



Folkhälsomyndigheten

# Hur mår nyanlända barn i Sverige?

Resultat från en kartläggning av hälsa, livskvalitet och levnadsförhållanden  
bland barn från Afghanistan, Irak och Syrien



# Hur mår nyanlända barn i Sverige?

Resultat från en kartläggning av hälsa, livskvalitet och  
levnadsförhållanden bland barn från Afghanistan, Irak och Syrien

## **Bindningar och jäv**

För Folkhälsomyndighetens egna experter och sakkunniga som medverkat i rapporter bedöms eventuella intressekonflikter och jäv inom ramen för anställningsförhållandet.

När det gäller externa experter och sakkunniga som deltar i Folkhälsomyndighetens arbete med rapporter kräver myndigheten att de lämnar skriftliga jävsdeklarationer för potentiella intressekonflikter eller jäv. Sådana omständigheter kan föreligga om en expert t.ex. fått eller får ekonomisk ersättning från en aktör med intressen i utgången av den fråga som myndigheten behandlar eller om det finns ett tidigare eller pågående ställningstagande eller engagemang i den aktuella frågan på ett sådant sätt att det uppkommer misstanke om att opartiskheten inte kan upprätthållas.

Folkhälsomyndigheten tar därefter ställning till om det finns några omständigheter som skulle försvåra en objektiv värdering av det framtagna materialet och därmed inverka på myndighetens möjligheter att agera sakligt och opartiskt. Bedömningen kan mynna ut i att experten kan anlitas för uppdraget alternativt att myndigheten föreslår vissa åtgärder beträffande expertens engagemang eller att experten inte bedöms kunna delta i det aktuella arbetet.

De externa experter som medverkat i framtagandet av denna rapport har inför arbetet i enlighet med Folkhälsomyndighetens krav lämnat en deklARATION av eventuella intressekonflikter och jäv. Folkhälsomyndigheten har därefter bedömt att det inte föreligger några omständigheter som skulle kunna äventyra myndighetens trovärdighet. Jävsdeklarationerna och eventuella kompletterande dokument utgör allmänna handlingar som normalt är offentliga. Handlingarna finns tillgängliga på Folkhälsomyndigheten.

---

Denna titel kan laddas ner från: [www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material](http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material)

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2019

Artikelnummer: 19008

# Förord

Folkhälsomyndigheten fick i oktober 2017 i uppdrag av regeringen att genomföra och presentera resultaten från en kartläggning av nyanlända och asylsökande barns hälsa och psykisk hälsa (S2017/01227/FS (delvis)). Denna kartläggning skulle ingå som en delstudie i uppdraget om att genomföra undersökningen Skolbarns hälsovanor 2017/18.

Syftet med den här rapporten är att presentera resultat från kartläggningen av hälsa, livskvalitet och levnadsförhållanden hos nyanlända barn. Barnen var i åldrarna 12–18 år och födda i Afghanistan, Irak och Syrien. De hade beviljats uppehållstillstånd i Sverige och hade blivit kommunmottagna mellan 2014 och 2018. Resultaten bygger på en enkätundersökning riktad till målgruppen som genomfördes under 2018.

Rapporten utgör ett kunskapsunderlag för det övergripande folkhälsomålet att skapa samhällliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Rapporten vänder sig till beslutsfattare på nationell, regional och lokal nivå, skolpersonal, forskare och andra yrkesgrupper som på olika sätt arbetar med eller ansvarar för att främja barns och ungas hälsa och levnadsförhållanden. Även yrkesgrupper som i sitt arbete möter nyanlända barn och unga kan ha intresse av innehållet. Rapporten är deskriptiv och innehåller resultat för ett urval av frågorna från enkäten.

Rapporten har tagits fram i ett samverkansprojekt mellan Folkhälsomyndigheten och Röda Korsets Högskola (RKH). Ansvariga för projektet vid RKH har varit Fredrik Saboonchi, professor, och Øivind Solberg, filosofie doktor. Ansvariga för projektet vid Folkhälsomyndigheten har varit Anna-Karin Eriksson och Marjan Vaez vid enheten för psykisk hälsa och uppväxtvillkor. Ansvarig enhetschef har varit Johanna Ahnquist.

Folkhälsomyndigheten och Röda Korsets Högskola vill rikta ett särskilt tack till alla barn som deltog i undersökningen.

Folkhälsomyndigheten, juni 2019

*Johan Carlson*  
Generaldirektör

# Innehåll

Sammanfattning.....	7
Summary.....	8
Bakgrund.....	10
Uppdrag och genomförande.....	10
Inledning.....	10
Begreppen hälsa, psykisk hälsa, psykisk ohälsa och hälsorelaterad livskvalitet.....	11
Flykting, asylsökande eller nyanländ?.....	11
Tidigare forskning om flyktingars hälsa.....	12
Behov av aktuell kunskap.....	13
Syfte.....	15
Metod.....	16
Datainsamling bland nyanlända barn från Afghanistan, Irak och Syrien.....	16
Enkätkonstruktion.....	16
Beskrivning av inkluderade variabler.....	17
Redovisning av resultat.....	19
Resultat.....	20
Sociodemografiska variabler och bortfall.....	20
Självskattad hälsa och tillfredsställelse med livet.....	23
Psykiska och somatiska besvär.....	24
Skoltrivsel, skolarbete, skolstress och relationer till andra elever.....	26
Postmigratorisk stress.....	29
Ekonomi.....	30
Resiliens.....	31
Diskussion.....	33
Metodologiska överväganden.....	34
Konklusion.....	35
Ordlista.....	37
Referenser.....	39
Bilaga 1.....	42

# Sammanfattning

Denna rapport redovisar resultat från en enkätundersökning som besvarades av 2 559 nyanlända barn i åldrarna 12–18 år från Afghanistan, Irak och Syrien. Barnen hade beviljats uppehållstillstånd i Sverige och varit mottagna i en kommun i 4 år eller kortare tid.

Detta är några av studiens resultat:

- Över 95 procent av både flickor och pojkar uppgav att de mår bra. Ungefär 80 procent av 12–15-åringarna och 60 procent av 16–18-åringarna uppgav en hög tillfredsställelse med livet.
- Totalt 22 procent bland flickor och 16 procent bland pojkar i åldrarna 12–15 år hade haft minst två psykiska och/eller somatiska besvär mer än en gång i veckan eller i stort sett varje dag under de senaste sex månaderna. Motsvarande andelar i åldrarna 16–18 år var 47 procent bland flickor och 39 procent bland pojkar.
- De allra flesta, ungefär 90 procent, uppgav att de hade det bra i skolan och att det är viktigt att det går bra i skolan. Nästan 70 procent rapporterade att skolarbetet ofta eller väldigt ofta är svårt. Andelen som uppgav att de kände sig ganska mycket eller mycket stressade av sitt skolarbete var totalt 27 procent. Vart fjärde barn uppgav att de hade svårt med språket, t.ex. att hänga med i skolan.
- Totalt 15 procent av både flickor och pojkar uppgav att de ibland, ofta eller alltid hade blivit retade eller mobbade av andra elever den senaste veckan.
- Vart femte barn uppgav att det ibland, ofta eller väldigt ofta hade känt sig illa behandlat på grund sin bakgrund.
- Över 85 procent av barnen uppgav att de bor tillsammans med båda eller någon av sina föräldrar och ett eller flera av sina syskon.
- Drygt 80 procent av barnen uppgav att familjen eller de man bor med har det genomsnittligt eller bra ställt ekonomiskt, medan nästan 20 procent uppgav att familjen inte har det bra ekonomiskt.

Sammantaget tyder resultaten på att de allra flesta av de nyanlända barn som besvarat enkäten mår bra och att majoriteten är tillfreds med livet. Det finns dock tecken på potentiella riskfaktorer för ohälsa och ogynnsamma levnadsförhållanden, t.ex. att familjens ekonomi inte är bra, svårigheter med skolarbetet och med språket, och upplevelse av mobbning.

För att de nyanlända barnen ska klara av skolan är skolans stöd och resurser avgörande. Det ger också barnen förutsättningar för en god hälsa nu och framåt i livet. En fortsatt och fördjupad analys av det empiriska underlaget behövs för att identifiera särskilt sårbara grupper samt för att närmare kartlägga hälsorelaterade risk- och skyddsfaktorer hos nyanlända barn och unga i Sverige.

# Summary

## How are newly arrived children in Sweden?

### Results from a survey of health, quality of life and living conditions among children from Afghanistan, Iraq and Syria

This report presents the results of a survey answered by 2,559 newly arrived children aged 12-18 years from Afghanistan, Iraq and Syria. The children had been granted residence permit in Sweden and been accepted in a municipality for 4 years or less.

These are some results of the study:

- Over 95 percent of both girls and boys stated that they feel good. About 80 percent of 12–15 year-olds and 60 percent of 16–18 year-olds stated a high level of life satisfaction.
- A total of 22 percent of girls and 16 percent of boys aged 12–15 years had had at least two psychological and/or somatic complaints more than once a week or virtually every day during the last six months. Corresponding proportions among those aged 16–18 years were 47 percent for girls and 39 percent for boys.
- The vast majority, about 90 percent, stated that they had been happy at school and that doing well in school is important. Nearly 70 percent reported that schoolwork is often, or very often difficult. The proportion who stated that they felt quite stressed or very stressed by their schoolwork was a total of 27 percent. One in four stated that they had language difficulties, e.g. to keep up in school.
- A total of 15 percent of both girls and boys stated that they sometimes, often or always had been teased or bullied by other pupils in school in the past week.
- One in five children stated that they sometimes, often or very often, had felt poorly treated because of their background.
- Over 85 percent of the children stated that they live with one or both of their parents and one or more of their siblings.
- Just over 80 percent of the children stated that the family or those with whom they live are doing average or well financially, while nearly 20 percent stated that the family is not well financially.

Overall, the results indicate that most of the newly arrived children who answered the questionnaire feel good and that the majority are satisfied with their lives. However, there are signs of potential risk factors for poor health and adverse living conditions, e.g. family financial struggles, difficulties with schoolwork and the language, and experience of bullying.

In order for newly arrived children to manage school, the school's support and resources are crucial. This also provides the children with the conditions for good



health now and in the future. A continued and in-depth analysis of the empirical data is needed to identify particularly vulnerable groups as well as to more closely map health-related risk and protective factors in newly arrived children and young people in Sweden.

---

N.B. The title of the publication is translated from Swedish, however no full version of the publication has been produced in English.

# Bakgrund

## Uppdrag och genomförande

Folkhälsomyndigheten fick i oktober 2017 i uppdrag av regeringen att genomföra och presentera resultaten från en kartläggning av nyanlända och asylsökande barns hälsa och psykisk hälsa (S2017/01227/FS (delvis)). Kartläggningen skulle ingå som en delstudie i uppdraget om att genomföra undersökningen Skolbarns hälsovanor 2017/18.

Studien genomfördes som ett samverkansprojekt mellan Folkhälsomyndigheten och Röda Korsets Högskola och är en enkätundersökning bestående av två kompletterande datainsamlingar, en riktad till barn som har beviljats uppehållstillstånd i Sverige (nyanlända) och en till asylsökande barn. Projektet har i sin helhet granskats och godkänts av den regionala etikprövningsnämnden i Stockholm (dnr: 2018/456-31/5).

I denna rapport presenteras resultat från delstudien om nyanlända barn.

## Inledning

Idag befinner sig omkring 69 miljoner människor i världen på flykt. Av dessa har drygt 25 miljoner flytt från sitt hemland och bland dem är ungefär hälften barn (1). Barn som har flytt har ofta varit med om upplevelser som har drabbat dem både fysiskt och psykiskt. De kan exempelvis ha varit med om olika typer av trauman eller levt en längre tid i frånvaro av grundläggande mänskliga rättigheter. Barn är dessutom ofta beroende av andra för sitt välbefinnande och löper en hög risk att ta fysisk skada under själva flykten, samt att uppleva andra påfrestningar som kan innebära en betydande negativ inverkan på deras utveckling (2).

Hälsokonsekvenserna av händelser och förhållanden vid flykt kan vara både omedelbara och långsiktiga (3).

Den internationella forskningslitteraturen pekar tydligt på att många barn och unga med flyktingbakgrund har ökad risk för psykisk ohälsa och bristande hälsorelaterad livskvalitet (3-5). Viktiga bidragande orsaker till detta är inte endast traumatiska händelser som inträffat i hemlandet och under flykten, utan även levnadsförhållanden och de särskilda livsvillkoren som tillvaron som flykting i det nya landet innebär (5).

