

Behovsstyrda cirkelträffar i grupp för nyanlända kvinnor med barn minskar upplevd oro/stress om framtiden. En kvalitetssäkring på fem orter

Solvig Ekblad

Solvig Ekblad, leg psykolog vid Akademiskt primärvårdscentrum, SLSO, Stockholms läns landsting, adjungerad professor i mångkulturell hälso- och sjukvårdsforskning vid Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik (LIME), Karolinska Institutet, forskargrupsledare Cultural Medicine. E-post: Solvig.Ekblad@ki.se

Behovsstyrd hälsokunskap kan minska och förebygga postmigrationsstress men inte nyanländas traumatiska livshändelser före ankomst. Studien syftade till att utforska hur nyanlända kvinnor med barn bedömde sin hälsa före och direkt efter cirkelträffsombögen. Det var mixad metod men betoning på kvalitativ design. Kontaktkvinnor koordinerade cirkelträffarna och samtalsledare var företrädare för vården, socialtjänst och polis/eller jurist/advokat. Tolk fanns i rummet. Varje cirkelträffomgång omfattade 5 träffar a 2 tim per tillfälle, totalt 10,5 timmar inklusive utvärdering. De behovsstyrda cirkelträffarna gav deltagarna empowerment, hälsofrämjande kunskaper och verktyg att hantera stress/oro, utifrån deras behov som kartlades innan, men de upplevde inte primärt psykisk ohälsa. Globalisering på hemmaplan är nyckeln till att öka hälsokunskap hos nyanlända kvinnor med barn för att uppnå hållbarhetsmålen och lika förutsättningar för hälsa som är en mänsklig rättighet.

Needs-driven health knowledge can reduce and prevent post-migration stress but not new-comers' traumatic life events before arrival. The study aimed to explore how newly arrived women with children assessed their health before and immediately after the group meetings. It was a mixed method but emphasis on qualitative design. A contact woman coordinated the group meetings and teachers were representatives of healthcare, social services and police / lawyer. An interpreter was in the room. Each group meeting comprised 5 occasions of 2 hours per occasion, a total of 10.5 hours including evaluation. The needs-driven group meetings gave the participants empowerment, health-promoting knowledge and tools to deal with stress / anxiety, based on their needs that were mapped before, but they did not primarily experience mental illness. Globalization at home is the key to increasing health knowledge of newly arrived women with children to achieve sustainability goals and equal conditions for health that is a human right.

Inledning

Socialstyrelsens kunskapsunderlag (2015) om psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända i Sverige uppskattar att mellan 20-30% lider av psykisk ohälsa. Ofta handlar det om ko-morbiditet, och som kan leda till social funktionsnedsättning med arbetsoförmåga och psykiskt lidande. Denna ohälsa utgör en stor ekonomisk belastning inte bara för den enskilde individen utan även familjen och samhället.

Världshälsoorganisationens Europakontor publicerade förra året (2018) den första rapporten om hälsa hos flyktingar och andra migranter och den visar bland annat att migration är en riskfaktor för barns psykiska hälsa. Postmigrationsstressen i mottagandestrukturen kan minskas och förebyggas men inte de svåra traumatiska livshändelser nyanlända har med sig i bagaget. Många föräldrar har flytt för att rädda sitt och barnens liv och framtid (Hjern och Klöfvermark, 2017). Exponering av trauma är en av riskfaktorerna för försämrad psykisk hälsa under längre tid och det finns risk att trauma överförs till nästa generation (Santavirta, Santavirta och Gillman, 2017). Men flyktingföräldrars traumatiska erfarenheter påverkar inte bara deras psykiska hälsa, språkinläring och etablering negativt, utan det finns en risk att de på grund av detta förlorar sin anknytnings- och omsorgsförmåga till sina barn. Kvinnor är en riskgrupp, och med större risk att drabbas av samsjuklighet som folkhälsosjukdomar (Hollander, Bruce, Burström och Ekblad, 2011).

