

Läkarstudenter utbildar ungdomar om risker av ANT-bruk – en studie om erfarenheter av att bedriva hälsoutbildning

Annie Velander, Solvig Ekblad

Annie Velander, leg. sjuksköterska med medicine master i Global hälsa, Karolinska Institutet.

E-post: velander.annie@gmail.com

Solvig Ekblad, leg. psykolog, professor, LIME Karolinska Institutet. E-post: solvig.ekblad@ki.se

Syftet med studien var att undersöka läkarstudenters erfarenheter som hälsoutbildare i ett preventionsprogram mot alkohol, narkotika och tobak för gymnasieungdomar i Sverige. Nio frivilliga medicinstudenter intervjuades utifrån en semi-strukturerad frågeguide. Intervjuerna analyserades genom kvalitativ innehållsanalys med en anpassad modell av McGuires kommunikation-beteendemodell som teoretiskt ramverk. Resultatet utmynnade i det övergripande temat förmedla medicinsk kunskap för att motverka ANT-konsumtion och tre kategorier definierades: hälsoutbildning som förebyggande åtgärd, faktorer som påverkar undervisning och hantering av dessa och läkarstudenter som hälsoutbildare. Studien påvisar att hälsoutbildning är en komplex uppgift då medicinstudenternas trovärdighet, flexibilitet och förmåga att kontextualisera budskapet påverkar kommunikationsprocessen, likväl som skolungdomarnas bakgrund och karaktärsdrag inverkar.

The aim of the study was to explore medical students' experiences as health educators in an alcohol, narcotics and tobacco prevention programme for high-school students in Sweden. Nine medical voluntary students were interviewed based on a semi-structured topic guide. The interviews were analysed using qualitative content analysis based on an adapted model of the McGuire communication-behaviour model. The overall theme was identified as communicating medical knowledge to counterbalance ANT-consumption, and three categories were defined: Health education as preventive measure, controlling factors influencing the goal of the session, and medical students as health educators. Health education is a complex task, where the medical student's credibility, flexibility and capacity to contextualise the message appears to contribute to the success of the communication, as well as the high-school students' background and characteristics.

Inledning

Konsumtion av alkohol, narkotika och tobak (ANT) är ett hot mot folkhälsan (1). Hälsoutbildning som kan definieras som en läraaktivitet med syfte att stötta individer och grupper till förbättrad hälsa genom att påverka deras attityder och/eller kunskapsnivå (2) är rekommenderad av världshälsoorganisationen (WHO) för att förebygga ANT-bruk (1). Enligt skolverket har kunskapen om ANT hos unga i Sverige sjunkit, endast hälften av skolungdomar uppgav 2011 att de mottagit utbildning om ANT till skillnad från 1980 då siffran var 90%, detta trots att Skolverket hävdar att ANT-undervisning bör utföras i skolor som en del av hälsofrämjande arbete (3).

Kommunikation är viktigt i lärandeprocessen (4). Det är känt att socio-psykologiska faktorer spelar en stor roll i riskbeteende, vilket kräver en kommunikator med förståelse och kunskap om målgruppens uppfattningar (5). Hälsokommunikation i Sverige står inför stora utmaningar på grund av socio-demografiska hälsoskillnader, då invandrades hälsa är signifikant lägre än svenskföddas (6) medan hälsoutbildare främst är högt utbildade svenskfödda. Detta skapar ett hinder för mottagaren för att kunna förstå och tolka budskapet korrekt (4). Enligt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering har ANT-preventionsprogram för unga knapp eller ingen effekt, och efterlyser därför vidare forskning gällandes effektiva metoder (7).

Stiftelsen Choice bedriver sedan 2010 förebyggande ANT-verksamhet via utbildningsprogrammet TUTCH, där läkarstudenter undervisar skolung-

