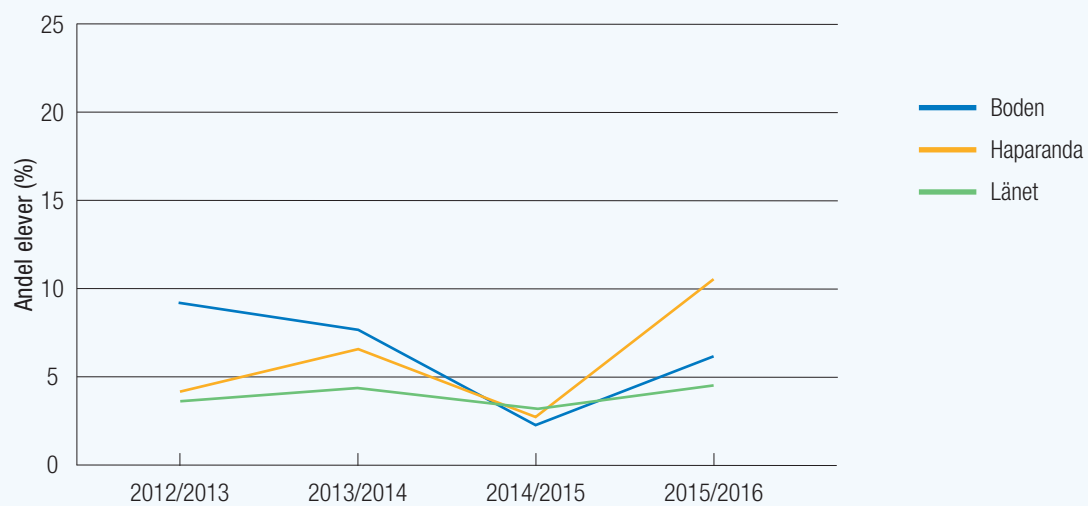
Ledsen/nedstämd - flickor årskurs 7, kommuner och länet i genomsnitt (%)



Utveckling av förekomst av ledsen/nedstämd från 2012/2013 till 2015/2016

För pojkar

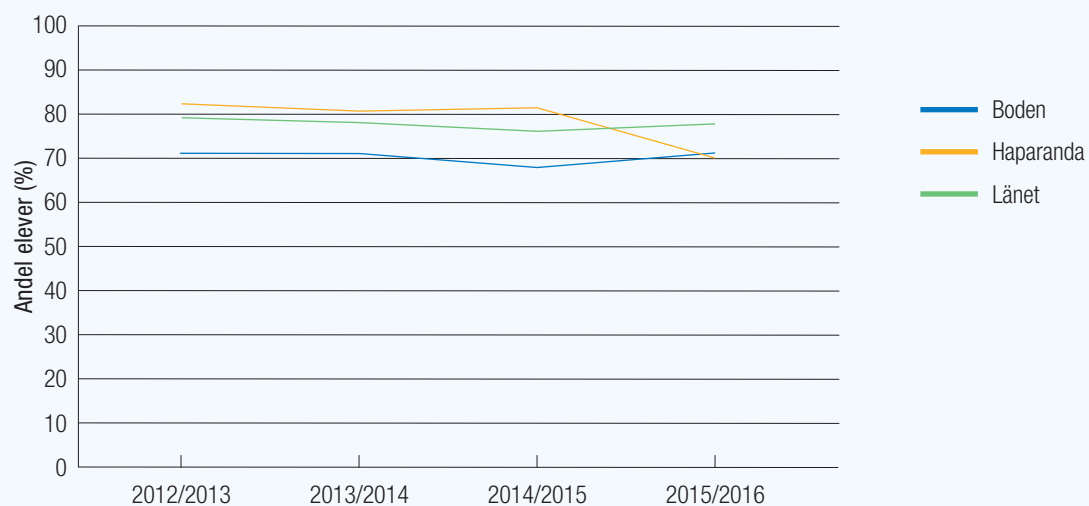
Förekomst ledsna/nedstämda elever i gymnasiet, kommuner och länet i genomsnitt (%)



Utveckling av förekomst av god självuppskattad hälsa från 2012/2013 till 2015/2016