Under 2015 sökte ca 70 000 barn asyl i Sverige. Av dessa var cirka 35 000 ensamkommande (50 procent). De vanligaste ursprungsländerna bland samtliga asylsökande var Syrien, Afghanistan och Irak (6). Det saknas för närvarande kunskap om nyanlända och asylsökande barns hälsa och psykiska hälsa, livskvalitet och levnadsförhållanden i Sverige. Det finns visserligen flera svenska studier som tyder på liknande slutsatser som den aktuella internationella forskningen på området, men de är ofta baserade på ett begränsat antal deltagare (t.ex. (7-9)).

## Begreppen hälsa, psykisk hälsa, psykisk ohälsa och hälsorelaterad livskvalitet

Begreppet hälsa kan definieras på många olika sätt. I biomedicinska kunskapstraditioner har man ofta en definition fokuserad på diagnos, symtom och funktion. I kontrast till denna finns WHO:s klassiska definition, "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (10), som kan betraktas som mer holistisk eftersom den innefattar fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Denna definition innebär också att individens egen upplevelse av sitt allmänna mående bör beaktas, och inte endast information om medicinska diagnoser och klassifikationer.

På ett liknande sätt anger WHO:s definition av psykisk hälsa, "a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community" (11), en bredare förståelse av begreppet. Det innebär att psykisk hälsa innefattar men inte är begränsad till frånvaro av psykiska sjukdomar och diagnoser. Även här är individens subjektiva upplevelser och erfarenheter viktig information.

Psykisk ohälsa är en samlade beteckning för både mindre allvarliga psykiska problem såsom oro och nedstämdhet och mer allvarliga symtom som uppfyller kriterierna för psykiatrisk diagnos (12).

Ett centralt och närliggande begrepp är hälsorelaterad livskvalitet (Health Related Quality of Life, HRQOL). Det bärande begreppet i HRQOL, livskvalitet, har WHO definierat som "individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns" (13). HRQOL har använts på flera sätt: som synonym till livskvalitet, för att beteckna hur en persons livskvalitet påverkas av hälsan samt som ett mått på självskattad hälsostatus (14). Definitionerna av HRQOL har därför varierat beroende på hur begreppet empiriskt har mätts (15). Sammantaget har det dock stämt väl överens med WHO:s definition av hälsa, och HRQOL har därmed ofta använts både i befolkningsbaserade och kliniska studier.

## Flykting, asylsökande eller nyanländ?

Idag förstås migration ofta utifrån kategorierna framtvungad eller frivillig migration (16, 17). Flyktingar fyller, tillsammans med asylsökande, huvudsakligen kategorin framtvungade migranter. Enligt FN:s flyktingkonvention från 1951 är en flykting en person som flytt från sitt land "på grund av välgrundad fruktan för förföljelse på grund av ras, religion, nationalitet, politisk uppfattning eller tillhörighet till viss samhällsgrupp, och som inte kan eller vill återvända" (18). Asylsökande, å andra sidan, betecknar utländska medborgare som tagit sig till ett annat land och där begärt skydd på grund av flykt, men som fortfarande inväntar svar på sin asylansökan. Detta skiljer ut flyktingar och asylsökande från de irreguljära migranter (i dagligt tal ofta kallade papperslösa) som inte fått sina skäl för flykt

accepterade som godtagbara i enlighet med FN:s flyktingkonvention. Inom forskningslitteraturen har dock begreppet flykting inte alltid används i en strikt formell bemärkelse utan ibland på ett bredare och mer vardagspråkligt sätt som inte utgår från ordets juridiska definition.

Ett annat begrepp som har börjat användas allt oftare i Sverige är nyanländ, vilket avser personer som under de senaste åren kommit till Sverige och som beviljats uppehållstillstånd och skydd av flyktingliknande skäl eller för familjeåterförening med en person som har beviljats uppehållstillstånd på sådana grunder. Detta begrepp är dock inte lika vanligt i den internationella forskningslitteraturen.

## Tidigare forskning om flyktingars hälsa

Psykisk ohälsa utgör ett omfattande fält inom den internationella forskningen om flyktingars hälsa (19). En stor del av tidigare studier har fokuserat på upplevda trauman, svåra händelser och livshotande situationer innan och i samband med flykt (19). Under senare år har dock insikten ökat om betydelsen av flyktingarnas levnadsförhållanden i värdlandet (20). Man vet idag att ogynnsamma sociala villkor som utsatt socioekonomisk situation, social isolering, diskriminering, svårigheter att kommunicera och ta till sig information, samt påfrestningar kring migrations- och asylregleringar i värdlandet kan ha en mycket negativ inverkan på den psykiska hälsan hos flyktingar (20).

Den engelska forskaren Mina Fazel har publicerat flera systematiska litteraturoversikter om psykisk ohälsa bland barn med flyktingbakgrund (3, 21, 22). En stor del av tidigare forskning inom området finns sammanställd i dessa publikationer. De tillstånd relaterade till psykisk hälsa som har studerats mest bland barn och unga som har flytt är posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), ångest och depression, samt beteenden relaterade till psykisk ohälsa, såsom internaliserande beteenden (t.ex. undandragande och nedstämdhet) och externaliserande beteenden (t.ex. hyperaktivitet och aggressivitet) (3, 4, 21, 23). Det är dock viktigt att betona att många barn och unga som har flytt har en god psykisk hälsa med bra förutsättningar till en positiv psykosocial utveckling i sitt nya hemland. Exempelvis visar resultaten av en studie av ensamkommande barn i Norge att nästan 60 procent av deltagarna antingen hade en god psykisk hälsa eller hade förmåga till återhämtning, trots svåra upplevelser och tidigare tecken på ohälsa. Hos resterande dryga 40 procent konstaterades psykisk ohälsa eller sårbarhet för att utveckla sådan (24).

Levnadsvillkor och förhållanden som påverkar barns och ungas psykiska hälsa och hälsorelaterade livskvalitet kan delas upp i riskfaktorer och skyddande faktorer. Forskaren Fazel föreslår i sitt ramverk (3, 22) att man kan dela upp dessa faktorer i individuella (t.ex. ålder, kön), familjerelaterade (t.ex. förlust av anhöriga), samhälleliga (t.ex. diskriminering) och sociala (t.ex. religiös övertygelse).

Merparten av dessa studier visar att flickor oftare har psykisk ohälsa, framför allt depression och internaliserande problem (3). Föräldrars erfarenhet av våld, och

särskilt tortyr, har också visat sig inverka starkt negativt på barnets psykiska hälsa, liksom erfarenhet av våld efter ankomst till det nya hemlandet (3). Många av de barn som flyr idag har nära familj kvar i krigshärjade områden. Barn med anhöriga i en sådan situation, eller med anhöriga som de har svårt att få kontakt med, har också ökad risk för psykisk ohälsa (3). En asylprocess som varar längre än ett år, vistelse i förvar (25, 26) samt osäkerhet relaterat till asylprocessen har också visats ha samband med ökad risk för psykisk ohälsa hos barn (27). Det finns även faktorer relaterade till psykisk ohälsa som mer har att göra med omständigheter i det nya hemlandet (5). Hit hör upplevd diskriminering (28) och att flytta många gånger (25).

Olika skyddsfaktorer för psykisk hälsa och hälsorelaterad livskvalitet bland barn och unga med flyktingbakgrund har också studerats. Fazels sammanställning (3) pekar på ett samband mellan stöd från föräldrarna och psykiskt välbefinnande samt minskad risk för PTSD och depression. God familjesammanhållning har också setts vara förknippat med ökad upplevelse av kompetens, liksom mindre förekomst av externaliserande problem bland tonåringar. Positiva skolerfarenheter såsom att känna sig trygg i skolan, samt känna tillhörighet med och ha stöd från klasskamrater, har vidare visats ha ett samband med psykiskt välbefinnande (3) och kan därmed beskrivas som potentiella skyddsfaktorer.

Att ha färdigheter och kunskap relaterade till ursprungslandets kultur, t.ex. i kommunikation och umgängesformer, tycks kunna främja psykisk hälsa bland ensamkommande ungdomar (24). Likaså är känsla av tillhörighet, att känna samhörighet med sin ursprungskultur, eller att man värdesätter utbildning och har en positiv framtidstro några av de faktorer som man har sett gynnar unga flyktingars förmåga att ta sig igenom eller komma tillbaka efter upplevda svårigheter (5). Detta har ibland inkluderats i begreppet resiliens (29, 30). Andra skyddsfaktorer innefattar tro eller religiositet, samt bemästrandet av värdlandets språk (3, 5, 22). Läs en mer utförlig definition av resiliens i ordlistan.

Det bör noteras att många av de studier vars resultat har utgjort utgångspunkten för att identifiera och beskriva risk- och skyddsfaktorer hos barn och unga med flyktingbakgrund har haft s.k. tvärsnittsdesign. Det innebär att det finns vissa begränsningar i vilka slutsatser som kan dras eftersom risk- och skyddsfaktorer delvis ska kunna förutse sannolikheten för ohälsa över tid (31).

## Behov av aktuell kunskap

Den internationella forskningen pekar på att det finns flera risk- och skyddsfaktorer som har samband med psykisk hälsa och hälsorelaterad livskvalitet hos barn med flyktingbakgrund.

I Sverige finns stora kunskapsluckor om hur nyanlända och asylsökande barn upplever sin hälsa och sina levnadsförhållanden. Det finns ett behov av kunskap som är baserad på språkligt och kulturellt anpassade enkätundersökningar. Eftersom det för denna grupp finns barriärer för att söka och få sjukvård ger inte

registerbaserade hälsodata en fullständig bild av förekomsten av olika former av ohälsa. Även internationellt har det uppmärksammats att det saknas omfattande kartläggningar av hälsa som inte begränsas till endast diagnoser och psykiatriska tillstånd, utan också omfattar levnadsförhållanden till exempel familjeförhållanden, skola och de postmigratoriska utmaningarna (32). Den internationella forskningen pekar vidare på att risk- och skyddsfaktorer kan variera mellan värdländer, eftersom varje land har sina regleringar avseende asyl- och etableringsprocesser. Barn med flyktingbakgrund är dessutom en heterogen grupp i ursprung, ålder, kön, familje- och boendeförhållanden med mera. Det kan medföra att sårbarhet för ohälsa, erfarenheter och tillgång till resurser kan variera inom gruppen.

Hälsa, levnadsförhållanden och uppväxtvillkor under barnaåren har en mycket stor påverkan på den framtida sociala utvecklingen och hälsan över hela livet (33). Detta innebär att en ökad kunskap om hälsa och levnadsförhållanden hos den stora och heterogena gruppen nyanlända barn i Sverige är mycket viktig för främjande och förebyggande åtgärder på befolkningsnivå, på både kort och lång sikt.

## Syfte

Syftet med denna rapport är att presentera resultat från en kartläggning av hälsa, livskvalitet och levnadsförhållanden bland nyanlända barn i Sverige.

## Metod

Denna rapport baseras på tvärsnittsdata insamlad via en enkätundersökning. Undersökningsgruppen bestod av nyanlända barn födda i Afghanistan, Irak och Syrien som hade beviljats uppehållstillstånd i Sverige och blivit kommunmottagna mellan åren 2014 och 2018. Vi har i denna studie valt att inkludera de tre största flyktinggrupperna som kom till Sverige under 2015. Datainsamlingen pågick under perioden juni–september 2018.

### Datainsamling bland nyanlända barn från Afghanistan, Irak och Syrien

I juni 2018 skickades en målgruppsanpassad enkät till ett slumpmässigt urval av 10 000 barn i åldrarna 12–18 år från Afghanistan, Irak och Syrien. Dessa hade beviljats uppehållstillstånd och blivit kommunmottagna i Sverige mellan åren 2014 och 2018. Statistiska centralbyrån (SCB) gjorde urvalet från registret över totalbefolkningen och sände ut postenkäten.

Alla tilltänkta deltagare fick först ett s.k. förbrev via post med kort information om den kommande undersökningen. En vecka efter detta skickades enkäten ut tillsammans med ett informationsbrev.