domar på högstadiet och gymnasiet om ANT, med syfte att stärka ungas hälsolitteracitet och främja läkarstudenters professionella utveckling genom att tränas i hälsokommunikation. Idag finns programmet i samtliga städer med medicinskt universitet, cirka 90 klasser deltar i programmet varje termin. Programmet består av tre delar, de två första är undervisningstillfällen då ett par läkarstudenter undervisar om kroppens funktioner och hur den påverkas av ANT. Den sista delen innebär att eleverna gör en skoluppgift baserat på ANT vilket de redovisar för sina klasskamrater. Utvärderingar av TUTCH-programmet visar en 5% kunskapsökning hos eleverna (8) och 67% uppgav att den kunskap de erhållit från TUTCH har väckt tankar hos dem kring ANT-frågor (9) medan läkarstudenternas erfarenheter inte blivit studerat. För att bekämpa rådande ojämlika hälsa i Sverige (10,11) och ineffektiva preventionsprogram för unga är forskning om hälsoutbildning viktigt. Syftet med denna studie var att undersöka medicinstudenternas erfarenhet som hälsoutbildare i ett ANT-preventionsprogram för svenska gymnasieskolor. Kommunikation-beteendeförändringsmodellen skapad av McGuire har använts som ramverk i denna studie då den fokuserar på kommunikationens påverkansfaktors effekt på beteendeförändring (12).

Metod

Studien genomfördes som försteförfattarens masteruppsats i Global Hälsa på Karolinska Institutet under

handledning av andreförfattaren. För att minimera risken för bias genomfördes datainsamlingen och analysen fristående från Stiftelsens Choice inverkan, men organisationen bistod med att nå ut till potentiella deltagare. Urvalet skedde utifrån urvalskriterierna: minst två år i läkarprogrammet, minst ett års erfarenhet som utbildare och som hållit i minst åtta föreläsningar. Datainsamling pågick tills mättnad var nådd. För att uppnå variation i data tillfrågades deltagare med olika lång erfarenhet som föreläsare, ålder, genus och nuvarande yrke vilket är rekommenderat för att öka chansen att kunna besvara forskningsfrågan (13).

Totalt genomfördes nio stycken individuella intervjuer med läkarstudenter som var aktiva i TUTCH-programmet, varav två intervjuer skedde över Skype. Intervjulängden varade i genomsnitt 56 minuter. Intervjuerna baserades på en semi-

strukturerad intervjuguide som pilottestats med deltagare 1 (se tabell 1). Intervjuerna spelades in och transkriberades av författaren. Kompletterande data samlades in via observation av utbildningstillfälle. Det transkriberade materialet analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys (13) och texten bearbetades hierarkiskt från meningsbärande enheter, koder, underkategorier och kategorier. För att validera analysen hölls en gruppintervju med två deltagare från organisationen med utgångspunkt från de tentativa kategorierna som framarbetats. Deltagarna från gruppintervjun bekräftade forskarens analys av det insamlade materialet. För ytterligare validering av analys observerade forskaren ännu ett utbildningstillfälle.

Etik

Studien har följt etiska riktlinjer enligt Karolinska Institutet (14). Deltagande

Tabell 1: Studiedeltagarnas bakgrundsinformation

| Deltagare | Kön/ålder | Började på Choice | Nuvarande sysselsättning | Föreläst antal gånger |
|-----------|-----------|-------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| 1 | K, 25 | 2013 | Tagit examen från läkarprogrammet | 50 |
| 2 | K, 21 | 2014 | Student termin 6 | 50 |
| 3 | M, 23 | 2013 | Student termin 10 | 10 |
| 4 | M, 29 | 2015 | Student termin 3 | 9 |
| 5 | M, 27 | 2011 | Tagit examen från läkarprogrammet | 30 |
| 6 | K, 23 | 2014 | Student termin 6 | 20 |
| 7 | M, 30 | 2011 | Tagit examen från läkarprogrammet | 50 |
| 8 | K, 26 | 2015 | Student termin 12 | 25 |
| 9 | K, 28 | 2011 | Tagit examen från läkarprogrammet | 50 |

i studien var frivilligt och samtliga deltagare i studien anonymiserades och potentiellt känslig information kodades. Eftersom skolungdomarna inte varit fokus för studien har all information om dem uteslutits ur studien och inget forskningsetiskt godkännande har krävts.

Resultat

Resultatet utmynnande i det övergripande temat förmedla medicinsk kunskap för att motverka ANT-konsumtion, som syftar till medicinstudenternas ambition att motverka ANT-bruk genom att förmedla deras medicinska kunskap. Analysen resulterade i tre kategorier och sex underkategorier, som illustreras med citat från studiedeltagarna.