Kunskapsöversikter visar att man måste se till det som finns i miljön och sammanhanget runt omkring nyanlända för att förstå deras hälsosituation, inte bara den stressexponering som individen erfarit i hemlandet såsom våld, krig och separationer innan ankomsten till ett mottagarland (Miller och Rasmussen, 2017). Egna erfarenheter och förklaringar till sina symtom och deras coping behöver uppmärksammas. Upplevd egenkontroll är en faktor som minskar psykisk ohälsa och ökar livskvalitet, men social isolering och arbetslöshet samt upplevd maktlöshet och inflytande utvecklar depression och annan psykisk ohälsa (Silove, 1999). Den kliniska erfarenheten visar att nyanlända har en svag tilltro till myndigheter, varför det kan ta tid att utveckla tillit till myndigheter. Man söker istället för somtiska symtom, t ex smärta (Ekblad, Reventlid, Lönnborg och Bertilsson, 2018).

Ett aktivt arbete för folkhälsa handlar bland annat om att kompensera för det sämre utgångsläge för hälsa som nyanlända, speciellt kvinnor har. Vidare visar en rapport att vid jämförelse mellan barn som kom som ensamkommande och de barn som kom med familj under hösten 2015, behövs strategier i mottagningsstrukturen för att motverka att nyanlända barn i familjer faller mellan stolarna (Zetterqvist Nelson och Hagström, 2016).

Att en stor andel av befolkningen som är utrikes födda har sämre hälsa än övriga visar att målet i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) om god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen inte har uppnåtts. I pro-

jektform har behovsstyrda hälsokurser getts till nyanlända flyktingar och andra nyanlända (anhöriga) med positivt resultat (Eriksson-Sjöo, Cederberg, Östman och Ekblad, 2012; Ekblad och Asplund, 2013; Ekblad och Persson-Valenzuela, 2014; Ekblad, Hjerpe och Lunding, 2016), men ännu inte med fokus på nyanlända kvinnor och barn.

Syftet med studien var att studera hur nyanlända mödrar bedömde sin hälsa före och direkt efter cirkelträffs-omgången.

Material och metod

Kontext

Organisationen 1.6miljonerklubben som arbetar med att främja kvinnors hälsa, inklusive fysisk och psykisk hälsa (www.1.6miljonerklubben.com) sökte i samarbete med författaren verksamhetsbidrag från Folkhälsomyndigheten Barn i migration 2017 med syfte att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga i migration och beviljades medel (01800-2017-6.2). En Metod-

handbok skrevs för de kontaktkvinnor som var intresserade av att koordinera cirkelträffar (läs rutan nedanför) om hälsa för nyanlända kvinnor (Ekblad och Baldursdottir, 2018). Intervjuerna resulterade i följande innehåll i de fem teman som varje cirkelträffomgång skulle innehålla, men kunde variera i tidsföljd:

- Kvinnor och mänskliga rättigheter
- Barn och familj
- Kvinnors kropp, hälsa och sjukvård
- Psykisk hälsa
- Hälsofrämjande: kost, motion och friskvård

Under förra året (2018) erhöll organisationen fortsatt verksamhetsbidrag Barn i migration 2018 från Folkhälsomyndigheten (03459-2017-6.2) med syfte att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga i migration genom behovsstyrda cirkelträffar med nyanlända mödrar.

Vad karakteriserar en cirkelträff om hälsa för nyanlända kvinnor?

En cirkelträff består av en grupp nyanlända kvinnor som frivilligt samlas tillsammans med en kontaktkvinna, som agerar koordinator, en temasamtalsledare och en tolk. Kontaktkvinnorna har i regel varit medlemmar i organisationen under flera år, engagerad på volontär basis i frågor kring kvinnors hälsa och har blivit tillfrågad att arrangera aktiviteter på respektive ort, t ex Women in Red (1.6miljonerklubben.com). Kvinnorna får kunskap och råd samt tid att diskutera de fem teman som projektet identifierat som viktiga för den psykiska hälsan hos kvinnor och barn i migration. Samtidigt ger deltagarna varandra stöd och mångfalden respekteras och tolereras.