I informationsbrevet beskrevs bakgrunden till och syftet med undersökningen samt att undersökningen genomfördes i samarbete mellan Röda Korsets Högskola och Folkhälsomyndigheten. Brevet informerade även om att insamlade uppgifter i framtiden kan komma att länkas till olika register hos SCB och Socialstyrelsen, t ex hälsodataregister. Vidare informerades om dataskyddsförordningen, offentlighets- och sekretesslagen och att det var frivilligt att medverka i undersökningen, samt att en ifylld och inskickad enkät betraktades som samtycke till att delta i undersökningen. Brevet innehöll även information om vilka registeruppgifter som skulle inhämtas. Det riktade sig till vårdnadshavare eller målsman för deltagarna i åldersgruppen 12–15 år och till deltagarna själva i åldersgruppen 16–18 år.

Samtliga mottagare av enkäten fick efter en tid ett påminnelsekort. De som inte hade svarat på enkäten inom cirka 4 veckor efter påminnelsen, fick en ny enkät.

### Enkätkonstruktion

Enkäten konstruerades och sammanställdes av projektgruppen vid Röda Korsets Högskola i samarbete med Folkhälsomyndigheten. Enkätinstrumenten valdes ut efter en samlad bedömning av studiens syfte och målgrupp, och behovet av att enkäten var kulturellt och språkligt anpassad till målgruppen. Vidare konstruerades enkäten för att, så långt som möjligt, undvika negativt laddade eller känslomässigt belastande frågor.



Enkäten bestod av ett urval frågor, dels från etablerade instrument som KIDSCREEN-27/52 (34, 35) och The Child and Youth Resilience Measure (CYRM) (36), och dels från Skolbarns hälsovanor, som är en etablerad enkätundersökning med flera olika frågeinstrument (37). Dessutom innehöll enkäten frågor från Refugee Post-migration Stress Scale (RPSS), som är utvecklad av forskare vid RKH (38) (bilaga 1). I enkäten ställdes frågor om bl.a. självskattad allmänt hälsotillstånd, psykiska och somatiska besvär, post-migratorisk stress, stressreaktioner relaterade till upplevda traumatiska händelser (8 frågor, endast avsedda för barn 16–18 år), sömn, trivsel och svårigheter i skolmiljön, skolarbetet och relationer i kamratgruppen, samt resiliens. Dessutom fanns frågor om deltagarnas skolform, boendeform, antal syskon man bor med och familjens ekonomi.

Enkäten till barn i åldern 16–18 år bestod av totalt 85 frågor som med undantag för 8 frågor var identiska med enkäten till 12–15-åriga barn.

Enkäten framställdes på tre språk: svenska, arabiska (för barn från Irak och Syrien) och persiska/dari (för barn från Afghanistan). All text och alla enkätfrågor, förutom de skattningsskalor som från början var språkligt och kulturellt anpassade, översattes och återöversattes utifrån etablerade metoder som vanligtvis används för att utveckla, anpassa och säkerställa översättningskvalitet (39).

För att identifiera eventuella otydligheter i de översatta enkäterna som inte upptäcktes under översättningen och återöversättningen, genomfördes kognitiva intervjuer (40, 41) med 20 arabisk- och persisktalande barn. I kognitiva intervjuer fyller barnen i enkäten varefter de intervjuas om eventuella svårigheter med att förstå frågorna, komma ihåg relevant information samt bedöma och använda svarsalternativen för att ange sina svar. Vissa smärre oklarheter kunde därmed identifieras och korrigeras i enkäten. När enkäten färdigställdts skickades den till SCB för mätteknisk standardgranskning, layout/design, utlämnandeprövning och slutliga ändringar.

## Beskrivning av inkluderade variabler

I denna rapport redovisas resultat för ett urval av frågorna i enkäten och för sociodemografiska variabler.

### **Självskattad hälsa**

Självskattad hälsa mättes med frågan ”Hur mår du rent allmänt?” (KIDSCREEN-27) (34) Fem svarsalternativ gavs: *utmärkt*, *mycket bra*, *bra*, *ganska bra* och *dåligt*. I figuren redovisar vi andelen nyanlända flickor och pojkar i de två åldersgrupperna som uppgett respektive svarkategori.

### **Tillfredsställelse med livet**

Tillfredsställelse med livet mättes med ”Cantrils stega” (42). Instrumentet har formen av en stega och använts för att skatta tillfredsställelse med livet på en skala från 0 till 10 där 0 står för sämst tänkbara och 10 för bäst tänkbara liv. Frågan löd:

”Om du tänker på ditt liv i största allmänhet, var tycker du att du står just nu?” Svaren kodas så att 0–5 innebär låg tillfredsställelse med livet och 6–10 innebär hög tillfredsställelse med livet. Vi redovisar andelen för dem som uppgett en hög tillfredsställelse med livet.

### **Psykiska och somatiska besvär**

Förekomsten av självrapporterade psykiska och somatiska besvär mättes med frågan: ”Hur ofta har du under de senaste 6 månaderna haft följande besvär?”, följt av uppräknings huvudvärk, ont i magen, ont i ryggen, känt mig nere, varit irriterad eller på dåligt humör, känt mig nervös, haft svårt att somna respektive känt mig yr (37). Sex svarsalternativ gavs: *i stort sett varje dag, mer än en gång i veckan, ungefär en gång i veckan, ungefär en gång i månaden, sällan och aldrig*. Data presenteras först för de fyra psykiska besvären och sedan för de fyra somatiska. Andelen redovisas för dem som uppgett svarsalternativen mer än en gång i veckan eller i stort sett varje dag. Vi redovisar även ett sammansatt mått för andelen barn som upplevt minst två psykiska och/eller somatiska besvär mer än en gång i veckan eller i stort sett varje dag.

### **Skoltrivsel, skolarbete, skolstress och relationer till andra elever**

Trivsel i skolan mättes med frågan ”Om du tänker på den senaste veckan i skolan ... Hade du det bra i skolan?” (KIDSCREEN-27) (34) Det fanns fem svarsalternativ: *inte alls, lite grann, sådär, mycket och jättemycket*. I figuren redovisar vi andelen nyanlända flickor och pojkar i de två åldersgrupperna som uppgett respektive svarkategori.

Frågor om skolarbetet mättes med tre frågor från Skolbarns hälsovanor (37). Deltagarna fick ta ställning till två påståenden om sin skola: ”Jag tycker att skolarbetet är svårt” och ”Jag har för mycket skolarbete”. Svarsalternativen var fem för respektive påstående: *nästan aldrig, sällan, ibland, ofta och väldigt ofta*. Svaren redovisas för dem som uppgett svaren ofta eller väldigt ofta.

Skolstress undersöktes med frågan ”Hur stressad känner du dig av ditt skolarbete?” (37) Svarsalternativen var fyra: *inte alls, lite grann, ganska mycket och mycket*. I figuren redovisar vi andelen nyanlända flickor och pojkar i de två åldersgrupperna som uppgett respektive svarkategori.

Frågor om relationer till andra elever hämtades från KIDSSCREEN-52 (35): ”Om du tänker på den senaste veckan i skolan ... Var du rädd för andra elever? Blev du retad av andra elever? Blev du mobbad av andra elever?” Det fanns fem svarsalternativ: *aldrig, sällan, ibland, ofta och alltid*. Här redovisas andelar för dem som uppgett svaren ibland, ofta och alltid.

### **Postmigratorisk stress**

Svårigheter i vardagen relaterat till stress som upplevts efter migrationen undersöktes med frågor från the Refugee Post-migration Stress Scale (38) anpassad för barn. I denna rapport redovisas 4 påståenden. Påståendena var ”Jag har känt

mig illa behandlad på grund av min bakgrund”, ”Jag har haft det svårt med språket, t.ex. att hänga med i skolan”, ”Jag har känt mig otrygg i området där jag bor” och ”Jag har saknat sådant jag brukade göra innan jag kom till Sverige”.

Svarsalternativen var fem: *aldrig*, *sällan*, *ibland*, *ofta* och *väldigt ofta*. I rapporten presenterar vi andelen för dem som ofta eller väldigt ofta upplevt dessa svårigheter, utom för frågan ”Jag har känt mig illa behandlad på grund av min bakgrund”, där vi visar andelen för dem som uppgett att de ibland, ofta och väldigt ofta upplevt detta.

### **Ekonomi**

En fråga om familjens ekonomi hämtades från Skolbarns hälsovanor (37) och modifierades. Frågan lød ”Hur tycker du att din familj/de du bor med har det ekonomiskt?” Svarsalternativen var fem: *mycket bra*, *ganska bra*, *genomsnittligt*, *inte så bra* och *inte alls bra*. Fördelningen för de olika svarskategorierna redovisas i figuren. Ytterligare en fråga redovisas i rapporten: ”Om du tänker på förra veckan ... Hade du tillräckligt med pengar för dina utgifter?” (KIDSCREEN-27) (34). Fem svarsalternativ fanns: *aldrig*, *sällan*, *ibland*, *ofta* och *alltid*. I figuren redovisar vi andelen nyanlända flickor och pojkar i de två åldersgrupperna som uppgett respektive svarkategori.

### **Resiliens**

Tre aspekter av begreppet resiliens mättes med tre frågor från The Child and Youth Resilience Measure (CYRM) (36): känsla av syfte och meningsfullhet (i förhållande till skolan), upplevelser av gemenskap och tillhörighet (med jämnåriga) samt tillgängliga resurser i omgivningen/möjlighet att navigera till resurser vid behov (att veta var man kan söka hjälp). Frågorna lød: ”Är det viktigt för dig att det går bra i skolan?” , ”Vet du vart du ska vända dig när du behöver hjälp med något?” och ”Känner du att du passar in bland dina jämnåriga?” Svarsalternativen var tre: *nej*, *ibland* och *ja*. Andelar för dem som svarat ja på frågorna redovisas.

### **Sociodemografiska variabler**

Information om sociodemografiska faktorer som kön, ålder, födelseland, ensamkommandestatus och sista invandringsår inhämtades från SCB:s nationellt heltäckande register. Utöver dessa bakgrundsvariabler ställdes i enkäten frågor om utbildningsform, boendeform, antal syskon barnen bor med och familjens ekonomi.

## **Redovisning av resultat**

I denna grundrapport redovisas ett urval av frågorna från enkäten. Rapporten innehåller beskrivande statistik och resultaten presenteras som andelar för enskilda enkätfrågor. I vissa fall presenteras andelen nyanlända barn som har angett ett svarsalternativ och i andra fall har flera svarsalternativ slagits ihop. Resultaten presenteras uppdelade på flickor och pojkar 12–15 år respektive 16–18 år.

# Resultat

I detta avsnitt redovisar vi sociodemografiska variabler och bortfall samt resultaten uppdelat på kön och åldersgrupp för ett urval variabler från enkäten: självskattad hälsa, tillfredsställelse med livet, psykiska och somatiska besvär, skoltrivsel, skolarbete, skolstress och sociala relationer i skolan, postmigratorisk stress, ekonomi och resiliens.

## Sociodemografiska variabler och bortfall

Totalt deltog 2 559 flickor och pojkar i åldrarna 12–18 år, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 26 procent. Andelen flickor var 45 procent och andelen pojkar 55 procent. Femtiosex procent av deltagarna var i åldersgruppen 12–15 år och 44 procent i åldersgruppen 16–18 år. Andelen deltagare med födelseland Afghanistan var 29 procent, Irak 18 procent och Syrien 54 procent. Totalt hade 19 procent anlänt till Sverige som ensamkommande barn (tabell 1).

I tabell 1 redovisas en jämförelse mellan de som besvarade enkäten respektive de som inte gjorde det, med avseende på kön, ålder, födelseland, ensamkommandestatus och invandringsår. Resultaten visar signifikanta skillnader för alla dessa variabler. Skillnaderna är små, men antyder att den yngre åldersgruppen är något överrepresenterad i studien och ensamkommande barn något underrepresenterade. Fler i åldersgruppen 12–15 år har alltså valt att delta än i åldersgruppen 16–18 år. På samma sätt har färre bland de ensamkommande valt att delta jämfört med dem som inte var ensamkommande.