Hälsoutbildning som förebyggande åtgärd

Medicinstudenterna påpekade att en styrka med programmet var att de utbildade ungdomar, i många fall innan ANT-debut. Det menades vara en fördel då programmet syftar till att påverka människor att fatta samma beslut och det ansågs lättast att göra i så tidig ålder som möjligt. Studiedeltagarna beskrev en ambition att minska hälsoskillnader i samhället genom att förmedla medicinsk kunskap, där utmaningen låg i att lyckas anpassa och förmedla budskapet till olika grupper.

Kunskap som en grund för hälsosamma beslut

Majoriteten av deltagarna var övertygade att utbildning har en positiv

inverkan på hälsostatus och en förutsättning för att kunna fatta hälsosamma beslut. Skolan ansågs som lämplig arena att förmedla hälsoinformation eftersom där får alla chansen att nås av samma budskap.

”Om du anser att alla har rätten till god hälsa, då är skolan ett bra ställe att förmedla detta, eftersom att alla unga går i skolan, då har åtminstone alla fått den informationen. Det är helt enkelt inte etiskt försvarbart att undanhålla denna kunskap från människor” – Deltagare 5

Deltagarna framhöll vikten av att presentera informationen på ett objektivt och icke-dömande sätt och att undvika skrämselfpropaganda. Detta förhållningssätt ansågs som det mest effektiva för att påverka ungas beslutsfattande, samtidigt som de var osäkra på långtidseffekten av interventionen.

Anpassa budskapet

Majoriteten av läkarstudenterna nämnde att nivån av informationen anpassades efter klassens förutsättningar så som ålder, skolprofil, förkunskap, kulturell bakgrund, språkkunskaper och attityder, då de upplevde en stor kunskapskillnad mellan olika skolor och klasser. Vissa av föreläsarna menade att klasser som var mer studieinriktade var enklare att undervisa eftersom att konceptet tycktes passa dem bättre och intresnivån var högre.

”Självklart, det är enklare att undervisa när klassen är lugn, men samtidigt, den klassen är nog inte den som är i största risk när det kommer till droganvändande” – Deltagare 4

I kontrast menade några föreläsare att social bakgrund inte brukade påverka elevernas intressenivå eller förmåga att förstå men en viktig uppgift ansågs vara att kunna omvandla deras medicinska kunskap till ett språk som eleverna kunde förstå. Att skapa förklaringsmodeller och välja rätt sorts ord var strategier för att göra sig förstådd på bästa sätt. Deltagarna var eniga om att det var viktigt att vara flexibel och anpassa budskapet till klassens behov, till exempel genom att uppmuntra klassen att ställa frågor och på så vis bemöta föreställningar om droger.

”Förklara och inte använda för svåra ord och inte prata för fort. Man ska göra det lätt att följa med. Det är skillnad hur du pratar i en yrkesförberedande klass i jämförelse med en studieförberedande klass” – Deltagare 6

Faktorer som påverkade undervisningen och hantering av dessa

Deltagarna identifierade flera faktorer som påverkade lektionen som de var tvungna att anpassa sig till och hantera. Den största utmaningen var upprätthålla intresse hos eleverna och för att lyckas med detta använde deltagarna olika strategier och metoder.

Kommunikationsstrategier

Olika strategier och verktyg användes för att uppnå målet av lektionen, så som att ge positiv feedback och uppmuntra de som ställer frågor. Att vara aktiv, röra sig i klassrummet och vara flexibel och kunna anpassa sig till aktuell situation framhölls som framgångsrika

metoder. En bra föreläsare ansågs vara den som lyckades engagera elever, visa trovärdighet genom att ha djupgående kunskap och samtidigt vara ödmjuk inför vad den inte kan. Humor, att använda exempel och förklaringar som eleverna kunde relatera till och delge personlig erfarenhet ansågs bidra till en positiv interaktion med eleverna.