Cirklarträffen om två timmar/cirklarträffstillfälle består av:

- 10-14 nyanlända kvinnor, deltagandet är frivilligt, och är en sluten grupp för att främja tillit och trygghet.
- en kontaktkvinna är koordinator.
- en samtalsledare per tema.
- kontakttolk vid behov, ett språk per omgång.
- åtta grundläggande principer (tolken har tystnadsplikt och över-sätter allt som sägs i rummet; allt som sägs i rummet stannar i rummet; mobiltelefonen är avstängd; koncentrationen på här och nu och att må psykiskt bra; religion och politik samt ekonomi och bostad får man diskutera i andra sammanhang; vid frågor och kommentarer räcks handen upp; det är en sluten grupp – det är ingen som kommer och går; ingen information ges till myndigheter (sekretess är huvudregeln men det finns en rad undantag såsom anmälnings- och rapportskyldighet)).
- får kunskap och råd första timmen, vuxendialogpedagogik där deltagarna får information, som leder till nya tankar, som bearbetas och skapar reflektion; den andra timmen ställer deltagarna frågor efter behov (empowerment) till samtalsledaren.
- fem teman, totalt fem cirklarträffstillfällen som är behovsstyrda hos kvinnor och barn i migration. Totalt omfattade cirklarträffomgången fem träffar a 2 timmar per tillfälle, totalt 10,5 timmar inklusive utvärdering på en halvtimme.

Material

Mödrar i arbetsför ålder 25-64 år som var nyanlända med uppehållstillstånd (nyanländ räknas man vara i fem år efter erhållet uppehållstillstånd). Ett informationsblad översatt/tillbakaöversatt till arabiska cirkulerade till intresserade som under 2018 deltog hos olika aktörer som är delaktiga i etableringen på fyra orter (Kalmar/Nybro, Malmö, Uppsala och Visby) och en femte ort tillkom under hösten (Järfälla). Det var frivilligt att delta. Deltagarens formulär markerades med en kod (som rekommenderades sparas i mobilen) som deltagaren bestämde själv och använde vid uppföljningen i stället för sitt namn. Deltagarna kunde gå i cirklarträffarna oavsett studien.

Metod

Projektet utgjorde två steg; dels en cirklarträff, dels studien, som hade en prospektiv design med både för- och eftermätning, mixad metod, med betoning på kvalitativ design där avsikten var att studera hur deltagarna efter skriftligt samtycke bedömde sin hälsa före och direkt efter cirklarträffomgången, och den indirekta påverkan på deras barn. Till varje omgång av cirklarträffarna inbjöds ca 10 kvinnor som gick på SFI eller andra etableringsaktiviteter. Vid första träffen började kontaktkvinnan introducera cirklarträffen och bad deltagarna att frivilligt fylla i en enkät. Därefter gick en polis/jurist/advokat igenom kvinnors rättigheter och skyldigheter, mänskliga rättigheter samt integration och etablering. Under den andra träffen presenterade en barnpsykolog/

familjeterapeut/socionom information om familj och barn med fokus på förändrade familjeroller, barns rättigheter, orosanmälan och uppfostringsmetoder. Under den tredje träffen gick en barnmorska/läkare/gynekolog igenom information om kvinnors kropp och hälsa samt sjuk- och mödravård. Under den fjärde träffen gav en psykolog introduktion om stress och stresshantering i samband med migration och pågående livsvillkor samt information om kvinnors och barns psykiska hälsa och tecken på psykisk ohälsa. Under den sista träffen, den femte, gick en nutritionist eller dietist / fysioterapeut igenom sambandet mellan fysisk och psykisk hälsa med fokus på mat och motion. Praktiska motions- och rörelse övningar presenterades. Varje cirkelträffsömgång avslutades med samma enkät som vid första träffen och utvärdering i grupp (frivilligt) samt utdelning av intyg, därav en extra halvtimme.