**Tabell 1.** Sociodemografiska variabler för urvalsram och studiedeltagare samt bortfall.

	Urvalsram		Studiedeltagare		Studiedeltagare kontra icke-deltagare $\chi^2$ (p-värden)*
	Antal	Andel	Antal	Andel	
<b>Kön</b>					
Flickor	4293	42,9	1157	45,2	
Pojkar	5707	57,1	1402	54,8	7,09 (0.008)
<b>Åldersgrupp</b>					
12–15 år	4929	49,3	1430	55,9	
16–18 år	5071	50,7	1129	44,1	60,3 (<0.001)
<b>Födelseland</b>					
Afghanistan	3038	30,4	741	29,0	
Irak	1930	19,3	447	17,5	
Syrien	5032	50,3	1371	53,6	14,6 (0.001)
<b>Ensamkommande</b>					
Ja	2497	25,0	480	18,8	
Nej	7503	75,0	2079	81,2	71,7 (<0.001)
<b>Sista invandringsår</b>					
2014	862	8,6	201	7,9	
2015	1924	19,2	435	17,0	
2016	2897	29,0	732	28,6	
2017	3521	35,2	953	37,2	
2018	796	8,0	238	9,3	22,9 (<0.001)

\*Pearsons  $\chi^2$ -test användes för att avgöra om skillnaderna mellan de svarande och de icke-svarande avseende dessa variabler kan ses som statistiskt säkerställda på  $\alpha = 0,05$ -nivå.

I åldersgruppen 12–15 år var det 79 procent som uppgav att de bor med båda föräldrarna och i åldersgruppen 16–18 år 63 procent, medan 14 procent i båda åldersgrupperna uppgav att de bor växelvis hos båda föräldrarna och 3 procent att de bor med en släkting eller annan vuxen (tabell 2). Bland 12–15-åringarna var det 5 procent som uppgav att de bor i familjehem eller hem för vård eller boende (HVB-hem) och bland 16–18-åringarna 20 procent. Totalt uppgav 12 procent att de inte bor med något syskon, 62 procent med 1–3 syskon, 22 procent med 4–6 syskon och 5 procent med 7 eller fler syskon. Studiedeltagarna besvarade också en fråga om vilken skolform eller utbildning de deltar i. Av de svarande, gick 20 procent i gymnasiet, 43 procent i högstadiet, 22 procent i mellanstadiet och 1 procent i lågstadiet.

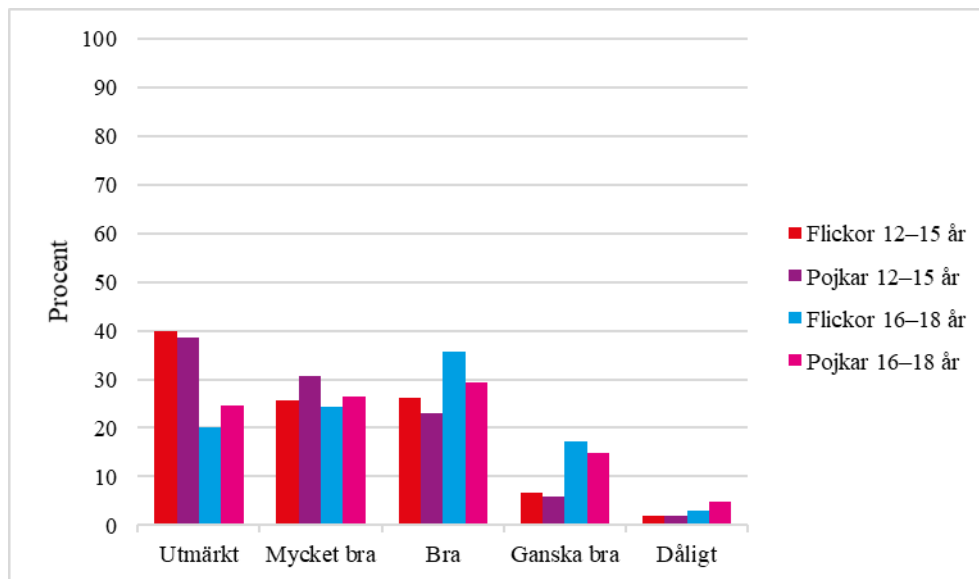
**Tabell 2.** Redovisning av sociodemografiska variabler för studiedeltagare per åldersgrupp och totalt, antal och andel.

	12–15 år		16–18 år		Totalt	
	antal	andel	antal	andel	antal	andel
<b>Kön</b>						
Flickor	628	43,9	529	46,9	1157	45,2
Pojkar	802	56,1	600	53,1	1402	54,8
Totalt	1430	100	1129	100	2559	100
<b>Familjesituation</b>						
Bor med båda föräldrarna	1078	78,5	665	62,9	1743	71,7
Bor växelvis hos föräldrarna	188	13,7	148	14,0	336	13,8
Bor med släkting eller annan vuxen	35	2,5	30	2,8	65	2,7
Bor i familjehem eller HVB-hem	72	5,2	214	20,2	286	11,8
Totalt	1373	100	1057	100	2430	100
<b>Antal syskon</b>						
0	91	6,8	186	18,0	277	11,6
1–3	875	65,0	588	56,9	1463	61,5
4–6	315	23,4	205	19,8	520	21,8
7 eller fler	66	4,9	54	5,2	120	5,0
Totalt	1347	100	1033	100	2380	100
<b>Födelseland</b>						
Afghanistan	337	23,6	404	35,8	741	29,0
Irak	296	20,7	151	13,4	447	17,5
Syrien	797	55,7	574	50,8	1371	53,6
Totalt	1430	100	1129	100	2559	100

## Självskattad hälsa och tillfredsställelse med livet

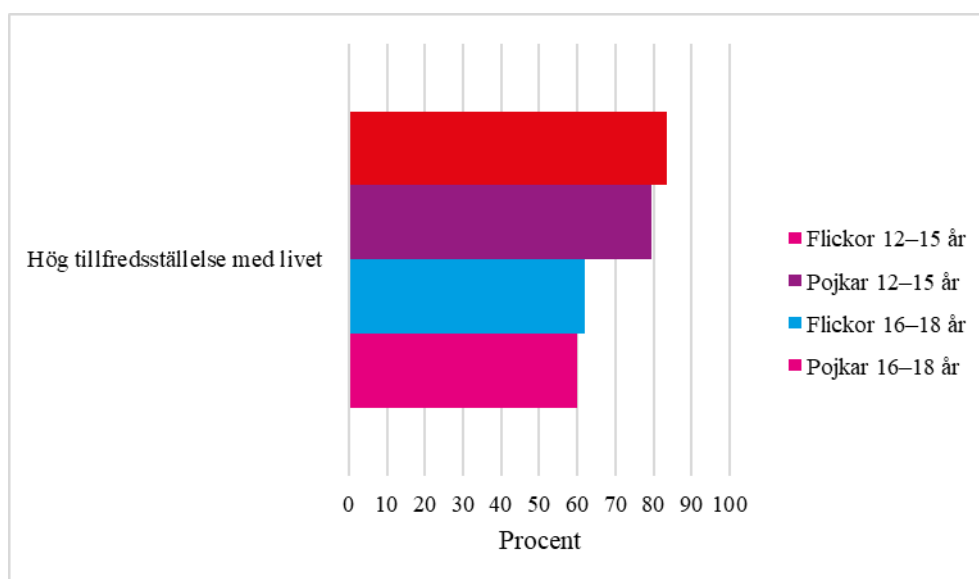
I figur 1 redovisas andel flickor och pojkar i respektive åldersgrupp som uppger att de mår utmärkt, mycket bra, bra, ganska bra eller dåligt. Sammantaget uppgav 98 procent av både flickor och pojkar i åldrarna 12–15 år att de mår bra (svarsalternativen utmärkt, mycket bra, bra eller ganska bra). Motsvarande andel för flickor och pojkar i åldersgruppen 16–18 år var 97 respektive 95 procent.

**Figur 1.** Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive åldersgrupp som uppger att de mår utmärkt, mycket bra, bra, ganska bra eller dåligt.



Ungefär 80 procent av 12–15-åringarna och 60 procent av 16–18-åringarna skattade sin tillfredsställelse med livet som hög (figur 2).

**Figur 2.** Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive åldersgrupp som uppger att de har en hög tillfredsställelse med livet.



## Psykiska och somatiska besvär

I figur 3 och 4 redovisas andelen flickor och pojkar som uppgett att de haft olika psykiska respektive somatiska besvär mer än en gång i veckan eller i stort sett varje dag de senaste 6 månaderna.

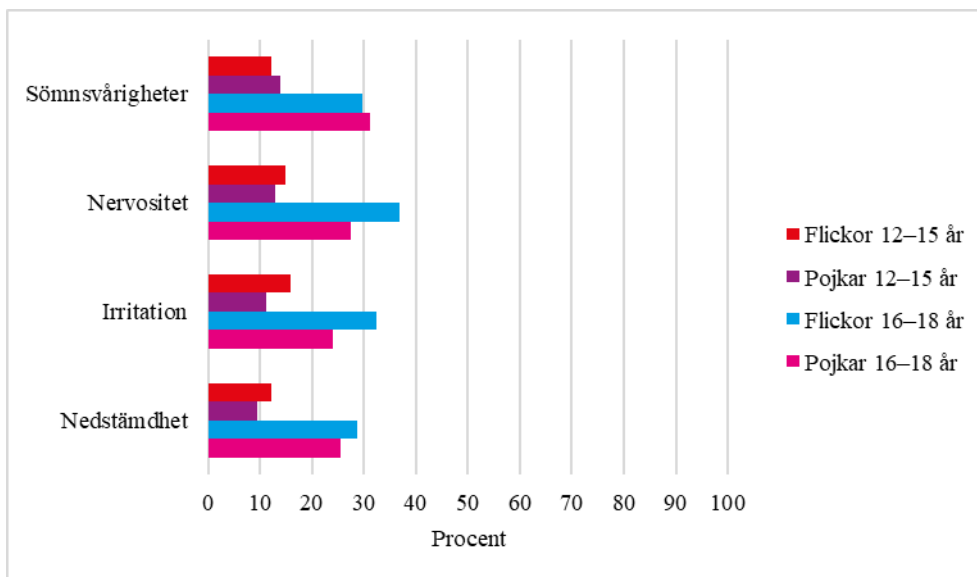
Bland 12–15-åringarna var det 12 procent av flickorna och 14 procent av pojkarna som upp gav att de hade haft svårt att somna mer än en gång i veckan eller i stort sett varje dag de senaste 6 månaderna. Bland 16–18-åringarna var andelen som haft svårt att somna 30 respektive 31 procent för flickor och pojkar.

I åldersgruppen 12–15 år hade 15 procent av flickorna och 13 procent av pojkarna känt sig nervösa mer än en gång i veckan eller i stort sett varje dag. Andelen som upp gav att de känt sig nervösa i åldersgruppen 16–18 år var 37 procent bland flickorna och 28 procent bland pojkarna.

Sexton procent av flickorna i åldersgruppen 12–15 år och 11 procent av pojkarna i samma åldersgrupp upp gav att de hade varit irriterade eller på dåligt humör mer än en gång i veckan eller i stort sett varje dag de senaste 6 månaderna. Motsvarande andelar i åldersgruppen 16–18 år var 32 respektive 24 procent för flickor och pojkar.

Bland 12–15-åriga flickor upp gav 12 procent och bland pojkar 10 procent att de känt sig nere mer än en gång i veckan eller i stort sett varje dag de senaste 6 månaderna. Bland 16–18-åriga flickor var det 29 procent och bland pojkar 26 procent som upp gav att de känt sig nere.

**Figur 3.** Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive åldersgrupp som upp ger att de har haft olika psykiska besvär mer än en gång i veckan eller i stort sett varje dag, de senaste 6 månaderna.



Nio procent av 12–15-åriga flickor, och 7 procent av pojkarna upp gav att de känt sig yra mer än en gång i veckan eller i stort sett varje dag de senaste 6 månaderna.



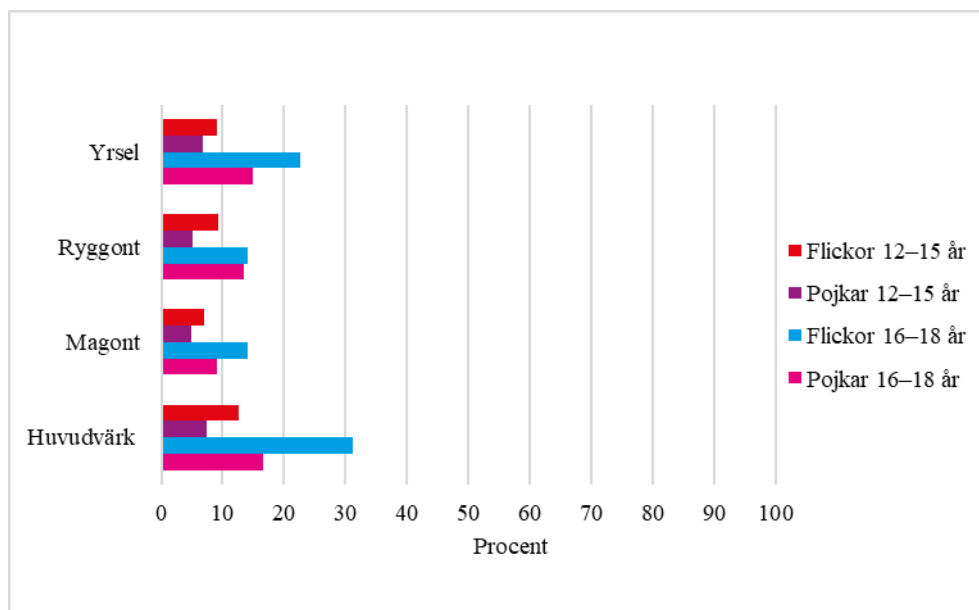
Motsvarande andelar för 16–18-åriga flickor och pojkar var 23 respektive 15 procent.