”Man ska vara flexibel och försöka förstå vilken klass du står inför, hur gamla de är, vilka intressen de har, deras förkunskaper likväl som deras förväntningar. De kan tycka att detta är tråkigt eller de kan tycka att det är jätteintressant. Det kan verkligen variera, och du måste bemöta den publik du har och hantera den” – Deltagare 7

Att möta fysiska kommunikationsbarriärer

Den fysiska miljön så som design av klassrummet och klasstorlek ansågs påverka interaktionen. För stor klass eller dåligt utformat klassrum ansågs påverka kommunikationen negativt vilket försvårade chansen att uppnå målet med undervisningen. Majoriteten av studiedeltagarna upplevde missmod och känsla av misslyckande när de inte lyckades etablera intresse i klassen.

”En misslyckad lektion är när de inte vill lyssna, de är skeptiska och de ställer inga frågor. Detta händer oftast i klasser med många killar, alla sitter längs väggen och ingen i mitten. Du försöker få dom engagerade men du får ingen respons. Då vet du att du inte kommer kunna möta deras förväntningar, eftersom du inte vet vad dom vill lära sig” – Deltagare 1

Läkarstudenter som hälsoutbildare

Organisationens idé att använda läkarstudenter som utbildare baserades på övertygelsen att medicinsk kunskap bör förmedlas av de som har den kunskapen. Deltagarna såg en egen vinning i form av professionell utveckling genom att undervisa i programmet.

Trovärdighet som hälsoutbildare

Medicinstudenterna beskrev sig själva som förebilder, experter och inspirationskällor för eleverna och att de representerade en högstatusprofession menades bidra till trovärdighet. Deras egna konsumtionsvanor låg utanför konceptets ramar att delge, men majoriteten ansåg att det var viktigt att vara uppriktig för att inge förtroende.

”Medicinstudenter kan vara en inspiration för unga, det sägs ofta att många använder droger för att de inte har någon framtidstro, inga förebilder, men om det är någon som bara är lite äldre än de själva som studerar något väldigt intressant, det kanske kan fånga deras intresse och inspireras” – Deltagare 4

Professionell utveckling

Att undervisa ungdomar i ANT-frågor menade alla deltagare kunde bidra till deras professionella utveckling genom att de utvecklade retoriska kunskaper, det gav ökat självförtroende för att föreläsa och de fick även en fördjupad medicinsk kunskap. De menade att programmet övade dem i att förklara medicinska tillstånd på ett begripligt sätt vilket de hade användning av

när de informerade och undervisade patienter och kollegor.

”Jag har lärt mig att förklara medicinska saker vilket är väldigt användbart i mitt jobb där jag informerar patienter, om de har frågor måste du kunna använda ord så att de förstår, och det har jag lärt mig” – Deltagare 9

Majoriteten av deltagarna upplevde tillfredställelse av att vara med i programmet då de hade möjlighet att bidra till förbättrad folkhälsa och förebyggandet av ohälsa, detta till skillnad i deras roll som läkare när de oftast möter patienter som redan drabbats av konsekvenser av ANT-bruk.

Diskussion

Syftet med denna studie var att undersöka medicinstudenters erfarenhet som hälsoutbildare i ett ANT-preventionsprogram. Resultatet visar att uppgiften är komplex då flera olika faktorer påverkar kommunikationsprocessen så som undervisarens trovärdighet, designen av programmet och elevernas bakgrund vilket vidare kommer diskuteras i nedanstående stycken.

Läkarstudentens position i kommunikationsprocessen

I resultatet presenteras interaktion mellan läkarstudenterna och skoleleverna som fundamental komponent i undervisningen då det gav föreläsaren möjlighet att anpassa lektionens innehåll efter klassens behov. Läkarstudenterna definierade deras roll som expert i kommunikationsprocessen

baserat på deras medicinska kunskap. Rollen expert kan verka som en barriär i en kommunikationsprocess då det motverkar jämställdhet i kommunikationen och därmed kan hämma mottagaren att ställa frågor och att ifrågasätta (15,16). Denna maktobalans är etablerad i hälsosystem mellan vårdgivare och vårdtagare och behöver medvetandegöras för att motverkas (15). I linje med läkarstudenternas ståndpunkt anses ett icke-dömmande förhållningsätt kunna minska denna maktobalans (16) och samtidigt främja lärandeprocessen (15). Att vara medveten om dessa olika roller möjliggör för kommunikatorerna att anpassa sig efter rådande förutsättningar (16,17). Forskning visar att läkare som kan identifiera patientens hälsolitteracitet och anpassa kommunikationen resulterar i en större hälsoeffekt hos patienten (5). Trots att rollen som expert bidrar till en maktobalans anses dock en expert vara effektiv som kommunikator vid risk och hälsokommunikation, men vem som definieras som expert varierar för olika individer och tillfällen (4,15) och den viktigaste komponenten vid hälsokommunikation tycks vara mottagarens förmåga att relatera till förmedlaren och vice versa (4). Deltagarna påpekade att programmet var enklare att hålla i studieinriktade klasser, vilket skulle kunna förklaras genom att parternas förmåga att relatera till varandra främjar kommunikationen (5) samt att en högre litterär nivå gör det enklare att ta till sig medicinsk kunskap (18).