Förutom några socioekonomiska frågor, var planen att använda självskattning av hälsorelaterad livskvalitet och upplevd hälsa, EQ-5D (<http://euroqol.org>), arabisk version. Kvalitativ uppföljning med deltagarna i grupp angående kursinnehåll skedde av assistent per skype eller fysisk närvaro vid varje avslutsömgång. En öppen fråga ställdes ”Hur har cirkelträffarna påverkat er?”

Etiska överväganden

Projektet har godkänt från Regionala etikkommittén i Stockholm diarienummer (2018/224-31/5).

Resultat

I utvärderingen ingår pilotömgång våren 2018 och huvudstudien under hösten 2018; båda kommer att presenteras nedan.

Pilotömgång vt 2018

En pilotömgång genomfördes under våren på fyra orter (Uppsala, Visby, Kalmar/Nybro, Malmö). Totalt deltog 23 arabisktalande kvinnor, med genomsnittsalder 39,5 år och de hade mellan 1-6 barn. På grund av låg eller ingen skolbakgrund kunde de inte svara på de fem frågorna i EQ-5D formuläret med tre svarsalternativ. Likertskalan om att skatta sin hälsa på 0-100 (min-max värde) var i genomsnitt 57 före cirkelträffömgången och 71 direkt efteråt.

Under ett arbetsmöte med kontaktkvinnorna och projektorganisationen före starten efter sommaruppehållet, beslutades om att byta ut de fem frågorna i EQ-5D men behålla likertskalan. Den centrala frågan före och efter cirkelträffarna var inte psykisk o/hälsa och suicidprevention utan kring oro/stress med tre svarsalternativ (inget, viss utsträckning och i högsta grad) med efterföljande frågor med öppna svarsalternativ:

Före: Om du känner oro/stress, vad upplever du är orsaken till din oro/stress? Om du känner oro/stress, vad brukar du göra för att må bättre?

Efter: Om du känner oro/stress, vad upplever du efter cirkelträffarna är orsaken till din oro/stress? Vad har du fått för kunskaper och verktyg på cirkelträffarna för att känna mindre oro/stress och må bättre?

Huvudstudien ht 2018

Under hösten genomfördes cirkelträffarna på samma fyra orter som i pilotstudien, och på ytterligare en femte ort (Järfälla). Totalt deltog 51 kvinnor som hade 1-7 barn (3 i genomsnitt), genomsnittsåldern var 40 år, och hade i snitt bott i Sverige i 4 år.

Oro/stress före och efter cirkelträffarna

Femtiosex procent av kvinnorna svarade att de före cirkelträffomgången upplevde i viss utsträckning eller i högsta grad oro/stress och efteråt var siffran 42%. På Likertskalan (0-100) upplevde kvinnorna att de låg på 52 i snitt före cirkelträffomgången, medan siffran efter cirkelträffomgången hade höjts till i snitt 68 och som var signifikant förbättring ($p < .001$).

Orsaken till deltagarnas oro före cirkelträffen var att de kommit till ett nytt land med nytt språk och krav på att hitta ett jobb för självförsörjning. En del saknade sina barn och anhöriga som var kvar i hemlandet och som de mot sin vilja var separerade ifrån. De kände somatiska symtom såsom huvudvärk, ont i händer och fötter.

Deltagarna svarade att de försökte bemästra stressen genom att äta sötsaker, äta medicin, sova, shoppa, prata i telefon med sina mödrar i hemlandet, sms:a vänner, besöka vänner. Andra tog djupa andetag, försökte fokusera på annat, motionera, besöka vackra platser, vara aktiv, ha roligt, lyssna på musik och leka med sina barn.

Efter cirkelträffomgången beskrev de orsaken till oro/stress på liknande sätt som före men att de hade fått perspektiv, oron hade uppmärksammats

som en konsekvens av deras livsbe-
tingelser, att det inte var unikt för var
och en av deltagarna.

Efter cirkelträffomgången hanterade de stressen mer utifrån flera verktyg som de fått såsom handlade om kvinnors rättigheter, att bry sig om sig själv, ”mår jag bra mår barnen bra.” De hade även delat sina tankar med andra i grupp, blivit bekräftade.