Bland 12–15-åringarna hade 9 procent av flickorna och 5 procent av pojkarna haft ont i ryggen. Bland 16–18-åringarna hade 14 procent av flickorna och 13 procent av pojkarna haft ont i ryggen mer än en gång i veckan eller i stort sett varje dag de senaste 6 månaderna.

Sju procent av flickorna och 5 procent av pojkarna i åldersgruppen 12–15 år uppgav att de hade haft ont i magen. Motsvarande andelar i åldersgruppen 16–18 år var 14 procent bland flickor och 9 procent bland pojkar.

I åldersgruppen 12–15 år uppgav 13 procent av flickorna och 7 procent av pojkarna att de haft huvudvärk mer än en gång i veckan eller i stort sett varje dag de senaste 6 månaderna. I åldersgruppen 16–18 år var det 31 procent av flickorna och 17 procent av pojkarna som haft huvudvärk.

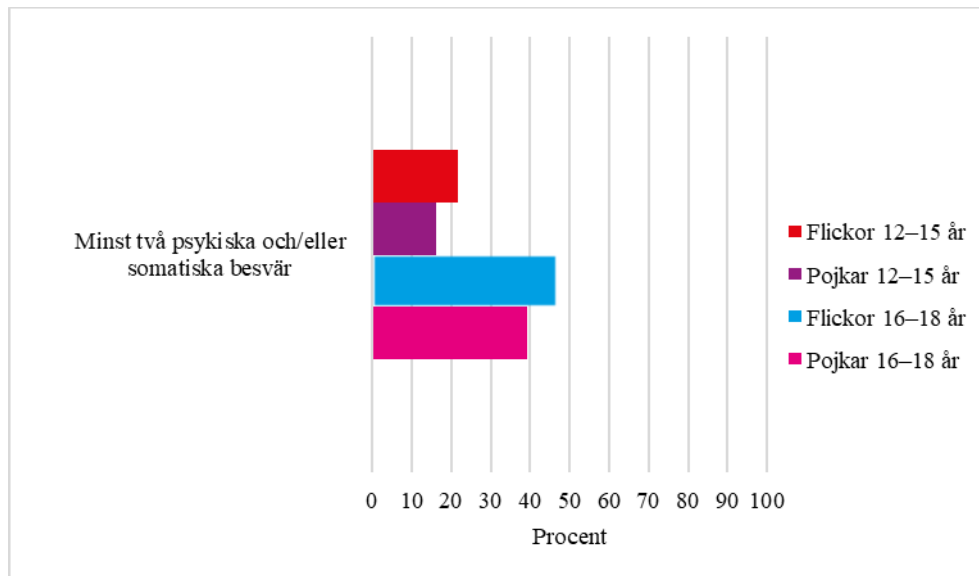
**Figur 4.** Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive åldersgrupp som uppgav att de har haft olika somatiska besvär mer än en gång i veckan eller i stort sett varje dag, de senaste 6 månaderna.



För att ge en sammanfattande bild av de psykiska och somatiska besvären i gruppen skapades också ett sammansatt mått (figur 5). Måttet redovisas som andelen flickor och pojkar i respektive åldersgrupp som haft minst två psykiska och/eller somatiska besvär mer än en gång i veckan eller i stort sett varje dag under senaste 6 månaderna.

Bland 12–15-åriga flickor och pojkar rapporterade 22 respektive 16 procent att de hade haft minst två psykiska och/eller somatiska besvär mer än en gång i veckan eller i stort sett varje dag under senaste 6 månaderna. Bland de 16–18-åriga flickorna var motsvarande andel 47 procent, och bland pojkarna 39 procent.

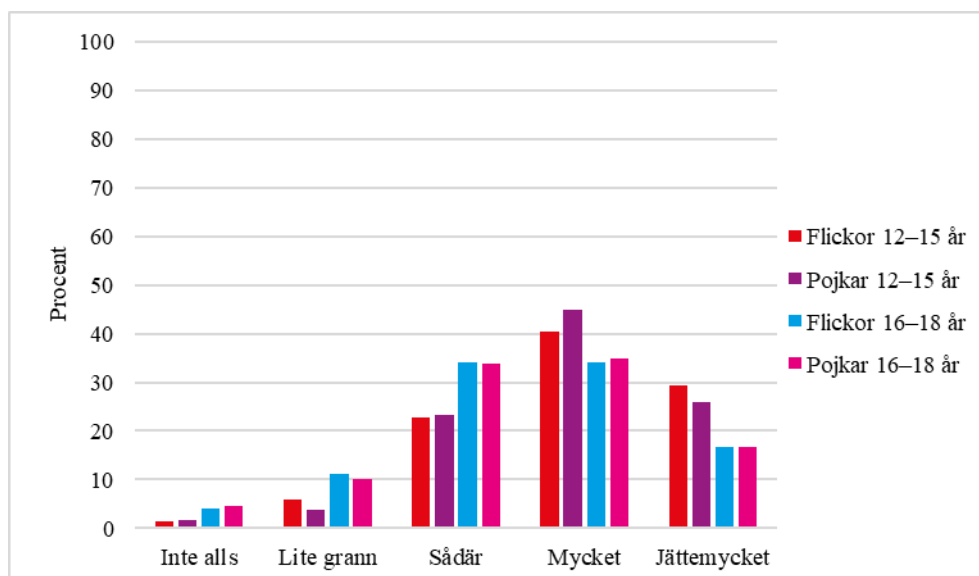
**Figur 5.** Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive åldersgrupp som uppger att de har haft minst två psykiska och/eller somatiska besvär (sammansatt mått), mer än en gång i veckan eller i stort sett varje dag de senaste 6 månaderna.



## Skoltrivsel, skolarbete, skolstress och relationer till andra elever

I figur 6 redovisas andel flickor och pojkar i respektive åldersgrupp som uppger att de den senaste veckan hade det inte alls, litegrann, sådär, mycket eller jättemycket bra i skolan. Totalt 93 procent av de 12–15-åriga flickorna och 94 procent av pojkarna uppger att de hade det bra i skolan (svarsalternativen sådär, mycket bra och jättemycket bra) den senaste veckan. Motsvarande andel bland 16–18-åriga flickor och pojkar var 85 procent.

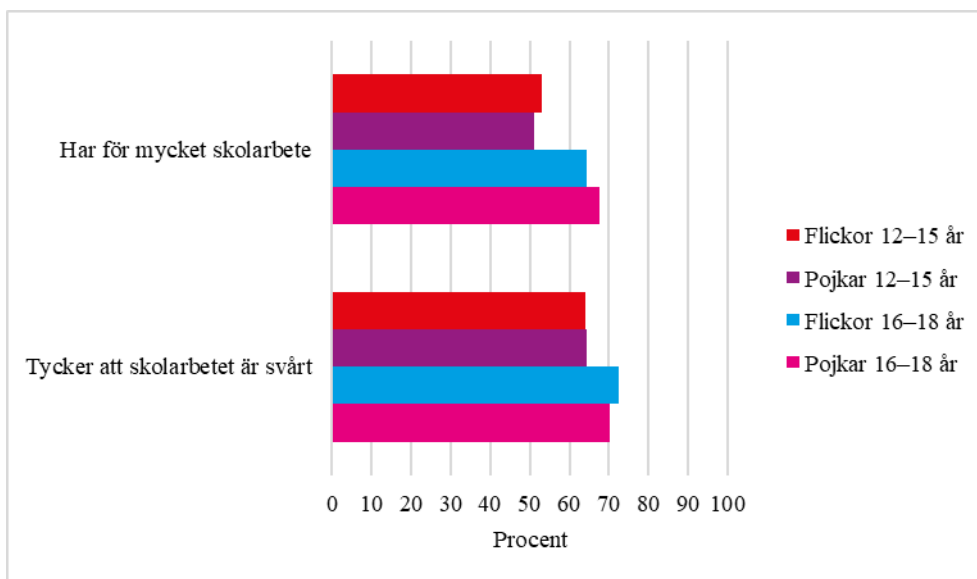
**Figur 6.** Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive åldersgrupp som uppger att de den senaste veckan hade det inte alls, litegrann, sådär, mycket eller jättemycket bra i skolan.



Femtiofyra procent av de 12–15-åriga flickorna och 51 procent av pojkarna uppgav att de ofta eller väldigt ofta har för mycket skolarbete (figur 7). Bland 16–18-åringarna var motsvarande andelar 64 procent bland flickorna och 68 procent bland pojkarna.

Barnen fick även uppge om de tycker att skolarbetet är svårt. Andelen i den yngre åldersgruppen som uppgav att de ofta eller väldigt ofta tycker att skolarbetet är svårt var 64 procent bland både flickor och pojkar. I den äldre åldersgruppen var denna andel 72 procent bland flickorna och 70 procent bland pojkarna.

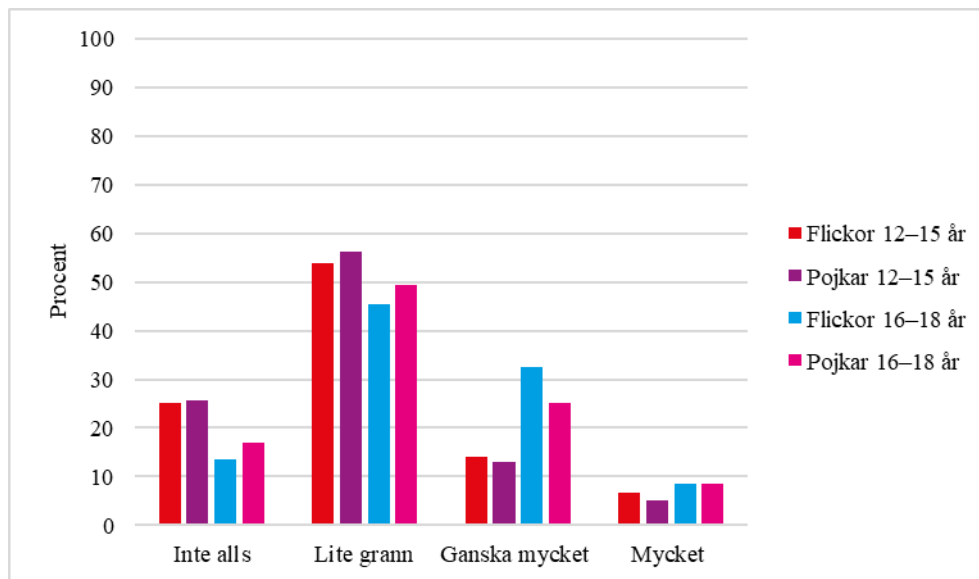
**Figur 7.** Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive åldersgrupp som uppger att de ofta eller väldigt ofta tycker att skolarbetet är svårt, respektive att de har för mycket skolarbete.



I figur 8 redovisas andel flickor och pojkar i respektive åldersgrupp som uppger att de känner sig ganska mycket eller mycket stressade av sitt skolarbete. Ungefär hälften av flickorna och pojkarna i de två åldersgrupperna uppgav att de känner sig litegrann stressade av sitt skolarbete, vilket var det vanligaste svarsalternativet.

Bland de 12–15-åriga barnen uppgav 21 procent av flickorna och 18 procent av pojkarna att de känner sig ganska mycket eller mycket stressade av sitt skolarbete. Motsvarande andelar bland 16–18-åringarna var 41 procent bland flickorna och 34 procent bland pojkarna.

**Figur 8.** Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive åldersgrupp som uppger att de känner sig inte alls, lite grann, ganska mycket eller mycket stressade av sitt skolarbete.