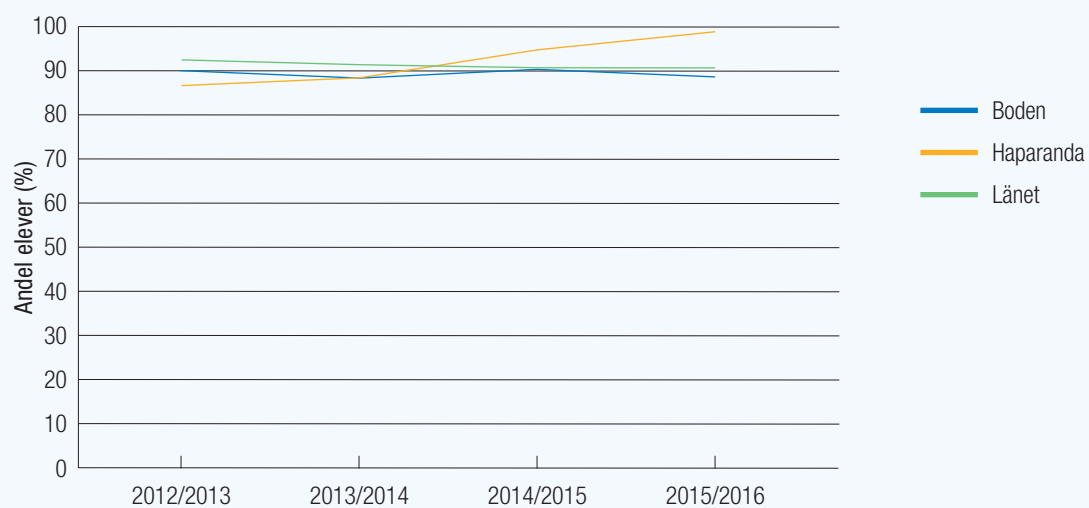
För flickor

Självskattad god allmän hälsa - pojkar i årskurs 1 på gymnasiet, kommuner och länet i genomsnitt (%)



För pojkar

Självskattad god allmän hälsa - pojkar i årskurs 1 på gymnasiet, kommuner och länet i genomsnitt (%)



Bilaga 2: Tidiga mål i piloten

Mål som sattes i projektplanen första utförande som var till beslutsunderlag för landstingspolitikerna. Observera att alla dessa mål inte ”ägs av” Region och projektet.

Alla barn och unga ska:

1. Växa tryggt i mammas mage

- På sikt införa EDT depressionsscreening under graviditet för att kunna sätta in åtgärder om en av föräldrarna är deprimerad (MBHV inväntar material för införandet och tar ansvar för detta). **Har införts.**
- Införa pappa/partnersamtal. **Har införts av Länsenheten föräldra- och barnhälsan.**

2. Få en bra start på det nya livet

- På sikt utveckla ett gemensamt evidensbaserat föräldrautbildningsprogram för hela länet (MBHV äger frågan). **Utbildningar inom ICDP har genomförts**
- Införa hälsosamtal vid 18 månaders ålder. **Har ej införts.**
- Främja anknytning mellan barn och förälder med babymassage som ett delmoment i all föräldrautbildning.
- Öka samverkan mellan olika aktörer med familjecentraler eller likande som nav.

3. Ha kompetenta föräldrar

- Förbättra/utveckla föräldrautbildningarna på BVC och MVC. **Utbildat fler**
- Öka deltagandet i föräldrautbildningarna på BVC och MVC.
- Erbjuda alla föräldrar föräldrastödsutbildning i förskoleåldern – Projektet äger ej frågan
- Spridningskonferens ”Att främja psykisk hälsa hos barn och unga” **Har genomförts.**

4. Nå målen i skolan

Att klara skolan, är den främsta skyddsfaktorn oavsett social bakgrund. För den fjärdedelen som har lägst betyg i årskurs nio är riskökningen för självmordsförsök sexfaldigad. Detta åligger ju skolan men vi kan påtala vikten av följande:

- Förskola och skola ger alla barn och unga förutsättningar att utveckla ett rikt ordförråd och lära sig läsa och skriva, kompenserar för olikheter i hemmiljö och identifierar tidigt barn som behöver särskilt stöd.
- Ge alla möjlighet att lyckas på något område
- Stimulera barn och unga att äta, sova och motionera för att främja hälsa – mycket kunskap och stöd förmedlas om hur vi skyddar hjärnan för överbelastning och stress. Stöd från skola, elevhälsa och ungdomsmottagning. **Konferenser och utbildningar, HEL projektets arbete.**

5. Mötas av en förstående och kunnig vuxenvärld

- Förbättrad föräldrautbildning
- Erbjuda generella föräldrastödsutbildningar. **Utbildat utbildare, finansierat utbildningar.**
- Sprida kunskap om ungas psykiska hälsa till alla målgrupper i projektet.
- Utbilda de som kommer i kontakt med barn/ungdomar i suicidprevention. **Konferens har hållits inom ämnet.**
- Öka kunskapen om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. **Ej genomförts.**
- Kampanjer (suicid, ungas situation, kroppsideal?) **Ej genomförts.**

6. Få hjälp att öka sin egen förmåga att klara av livets normala motgångar

- Erbjudas att genomgå DISA programmet under högstadietiden (eller gymnasiet i förekommande fall). **Rekommenderar andra metoder.**
- Sprida kunskap om orsaker till den ökade psykiska ohälsan
- Införa hälsosamtal på ungdomsmottagning. **Genomförs.**

**Vill ni veta mer om SAM och få stöd
i ert arbete med förebyggande insatser?**

Digital utvärderingsrapport samt slutrapporten och övrig
information om SAM finns här: www.norrboten.se/sam

**SAM är en del av Folkhälsocentrum, Region Norrbotten.
Vill ni veta mer om vårt uppdrag och hur vi arbetar?**

Kontakta oss: [www.norrboten.se/sv/Utveckling-och-tillvaxt/
Folkhalsa/Folkhalsocentrum/](http://www.norrboten.se/sv/Utveckling-och-tillvaxt/Folkhalsa/Folkhalsocentrum/)