Hälsokommunikationsträning

Läkarstudenterna menade att deras erfarenhet som undervisare bidrog till deras professionella utveckling. Enligt Socialstyrelsen spelar hälso-personal en betydande roll gällandes rådgivning av patienter om livsstilsförändring då deras expertis ska verka stödjande (19) och därför kan läkarstudenternas medverkan i TUTCH ses som betydande inför deras kommande yrkesutövning i framtida möten med patienter.

Styrkor och svagheter med studien

Denna studie bidrar till ny kunskap rörande hälsokommunikation inom ett hälsoutbildningsprogram då den ger en insikt i förmedlaren upplevelse och perspektiv i denna unika kontext. Under studiens gång har adekvata åtgärder vidtagits för att fastställa trovärdigheten av data och analys. Studien har enbart undersökt läkarstudenternas erfarenhet av kommunikationsprocessen, för att få en fördjupad kommunikationsprocess bör elevernas erfarenheter också studeras då det kan ge ytterligare information om kommunikationsprocessen inom detta hälsoutbildningsprogram.

Implikation för praxis

Resultatet av denna studie kan användas som inspiration för utveckling av hälsoutbildningsprogram och för utbildning i hälsokommunikation då resultatet visar på vikten av förståelse av sin roll som hälsoutbildare och medvetenhet om faktorer som påverkar kommunikationen. I Sverige står hälsokommunikation inför en stor

utmaning eftersom marginaliserade immigranter är de med sämst hälsa (6) och därmed i störst behov av hälso-utbildning (20–23) men kulturella och språkliga barriärer försvårar informationsöverföring, vilket kräver kompetenskrav av samtalsledare såsom vårdpersonal i primärvården med yrkes-etiska koder som har förståelse om sin rolls begränsning och kapacitet. TUTCH-programmet som syftar till ömsesidigt lärande hos både kommunikatören och mottagaren kan ses som relevant program i denna kontext. Detta program skulle kunna expandera till att nå nyanlända ensamkommande flyktingungdomar med support av de med större förståelse om målgruppen (10). Det skulle ge de nyanlända en möjlighet att möta representanter från hälsosektorn likväl som det skulle innebära kommunikationsträning för läkarstudenter, som förvärvar erfarenhet att kommunicera genom kulturella och språkliga barriärer, vilket svenska hälsosektorn är i stort behov av. Psykisk hälsa är starkt kopplat till socioekonomisk status och risktagande (24) och programmet skulle med fördel utökas till att synliggöra kopplingen mellan psykisk ohälsa och sambandet med ANT-bruk (25). Exempelvis kan programmet involvera psykologstudenter, vilket skulle leda till ett interprofessionellt lärande (26) och ett mer omfattande hälsoutbildningsprogram och på så vis bemöta ojämlik hälsa mellan ungdomar som är en rådande utmaning i Europa (25).

Indikationer för vidare forskning

Vidare forskning rekommenderas för att mäta långtidseffekter av

programmet gällandes läkarstudenters professionella utveckling och jämförelsestudie mellan olika städer där TUTCH-programmet bedrivs skulle bidra till en ökad förståelse för socioekonomiska faktorer påverkan på programmets resultat.

Konklusion

Denna studie bidrar till ny kunskap om det komplexa fenomenet hälso-utbildning där trovärdighet, flexibilitet och förmåga att anpassa budskap till mottagaren bidrar till framgång i kommunikation. Studien visar att medicinstudenter drar nytta av att vara med i programmet då de utvecklar kommunikationsstrategier medicinsk kunskap vilket är till nytta i deras fortsatta karriär och därmed för svensk sjukvård och folkhälsa.