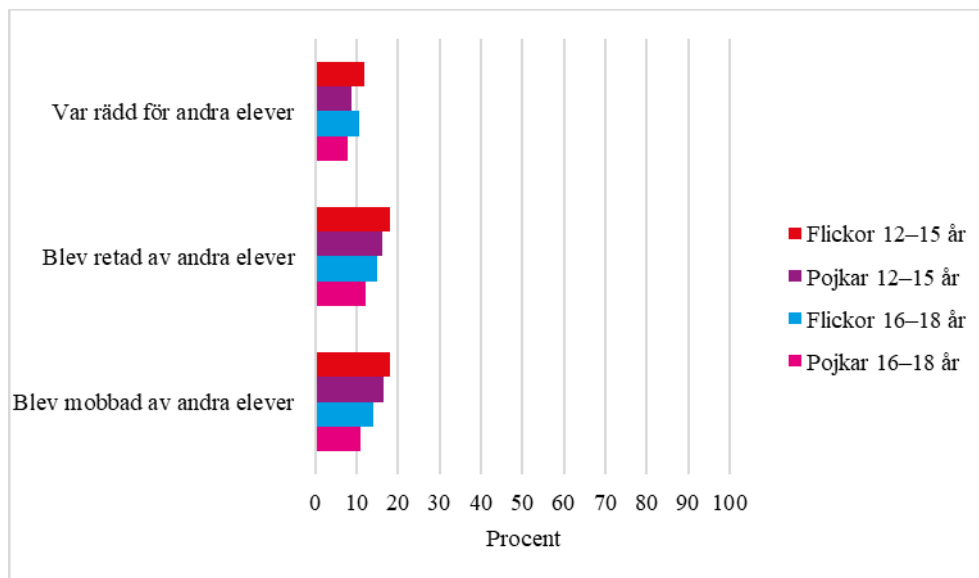
I enkäten ställdes tre frågor om ifall barnen den senaste veckan varit rädda, blivit retade eller blivit mobbade av andra elever i skolan. I figur 9 presenteras andel flickor och pojkar i respektive åldersgrupp som uppger att de den senaste veckan i skolan ibland, ofta eller alltid varit rädda för andra elever, blivit retade av andra elever respektive blivit mobbade av andra elever.

I åldersgruppen 12-15 år uppgav 12 procent av flickorna och 9 procent av pojkarna att de den senaste veckan ibland, ofta eller alltid varit rädda för andra elever. Motsvarande andelar bland 16-18-åringarna var 11 procent bland flickorna och 8 procent bland pojkarna.

På frågan om man blivit retad av andra elever svarade 18 procent bland flickorna och 16 procent bland pojkarna i åldersgruppen 12-15 år att de ibland, ofta eller alltid hade blivit detta den senaste veckan. I åldersgruppen 16-18 år var motsvarande andelar 15 och 12 procent för flickor respektive pojkar.

Arton procent bland de 12-15-åriga flickorna och 17 procent bland pojkarna uppgav att de ibland, ofta eller alltid blivit mobbade av andra elever i skolan den senaste veckan. Bland 16-18-åriga flickor och pojkar var det 14 respektive 11 procent av flickorna och pojkarna som uppgav att de blivit mobbade den senaste veckan.

**Figur 9.** Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive åldersgrupp som uppger att de den senaste veckan i skolan ibland, ofta eller alltid varit rädda för andra elever, blivit retade av andra elever respektive blivit mobbade av andra elever.



## Postmigratorisk stress

I enkäten fick deltagarna besvara frågor om svårigheter i vardagen relaterade till postmigratorisk stress. I figur 10 redovisas andelen flickor och pojkar som svarat att de ofta eller väldigt ofta har saknat sådant de brukade göra innan de kom till Sverige, känt sig otrygga i området där de bor, haft det svårt med språket (t.ex. att hänga med i skolan) eller ibland, ofta, eller väldigt ofta har känt sig illa behandlade på grund av sin bakgrund.

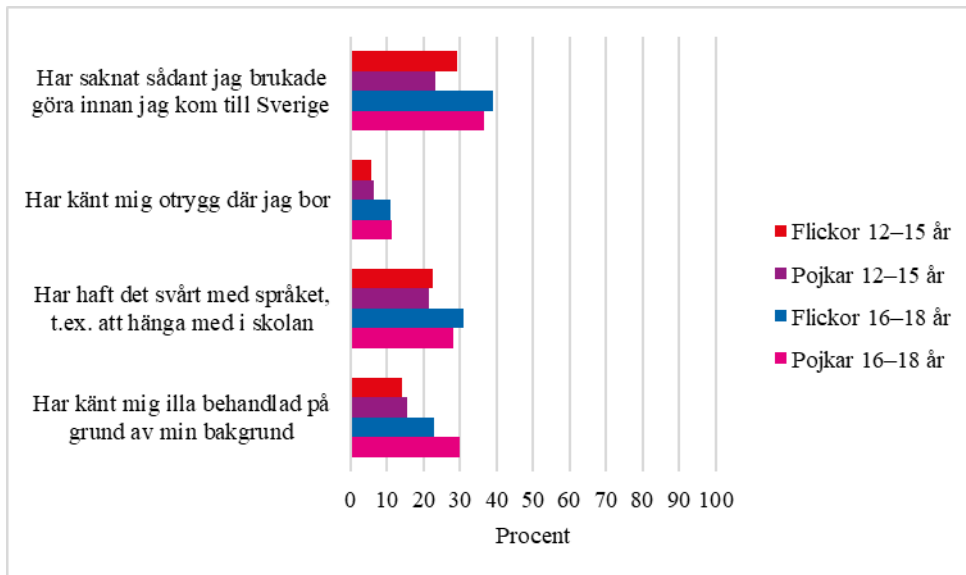
Bland flickor 12-15 år uppgav 30 procent att de ofta eller väldigt ofta har saknat sådant de brukade göra innan de kom till Sverige och bland pojkarna var motsvarande andel 23 procent. I åldersgruppen 16-18 år uppgav 39 procent av flickorna och 37 procent av pojkarna att de har saknat sådant de brukade göra innan de kom till Sverige.

I åldersgruppen 12-15 år uppgav 6 procent av flickorna och pojkarna att de ofta eller väldigt ofta har känt sig otrygga där de bor. I den äldre åldersgruppen var det 11 procent av både flickor och pojkar som uppgav detta.

Tjugotre procent av de 12-15-åriga flickorna och 22 procent av pojkarna uppgav att de ofta eller väldigt ofta har haft det svårt med språket, t.ex. att hänga med i skolan. Motsvarande andelar bland de 16-18-åriga flickorna och pojkarna var 31 respektive 28 procent.

Bland de 12-15-åriga barnen hade 14 procent av flickorna och 16 procent av pojkarna ibland, ofta eller väldigt ofta känt sig illa behandlade på grund av sin bakgrund. Motsvarande andelar i den äldre åldersgruppen var 23 procent bland flickorna och 30 procent bland pojkarna.

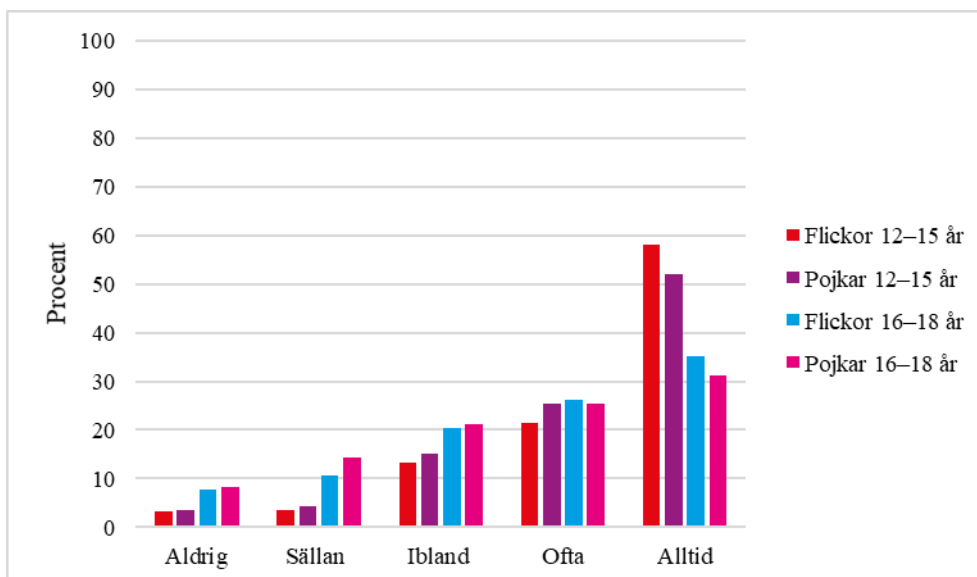
**Figur 10.** Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive åldersgrupp som uppger att de ofta eller väldigt ofta har saknat sådant de brukade göra innan de kom till Sverige, känt sig otrygga i området där de bor, haft det svårt med språket respektive ibland, ofta eller väldigt ofta har känt sig illa behandlade på grund av sin bakgrund.



## Ekonomi

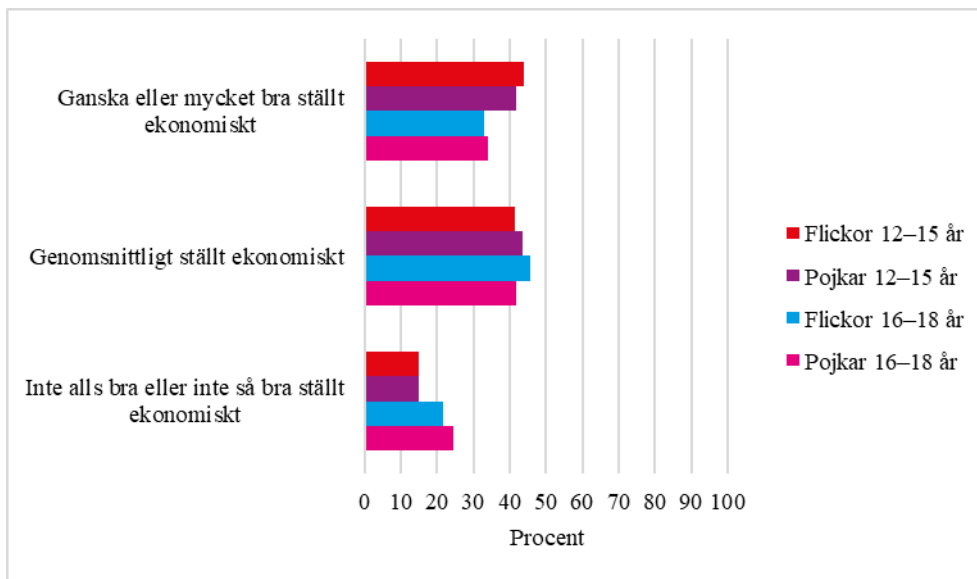
I figur 11 redovisas andelen flickor och pojkar i respektive åldersgrupp som uppger att de förra veckan aldrig, sällan, ibland, ofta respektive alltid hade tillräckligt med pengar för sina utgifter. I åldersgruppen 12–15 år uppgav 93 procent av flickorna och 92 procent av pojkarna att de ibland, ofta eller alltid hade tillräckligt med pengar för sina utgifter förra veckan. I åldersgruppen 16–18 år var motsvarande andelar 82 respektive 76 procent bland flickor och pojkar.

**Figur 11.** Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive åldersgrupp som uppger att de förra veckan aldrig, sällan, ibland, ofta respektive alltid hade tillräckligt med pengar för sina utgifter.



Deltagarna fick även uppge hur de tycker att familjen eller de som de bor med har det ekonomiskt (figur 12). Av alla svarande uppgav 39 procent att familjen eller de man bor med har det ganska eller mycket bra ställt ekonomiskt, 44 procent uppgav genomsnittligt ställt ekonomiskt och 18 procent uppgav inte alls bra eller inte så bra ställt ekonomiskt.

**Figur 12.** Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive åldersgrupp som uppger att familjen eller de som de bor med har det ganska eller mycket bra ekonomiskt, genomsnittligt ställt ekonomiskt respektive inte alls bra eller inte så bra ställt ekonomiskt.