Under gruppintervjun med deltagarna kom följande fram utifrån respektive tema och kommer att exemplifieras med aidentifierade citat.

Teman

- Kvinnor och mänskliga rättigheter
Deltagarna var samstämmiga i att de fått kunskaper, information och fått ställa frågor om deras rättigheter och skyldigheter utifrån ett gender perspektiv från polis/jurist/advokat och som gav dem trygghet. De fick höra att inte bara utrikes födda utan även svenskfödda begår brott.

”Männen som flyttar hit till Sverige med familjer måste veta är att det är jämställt...”

”Polisens information var också nyttigt...” (Järfälla)

- Barn och familj
Deltagarna, som haft rädsla för att socialtjänst får en orosanmälan och deras barn skulle omhändertaras fick genom kunskap, information och egna frågor ett annat perspektiv hur orosanmälan fungerar och som minskade deras oro/stress. De fick även höra att som förälder får de säga ”nej” i upp-

fostringssyfte till sina barn. De fick lite tydligare information och verktyg om vad föräldrar har för ansvar och rättigheter gentemot sina barn eftersom det missbrukas här bland barnen.

”Socionomen var bra eftersom vi har barn och det är bra att veta hur det funkar, ibland pratar barnen om dåliga saker gällande socialen och man blir rädd... att de kanske tar mina barn, de har ganska dåligt rykte men nu vet man att mycket av det man hör inte stämmer...”(Malmö)

”Vi fick information gällande relationer om att inte männen och barnen ska styra utan att det ska vara jämlikt...”(Järfälla)

- Kvinnors kropp, hälsa och sjukvård
Deltagarna kände inte alltid till om bakgrunden till att de hade ont i kroppen men fick kunskap från barnmorskan om kvinnohälsa och hur gå tillväga för att få hjälp i vården. De fick kunskap om preventivmedel och att kvinnan bestämmer över sin kropp. Fick även kunskap om att vårdpersonalen har tystnadsplikt. De fick lära sig om att ”gardinen” (mödomshinnan) inte existerar, vilken kom som en chock eftersom det är något de fått lära sig. I hemlandet kunde de gå till läkaren och be om ett läkarintyg på att ”gardinen” fortfarande var kvar. De fick även information om tamponganvändning att det inte heller påverkar ”gardinen”. De förmedlade den nya kunskapen till väninnor som är gravida och till sina döttrar.

”Detta är kunskap som påverkar mitt beteende till mina barn, jag kan lära mina

döttrar det jag har lärt mig här och får en annan förståelse för saker och ting...”(Uppsala)

”Jag fick lära mig hur prata med mina barn om detta och hur jag ska prata om kroppen och sex för att hjälpa dem...”(Nybro/Kalmar)

”Vi har även fått lära oss om mödomshinnan och oskulden som är en stor orokälla och man har lite kunskap i den frågan, man gör saker och det är en känslig fråga. Det är något som förstör bröllopsnatten för många. Överlag värdefull information nu och inför framtiden...”(Malmö)

- Psykisk hälsa

Deltagarna fick kunskap, verktyg, information och ställa frågor och deltagarna upplevde att de lärt sig om stress vid oro för framtiden och hur oro kan kännas i kroppen samt att sätta sig själv i första hand. Om de själva mår bra kommer de att kunna ge sina barn den trygghet de behöver, något de önskat ha fått höra för länge sen. Nya vänner har deltagarna fått av andra i gruppen och de kan göra sociala saker tillsammans som att gå på promenad och utbyta kunskap med varandra.

”Allt var jättebra, men psykologen berättade om stress och jag tycker att det har hjälpt mig mycket. Att man först och främst ska tänka på sitt eget välmående för att kunna finnas där för sina barn och familj när de behöver hjälp...”(Malmö)

”I början var jag väldigt stressad på grund av skola och familj, psykologen har hjälpt med avslappningsövningar...”(Malmö)

- Hälsöfrämjande: kost, motion och friskvård

Deltagarna fick lära sig om kost från dietisten som lärde dem ändra till hälsosammare livsstil, att äta och dricka rätt och motionera, som gav inspiration att förmedla vidare till familj och vänner.