Referenser

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014 [Internet]. Geneva: World Health Organization. 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1
2. World Health Organization. Health Promotion glossary [Internet]. Geneva: World Health Organization. 1998. http://www.who.int/health-promotion/about/HPR_Glossary_1998.pdf
3. Skolverket. Undervisning om alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT) – en praktiktäna litteraturgenomgång. [Internet]. Stockholm: Skolverket; 2013. https://www.skolverket.se/polopoly_fs/1.190857!/Menu/article/attachment/Undervisning%20om%20ANDT%20
4. Jarlbro G. Hälsokommunikation – en introduktion. Lund: Studentlitteratur AB; 2010.
5. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health Behaviour and Health Education. 4:e uppl. Health Education. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.

6. Migration och hälsa. Folkhälsorapport 2009. [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009. http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/13_Migration.pdf
7. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Att förebygga missbruk av alkohol, droger och spel hos barn och unga En systematisk litteraturoversikt. [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2015. http://www.sbu.se/contentassets/39d7bef539ef40559c0e9d6d7997d881/forebygga_missbruk_alkohol_droger_spel_barn_unga_2015.pdf
8. Insamlingsstiftelsen Choice. Effekttvärdering av TUTCH-programmet Teens Understanding and Taking Control of Health [Internet]. Stockholm: Insamlingsstiftelsen Choice; 2015. <http://www.stiftelsenchoice.se/wp-content/uploads/2016/01/Utv%C3%A4rderingsrapport-2015.pdf>
9. Persson M, Tunlid S. Förebygg ungas ANT-bruk genom undervisning med läkarstuderenter. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 2014;(1):45–52. <http://www.socialmedicinsk.tidskrift.se/index.php/smt/article/view/1097/890>
10. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*. 2012;380(9846):1011–29.
11. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2014. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2014.
12. Nutbeam D, Harris E, Wise W. *Theory in a nutshell: A practical guide to health promotion theories*. 2nd uppl. Sydney: McGraw-Hill; 2004.
13. Graneheim U, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105–12.
14. Karolinska Institutet. Etikprovning av studenters examensarbeten [Internet]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2008. https://internwebben.ki.se/sites/default/files/etikprovning_bilaga.pdf
15. Green J, Tones K. *Health Promotion: Planning and Strategies*. 2nd uppl. London: SAGE Publications; 2010.
16. Northouse, Laurel Lindhout, Northouse PG. *Health communication: strategies for health professionals*. third. Stamford, Conn.: Appleton & Lange; 1998.
17. Arborelius E. *Varför gör dom inte som vi säger?? Teori och praktik om att påverka människors levnadsvanor*. Mölndal: Centrum för Barn-och Ungdomshälsa, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2000.
18. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259–67.
19. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 [Internet]. Västerås: Socialstyrelsen; 2011. <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18484/2011-11-11.pdf>
20. Ekblad S, Asplund M. Culture- and evidence-based health promotion group education perceived by new-coming adult Arabic-speaking male and female refugees to Sweden—Pre and two post assessments. *Open J Prev Med*. 2013;3(1):12–21.
21. Eriksson-Sjöo T, Cederberg M, Östman M, Ekblad S. Quality of life and health promotion intervention – a follow up study among newly-arrived Arabic-speaking refugees in Malmö, Sweden. *Int J Migr Heal Soc Care*. 2012;8(3):112–26.
22. Ekblad S, Persson-Valenzuela UB. Lifestyle course as an investment in perceived improved health among newly arrived women from countries outside Europe. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(10):10622–40.
23. Ekblad S, Hjerpe A, Lunding H. Tailor-made group training by clinical staff to empower equity in health towards newly arriving Arabic- and Somali speaking women in Sweden. 2016;
24. World Health Organization. *Mental Health Action Plan 2013-2020* [Internet]. Geneva: World Health Organization. 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf
25. World Health Organization. *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being*. Copenhagen: World Health Organization Regional office for Europe; 2016.
26. Wilhelmsson M, Pelling S, Ludvigsson J, Hammar M, Dahlgren L-O, Faresjö T. Twenty years experiences of interprofessional education in Linköping – ground-breaking and sustainable. *J Interprof Care*. 2009;23(2):121–33.