## Resiliens

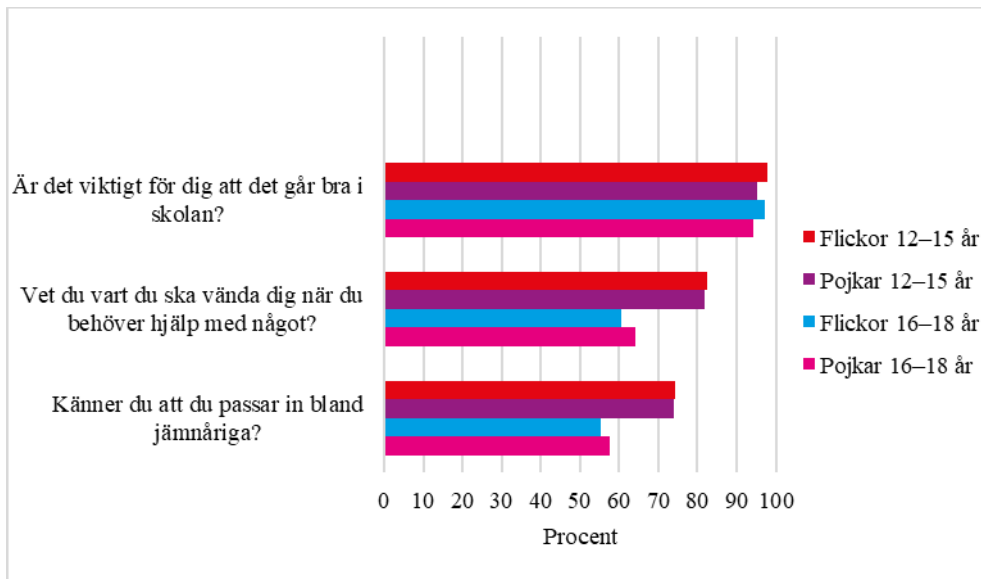
I enkäten inkluderades frågor om resiliens. I figur 13 redovisas andelar för dem som svarat ja på frågorna ”Är det viktigt för dig att det går bra i skolan?”, ”Vet du vart du ska vända dig om du behöver hjälp med något?” och ”Känner du att du passar in bland jämnåriga”?

I åldersgruppen 12–15 år uppgav 98 procent av flickorna och 95 procent av pojkarna att det är viktigt för dem att det går bra i skolan. I åldersgruppen 16–18 år svarade 97 procent av flickorna och 94 procent av pojkarna ja på samma fråga.

Bland de 12–15-åriga barnen uppgav 83 procent av flickorna och 82 procent av pojkarna att de vet vart de ska vända sig om de behöver hjälp med något. Bland 16–18-åringarna var det 61 procent av flickorna och 64 procent av pojkarna som uppgav detta.

Sjuttiofyra procent av flickor och pojkar i åldersgruppen 12–15 år uppgav att de känner att de passar in bland jämnåriga. Motsvarande andelar för flickor och pojkar i åldersgruppen 16–18 år var 55 och 58 procent.

**Figur 13.** Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive åldersgrupp som uppger att ja, det är viktigt för dem att det går bra i skolan, ja, de vet vart de ska vända sig när de behöver hjälp med något respektive ja, de känner att de passar in bland jämnåriga.





## Diskussion

Denna studie är en av de mest omfattande enkätundersökningar som genomförts baserat på nyanlända barns självskattningar om levnadsförhållanden i ett höginkomstland.

Sammantaget tyder resultaten från denna undersökning på att de allra flesta av de nyanlända barn 12–18 år som besvarade enkäten mår bra och att majoriteten har en hög tillfredsställelse med livet. Självrapporterade psykiska och somatiska besvär förekom framförallt bland 16–18-åringar och bland flickor.

I stort sett tycks grundläggande levnadsförhållanden vara tillfredsställande för många av barnen i denna studie. De flesta uppger att de bor tillsammans med båda eller någon av sina föräldrar samt ett eller flera av sina syskon. Det indikerar att det finns tillgång till föräldrar och andra närstående som kan utgöra en viktig grund för trygghet. De allra flesta barn känner sig även trygga i området där de bor.

Majoriteten uppger att de inte lever under knappa ekonomiska förhållanden och att de har tillräckligt med pengar för sina utgifter. Det bör vidare påpekas att samtliga deltagare i denna studie hade fått uppehållstillstånd i Sverige vilket innebär att de vet att de kan stanna i landet och t.ex. inte behöver oroa sig för ett eventuellt utvisningsbeslut. Det har visats i tidigare studier att långa asylprocesser och osäkerhet relaterat till asylprocessen har samband med ökad risk för ohälsa hos barn (25, 27).

En viktig reflektion är dock att det finns en grupp på ungefär 20 procent av barnen som uppger att familjen eller de man bor med inte eller inte alls har det bra ställt ekonomiskt. Detta kan tyda på ekonomisk utsatthet som är en omständighet som i tidigare studier visat sig ha betydelse för både den samtida och framtida hälsan, och andra sociala utfall (43, 44).

Skolan och dess psykosociala miljö har stor betydelse för barns psykiska och sociala välbefinnande (45). Nyanlända barn är i en känslig fas i livet där de genomgår en omvälvande övergång i samband med flykt, migration och etablering i ett nytt samhälle. Betydelsen av skolan och dess stödjande funktion kan därför knappast överskattas.

Resultatet tyder på en god trivsel i skolan bland de allra flesta nyanlända barn som besvarade enkäten vilket kan betyda att skolan tillhandahåller en god miljö för dessa barn. Däremot upplever en stor andel av barnen att de har för mycket skolarbete och att skolarbetet är svårt. Ungefär 1 av 4 uppger att de har haft svårt med språket, t.ex. att hänga med i skolan. Sammantaget skulle dessa resultat kunna tyda på svårigheter med skolarbetet som kan vara relaterade till att vara nyanländ. Att bemästra det nya landets språk har beskrivits som en skyddsfaktor för psykisk hälsa hos barn med flyktningbakgrund (3). Den låga förekomsten av stress i samband med skolarbete bland 12–15-åringarna skulle dock kunna indikera att det finns tillgång till stöd i skolan. Vidare tyder resultatet på att barnen upplever att

skolan är betydelsefull eftersom i stort sett nästan alla uppger att det är viktigt att det går bra i skolan.

Vad gäller sociala relationer till andra elever ger inte resultatet en lika positiv bild. Ungefär 1 av 6 av de 12–15-åriga barnen uppger att de har blivit retade eller mobbade av andra elever. Även de äldre nyanlända flickorna och pojkarna uppger i hög utsträckning att de har blivit retade eller mobbade. Mobbning under barndomen har samband med flera former av psykisk ohälsa som kan bestå upp i vuxen ålder (46). Vidare uppger vart femte barn att de ibland eller oftare har känt sig illa behandlade på grund av sin bakgrund. Tidigare studier har visat att upplevelse av diskriminering har negativa effekter på både fysisk och psykisk hälsa (47).

Endast 6 av 10 bland 16–18 åringarna uppgav att de vet vart de ska vända sig när de behöver hjälp med något. Detta kan tyda på brist på information om vad det finns för hjälp och stöd att få för en väsentlig andel av de äldre nyanlända barnen.

## Metodologiska överväganden

Att genomföra en s.k. surveyundersökning bland nyanlända barn innebär flera utmaningar. För det första ingår personer med flyktingbakgrund i det som i undersökningssammanhang ibland kallas för ”hard to reach populations” (48), dvs. grupper som generellt är svåra att nå eller är obenägna att delta i storskaliga enkätundersökningar. För det andra finns utmaningar kring att undersökningens frågor behöver anpassas till barnens kognitiva förmåga och utveckling (49). För det tredje finns det utmaningar i hur man anpassar undersökningen språkligt och kulturellt för de avsedda deltagarna. Sammantaget kan sådana utmaningar delvis förklara bristen på omfattande enkätundersökningar bland personer med flykting- och asylbakgrund (50) och särskilt det begränsade antalet studier om flyktingbarn som baserats på tillräckligt omfattande empiriskt underlag av självrapporteringar (3).

Den randomiserade och stora urvalsramen av alla nyanlända barn i ett brett åldersspann från tre av de största flyktinggrupperna i Sverige, ger oss tillförlitlig information om vilka grupper bland nyanlända barn som väljer att inte delta i studien. Enkäten innehåller väl validerade mått som har använts i storskaliga undersökningar bland barn och unga i flera länder. Detta ökar möjligheten till tillförlitliga och giltiga resultat och möjliggör jämförelser med andra studier. Den noggranna språkliga och kulturella anpassningen av enkätfrågorna är ytterligare en styrka i undersökningen. Trots detta påverkas undersökningens giltighet av flera oundvikliga metodologiska svagheter och begränsningar vilka beaktas när resultatet avläses och tolkas.

Den främsta begränsningen i generaliserbarheten av resultatet är den stora andel barn och unga som inte besvarade enkäten. Svarefrekvensen i denna studie var 26 procent, vilket allmänt sett kan betraktas som lågt. Det fanns dock skäl att förvänta sig ett betydligt större bortfall eftersom undersökningsgruppen bestod av

barn med flyktingbakgrund. Föräldrar och barn som har bott i Sverige endast ett fåtal år är kanske inte vana vid enkätundersökningar av detta slag och skulle därför kunna vara avvaktande och obenägna att delta. Det kan dessutom uppfattas som olämpligt att dela information om hälsa och mer personliga upplevelser och erfarenheter med anonyma avsändare, institutioner och myndigheter. Samtidigt bör det beaktas att ett lågt deltagande är relativt vanligt även i enkätundersökningar som riktas till andra grupper i Sveriges befolkning. Det är därför viktigt att notera att när urvalet gjordes för denna studie fanns i Sverige 25 584 nyanlända barn i åldersgruppen 12–18 år från Afghanistan, Irak och Syrien (total population). Antalet barn som besvarade enkäten var 2 559 vilket motsvarar cirka 10 procent av den totala populationen. Det är proportionellt högre än flera stora studier nationellt och internationellt.

Jämförelsen mellan de som inte deltog och deltagarna i studien visade att deltagarna i flera sociodemografiska avseenden skiljde sig från de som inte deltog (bortfallet). Om det förhåller sig så att de som valde att inte delta har sämre hälsa än de som valde att delta så skulle god självskattad hälsa eller hög tillfredsställelse med livet teoretiskt sett kunna överskattas i våra resultat. Men det förhållandevis stora antalet deltagare i undersökningen, som är någorlunda jämnt fördelade i ålder och kön, ger ändå en relativt tillförlitlig beskrivning av denna grupps hälsa och levnadsförhållanden i Sverige idag.

## Konklusion

Deltagare i denna enkätundersökning var nyanlända barn och unga i åldrarna 12–18 år som hade beviljats uppehållstillstånd och som varit mottagna i en kommun i Sverige i 4 år eller kortare tid. Sammantaget visar resultatet att de allra flesta mår bra och att majoriteten uppger en hög tillfredsställelse med livet. Vidare uppger barnen att de har det bra i skolan och att det är viktigt att det går bra i skolan.

Flera grundläggande levnadsförhållanden tycks vara tillfredsställande för många av de nyanlända barnen. De flesta bor tillsammans med båda eller någon av sina föräldrar samt med ett eller flera av sina syskon. De flesta tycks känna sig trygga där de bor.

Det finns dock tecken på potentiella riskfaktorer för ohälsa och ogynnsamma levnadsförhållanden, t.ex. svårigheter med skolarbetet och med språket, och upplevelse av mobbning. De äldre barnen är inte lika nöjda med livet och rapporterar i högre grad än de yngre psykiska och somatiska besvär och svårigheter i vardagen, som att inte veta vart man ska vända sig om man behöver hjälp. Fler i den äldre åldersgruppen uppgav även att de ibland eller oftare känt sig illa behandlade på grund av sin bakgrund sedan de kom till Sverige. En femtedel av hela gruppen uppger att familjen eller de man bor med inte har det bra ekonomiskt.

För att de nyanlända barnen ska klara av skolan är skolans stöd och resurser avgörande. Det ger också barnen förutsättningar för en god hälsa nu och framåt i

livet. Resultaten pekar även på vikten av ett aktivt värdegrundsarbete i skolan för att förebygga mobbning. En fortsatt och fördjupad analys av det empiriska underlaget behövs för att identifiera särskilt sårbara grupper samt för att närmare kartlägga hälsorelaterade risk- och skyddsfaktorer hos nyanlända barn och unga i Sverige.

# Ordlista

Här följer en lista på några av de begrepp som förekommer i rapporten och hur de kan definieras.

## **Ensamkommande**

Ensamkommande barn avser personer under 18 år som ansöker om asyl i Sverige utan medföljande förälder eller annan legal vårdnadshavare (6).