”Den röda tråden i kursen har varit rörelse och nu känner vi oss säkrare på våra kroppar och hur viktigt det är att röra på sig. Vi har även fått möjlighet att träna på Friskis och svettis...!”(Visby)

Diskussion

Diskussion av resultat

Syftet med studien var att studera hur nyanlända mödrar bedömde sin hälsa före och direkt efter cirkelträffsombgången. Efter cirkelträffsombgången bedömde deltagarna sin hälsa bättre, hade minskat deras oro/stress för framtiden, men de pratade inte primärt om psykisk ohälsa. Detta fynd är en etisk aspekt och behöver studeras vidare i en större grupp nyanlända. Den fråga vi behöver ställa oss är om den kunskap som finns att utrikes födda har sämre psykisk och fysisk hälsa utgår från våra västerländska ramar och som inte passar in hos nyanlända.

Enligt regeringens proposition (2017/18:249) om god och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik bör hälsan vara så god som möjligt och så jämlikt fördelad som möjligt för alla som bor i landet. Regeringen stödjer de 17 målen för hållbar utveckling 2030 och Mål 3 är att säkerställa att alla kan leva ett hälsosamt liv och

verka för alla människors välbefinnande i alla åldrar. För att uppnå denna ambition måste jämlikhets- och jämställdhetsperspektivet tydliggöras och genomsyra folkhälsoarbetet på alla nivåer. Det är positivt att Delbetänkande om Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2018:39) med ansnittet om ”att nya behov som kommer med förändrade demografiska och epidemiologiska förhållanden och det stora behovet av ett intensifierat och brett förebyggande arbete, måste ett sådant hälsosystem ha en stark förstalinje/primärvård som bas”....”utifrån detta blir det förebyggande arbetet, som har bäst förutsättningar att äga rum nära befolkningen och i samspel med civilsamhället” (sid 14). Att adressera det odefinierade som en del i interkulturella konsultationer i primärvården skulle kunna leda till färre missförstånd och minskad osäkerhet (Rothlind, Fors, Salmiinen, Wändell och Ekblad, 2018). För att primärvården ska kunna arbeta förebyggande med nyanlända som inte är patienter måste lagen om etableringsinsatser kompletteras med behovsstyrda hälsokurser och inkludera forskning och kompetensutbildning i upphandlingarna. Januariavtalet, även kallad fyrpartiuppörelsen mellan Socialdemokraterna, Miljöpartiet, Centerpartiet och Liberalerna tar upp om att anhöriginvandringen ska tillåtas på nytt. Detta medför stort ansvar för att nyanlända anhöriga, ofta kvinnor och barn, som inte får del av etableringsinsatserna ska erbjudas dessa cirkelträffar och att tidig ohälsa uppmärksammas.

Diskussion av metod

Styrkan av studien var att deltagarna fick empowerment (Antonovsky, 1979, 1987) genom dialogvuxenpedagogik kring behov och vägledning till ett hälsosammare liv som stärker kvinnorna att vara en bra förälder. De fick kunskap och information (egen vård) om kropp och psyke, mänskliga rättigheter och socialtjänstens ansvar. Kontaktpersonerna som koordinerade cirkelträffarna och samtalsledarna med professionell kompetens hade en Metodhandbok kring planering, genomförande och uppföljning av cirkelträffarna (Ekblad och Baldursdottir, 2018). Vi-känslan stärktes genom regelbundna cirkelträffar.

Till begränsningarna hörde svårigheterna med rekryteringen av deltagarna, och samplanering med andra aktörer. För att åstadkomma ökad etablering behövs fler åtgärder, samordnat och samtidigt av aktörerna. Det fanns en kunskapsbrist hos deltagarna och otillräcklig kompetens hos aktörer. Deltagarnas olika kunskapsnivåer påverkade tidsutrymmet. Ibland förekom oprofessionella tolkar. Lämplig lokal och tid var en annan svaghet.

Referenser

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: California: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*: San Francisco, California.
- Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård, SOU 2018:39, Stockholm 2018.
- Ekblad, S., Asplund, M. (2013). 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 Journal of Preventive Medicine*, 3, 12-21.
- Ekblad, S., Baldursdottir, S. (2018). *Metodhandbok*. 1.6miljonerklubben, pdf, januari.
- Ekblad, S., Hjerpe, A., Lunding, H. (2016). Tailor-made group training by clinical staff to empower equity in health towards newly arriving Arabic- and Somali speaking women in Sweden. *Public Health Panorama: topic of migration and health in the European Region, Journal for the WHO Regional Office for Europe*, 2(4), 466-476. <http://www.euro.who.int/en/publications/public-health-panorama>
- Ekblad, S., Persson-Valenzuela, U-B. (2014). Lifestyle course is an investment in perceived improved health among newly arrived women from countries outside Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11, 10622-10640 doi:10.3390/ijerph111010622
- Ekblad, S., Reventlid, M., Lönnborg, J., Bertilsson, BC. (2018). Three interrelated strategies for chronic pain avoidance used by refugee patients in communicating with family and social networks, and in Swedish primary care. *EC Psychology and Psychiatry*, 7(11), 896-903.
- Eriksson-Sjöo, T., Cederberg, M., Östman, M., Ekblad, S. (2012). Quality of life and health promotion intervention – a follow up study among Newly-arrived Arabic Speaking Refugees in Malmö, Sweden. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 8, 112-126.
- EuroQoL Group, Rotterdam. <http://euroqol.org>
- Hjern, A., Klöfvermark, J. (2017). Barn som anhöriga till flyktföräldrar med post-traumatisk stress- en systematisk litteraturstudie. *NKA Barn som anhöriga 2017:1*, Linneuniversitetet, Chess.
- Hollander, A-C., Bruce, D., Burström, B., Ekblad, S. (2011). Gender-related mental health differences between refugees and non-refugee immigrants – a cross-sectional register-based study. *BMC Public Health* 11, 180. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/180>

tema

- Januariavtalet. (2019). <https://sv.wikipedia.org/wiki/Januariavtalet>
- Miller, KE., Rasmussen, A. (2017). The mental health of civilians displaced by armed conflict: an ecological model of refugee distress. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26, 129-138. Doi:10.1017/S204579601600072
- Regeringen. Globala målen och Agenda 2030. <http://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/>
- Regeringens proposition God och jämlik – en utvecklad folkhälsopolitik. 2017/18:249
- https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/god-och-jamlik-halsa--en-utvecklad_H503249/html
- Rothlind, E., Fors, U., Salminen, H., Wändell, P., Ekblad, S. (2018). Circling the Undefined – A Grounded Theory Study of Intercultural Consultations in Swedish Primary Care. *PLOS One*, 13(8):e0203383 <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0203383>
- Santavirta, T., Santavirta, N., Gillman, S.E. (2017). Association of the World War II Finnish evacuation with psychiatric hospitalization in the next generation of children. *JAMA Psychiatry*. Doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.3511
- Silove, D. (1999). The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma: toward an integrated conceptual framework. *Journal of Nervous and Mental Disease*, Apr;187(4), 200-7.
- Socialstyrelsen. (2015). Psyisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter – Ett kunskapsunderlag för primärvården. (Artikelnummer 2015-1-19). <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19664/2015-1-19.pdf>
- Sveriges riksdag. Hälsa- och sjukvårdslagen (2017:30) https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halsa--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
- Zetterqvist Nelson, K., Hagström, M. (2016). Nyanlända barn och den svenska mottagningsstrukturen. Röster om hösten 2015 och en kunskapsöversikt. FORTE.
- Världshälsoorganisationen. (2018). Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: no public health without refugee and migrant health. Regional Office for Europe (Copenhagen): WHO. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/report-on-the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region-no-public-health-without-refugee-and-migrant-health-2018>
- www.1.6miljonerklubben.com