## **Levnadsförhållanden**

Levnadsförhållanden kan definieras som den miljö i vilken människor lever och verkar (51). Levnadsförhållanden avser mikronivå (individens specifika förhållanden), medan livsvillkor avser makronivån. Levnadsförhållandena påverkas av livsvillkoren. Exempel på komponenter i levnadsförhållandena är boendemiljö, arbetsmiljö, psykosocial miljö och materiell standard.

## **Postmigratorisk stress**

Ett flertal begrepp förekommer i litteraturen för att beskriva ogynnsamma och påfrestande levnadsförhållanden efter migrationen. Begreppen postmigratoriska eller resettlement-relaterade stressfaktorer samt svåra levnadsförhållanden används ibland synonymt, men någon entydig användning av begreppen finns ännu inte (52, 53).

Två begrepp som används för att beskriva närliggande, men ändå inte helt jämförbara fenomen, är migrationsrelaterad stress och ackulturativ stress. Migrationsrelaterad stress är ett vidare begrepp, som utöver påfrestningar i värdlandet även inkluderar andra företeelser relaterade till migrationsprocessen, liksom upplevelser från hemlandet (54). Ackulturation är den process som en individ genomgår när hon eller han försöker anpassa sig till ett liv i en kulturell omgivning som skiljer sig från den som hon eller han växt upp i (55). I de fall då individen upplever en svårhanterlig konflikt mellan de olika kulturerna talar man om ackulturativ stress. Påfrestande levnadsomständigheter kan vara en del av den postmigratoriska stressupplevelsen. Det kan t.ex. vara att en ungdom försöker hitta balans mellan föräldrars och kamraters kontrasterande förväntningar på hur man ska leva sitt liv. Ackulturativ stress är dock att betrakta som ett snävare begrepp än postmigratorisk stress.

Termen postmigratorisk stress har nästan uteslutande använts för att beskriva hur vuxna flyktingar påverkas av omständigheter i värdlandet. För barn bör postmigratorisk stress beaktas i förhållande till de omgivningar och relationer som är av störst betydelse för barnets välbefinnande. Dessa inkluderar relationer till föräldrar och kamrater, skolan och skolmiljön, men också faktorer så som boendesituation och socioekonomiska förhållanden, avsaknad av familj samt de påfrestningar som ackulturation kan medföra.

## **Resiliens**

Det är idag vedertaget att exponering för traumatiska livshändelser och mycket svåra levnadsförhållanden utgör tydliga risker för att senare utveckla ohälsa och särskilt psykisk ohälsa. Ett fenomen som dock ofta observeras är att vissa personer uppvisar en anmärkningsvärd förmåga till återhämtning, anpassning och utveckling, trots svåra livshändelser och gravt ogynnsamma levnadsförhållanden. Ett flertal begrepp och teorier (56-58) har under de senaste fem decennierna använts för att beskriva och förklara detta fenomen. Begreppet resiliens är särskilt förekommande i den utvecklingspsykologiska litteraturen (29).

Från att i den tidiga forskningen ha använts för att beteckna en egenskap – en s.k. ”trait” – hos individen, har resiliens kommit att användas på ett betydligt mer komplext och flerdimensionellt sätt för att beskriva processer, mekanismer, utfall, samspel med omgivningen, samt resurser som finns tillgängliga för att utrusta individer och grupper att kunna motstå svårigheter och trauman (30, 59).

En s.k. socialekologisk definition av begreppet resiliens som inbegriper processer på ett flertal nivåer, från individ till samhälle, ges av forskaren Michal Ungar (2008) (60). Något förenklat kan en sådan definition betraktas som ett sätt att skifta fokus från individuella egenskaper till att betona vikten av barns fysiska, psykologiska och sociala miljöer samt de tillgångar till inre och yttre resurser som dessa erbjuder.

## **Sociodemografiska variabler**

Med sociodemografiska variabler menar vi kön, ålder, boendeform och skolform eller utbildning.

# Referenser

1. UNHCR. Figures at a glance: United Nations High Commissioner for Refugees; 2019 [citerad 20 maj 2019]. Hämtad från: <http://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>.
2. UNHCR. Refugee children: Guidelines on protection and care. New York: United Nations Commissioner on Refugees, 1994.
3. Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet*. 2012;379(9812):266-82.
4. Bronstein I, Montgomery P. Psychological distress in refugee children: a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2011;14(1):44-56.
5. Fazel M, Betancourt TS. Preventive mental health interventions for refugee children and adolescents in high-income settings. *The Lancet Child Adolesc Health* 2018;2(2):121-32.
6. Migrationsverket. Inkomna ansökningar om asyl, 2015 Migrationsverket; 2019 [citerad 20 maj 2019]. Hämtad från: <https://www.migrationsverket.se/download/18.7c00d8e6143101d166d1aab/1485556214938/Inkomna%20ans%C3%B6kningar%20om%20asyl%202015%20-%20Applications%20for%20asylum%20received%202015.pdf>.
7. Goldin S, Hägglöf B, Levin L, Persson LÅ. Mental health of Bosnian refugee children: a comparison of clinician appraisal with parent, child and teacher reports. *Nord J Psychiatry*. 2008;62(3):204-16.
8. Aronsson B, Wiberg C, Sandstedt P, Hjern A. Asylum-seeking children with severe loss of activities of daily living: clinical signs and course during rehabilitation. *Acta Paediatr*. 2009;98(12):1977-81.
9. Forslund C-M, Johansson BA. Pervasive refusal syndrome among inpatient asylum-seeking children and adolescents: a follow-up study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22(4):251-8.
10. WHO. Constitution of the World Health Organization. New York: 1948.
11. WHO. Mental health: a state of well-being 2014 [citerad 20 maj 2019]. Hämtad från: [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/).
12. European Commission. Green Paper: Improving the Mental Health of the Population. Towards A Strategy on Mental Health for the European Union. Brussels: European Commission, 2005.
13. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998;46(12):1569-85.
14. Karimi M, Brazier J. Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference? *Pharmacoeconomics*. 2016;34(7):645-9.
15. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ*. 2002;324(7351):1417.
16. Castle S, De Haas H, Miller M. The age of migration: International population movements in the modern world. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2014.
17. Qvist M, Suter B, Ahlstedt S. Migration - suveränitet, gränser och kontroll. I: Dahlstedt M, Neergaard A, redaktörer. Migrationens och etnicitetens epok. Kritiska perspektiv i etnicitets- och migrationsstudier. Stockholm: Liber; 2013.
18. Förenta Nationernas regionala informationskontor för Västeuropa. FN:s flyktingkonvention 1951 [citerad 24 maj 2019]. Hämtad från: <https://www.unric.org/sv/component/content/article/16-humanitarian/25742-fns-flyktingkommissarie>.
19. Miller KE, Rasmussen A. War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Soc Sci Med*. 2010;70(1):7-16.
20. Li SS, Liddell BJ, Nickerson A. The relationship between post-migration stress and psychological disorders in refugees and asylum seekers. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(9):82.
21. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 2005;365(9467):1309-14.

22. Reed RV, Fazel M, Jones L, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: risk and protective factors. *Lancet*. 2012;379(9812):250-65.
23. Fazel M, Stein A. The mental health of refugee children. *Arch Dis Child*. 2002;87(5):366-70.
24. Keles S FO, Idsoe T, Sirin S, Oppedal B. Resilience and acculturation among unaccompanied refugee minors. *Int J Behav Dev*. 2016;42(1):52-63.
25. Nielsen SS, Norredam M, Christiansen KL, Obel C, Hilden J, Krasnik A. Mental health among children seeking asylum in Denmark—the effect of length of stay and number of relocations: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2008;8(1):293.
26. Steel Z, Momartin S, Bateman C, Hafshejani A, Silove DM, Everson N, et al. Psychiatric status of asylum seeker families held for a protracted period in a remote detention centre in Australia. *Aust N Z J Public Health*. 2004;28(6):527-36.
27. Heptinstall E, Sethna V, Taylor E. PTSD and depression in refugee children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004;13(6):373-80.
28. Ellis BH, MacDonald HZ, Lincoln AK, Cabral HJ. Mental health of Somali adolescent refugees: The role of trauma, stress, and perceived discrimination. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(2):184.
29. Masten AS. Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Dev*. 2014;85(1):6-20.
30. Zolkoski SM, Bullock LM. Resilience in children and youth: A review. *Child Youth Serv Rev*. 2012;34(12):2295-303.
31. National Research Council and Institute of Medicine. Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities. Washington, DC: The National Academies Press; 2009.
32. Fazel M. Psychological and psychosocial interventions for refugee children resettled in high-income countries. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018;27(2):117-23.
33. Halfon N, Hochstein M. Life course health development: an integrated framework for developing health, policy, and research. *Milbank Q*. 2002;80(3):433-79.
34. Ravens-Sieberer U, Auquier P, Erhart M, Gosch A, Rajmil L, Bruil J, et al. The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Qual Life Res*. 2007;16(8):1347-56.
35. Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L, Erhart M, Bruil J, Power M, et al. The KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Value Health*. 2008;11(4):645-58.
36. Panter-Brick C, Hadfield K, Dajani R, Eggerman M, Ager A, Ungar M. Resilience in context: A brief and culturally grounded measure for Syrian refugee and Jordanian host-community adolescents. *J Child development*. 2018;89(5):1803-20.
37. Folkhälsomyndigheten. Skolbarns hälsövanor i Sverige 2017/18. Grundrapport. Stockholm: Folkhälsomyndigheten, 2019.
38. Tinghog P, Malm A, Arwidson C, Sigvardsdotter E, Lundin A, Saboonchi F. Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: a population-based survey. *BMJ open*. 2017;7(12):e018899.
39. Brislin RW. Back-translation for cross-cultural research. *J Cross Cult Psychol*. 1970;1(3):185-216.
40. Drennan J. Cognitive interviewing: verbal data in the design and pretesting of questionnaires. *J Adv Nurs*. 2003;42(1):57-63.
41. Willis GB. Cognitive interviewing: A tool for improving questionnaire design. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2004.
42. Cantril H. Pattern of human concerns. New Brunswick NJ: Rutgers University Press; 1965.
43. Ringback Weitoft G, Hjern A, Batljan I, Vinnerljung B. Health and social outcomes among children in low-income families and families receiving social assistance: a Swedish national cohort study. *Soc Sci Med*. 2008;66(1):14-30.
44. Folkhälsomyndigheten. Ojämligheter i psykisk hälsa. Kunskapssammanställning. Stockholm: Folkhälsomyndigheten, 2019.



45. WHO. Creating an environment for emotional and social well-being: an important responsibility of a health promoting and child-friendly school. Geneva: World Health Organization, 2003.
46. Moore SE, Norman RE, Suetani S, Thomas HJ, Sly PD, Scott JG. Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *World J Psychiatry*. 2017;7(1):60-76.
47. Pascoe EA, Smart Richman L. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2009;135(4):531-54.
48. Marpsat M, Razafindratsima N. Survey methods for hard-to-reach populations: introduction to the special issue. *Methodological Innovations Online*. 2010;5(2):3-16.
49. Borgers N, De Leeuw E, Hox J. Children as respondents in survey research: Cognitive development and response quality 1. *Bulletin of Sociological Methodology*. 2000;66(1):60-75.
50. EASO. A review of empirical surveys of asylum-related migrants. Valletta: European Asylum Support Office, 2018. [citerad 20 maj 2019]. Hämtad från: <https://www.easo.europa.eu/sites/default/files/easo-review-surveys-1-2.pdf>.
51. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens termbank 2019 [citerad 24 maj 2019]. Hämtad från: <http://termbank.socialstyrelsen.se/>.
52. Silove D, Steel Z, McGorry P, Mohan P. Trauma exposure, postmigration stressors, and symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress in Tamil asylum-seekers: comparison with refugees and immigrants. *Acta Psychiatr Scand*. 1998;97(3):175-81.
53. Lindencrona F, Ekblad S, Hauff E. Mental health of recently resettled refugees from the Middle East in Sweden: the impact of pre-resettlement trauma, resettlement stress and capacity to handle stress. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43(2):121-31.
54. Al-Baldawi R. Migration och anpassning: den okända resan. Lund: Studentlitteratur; 2014.
55. Berry JW. Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology*. 1997;46(1):5-34.
56. Lazarus RS. Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill; 1966.
57. Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol*. 1979;37(1):1-11.
58. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
59. Ungar M. Systemic resilience: principles and processes for a science of change in contexts of adversity. *Ecology and Society*. 2018;23(4).
60. Ungar M. Resilience across cultures. *Br J Soc Work*. 2008;38(2):218-35.

## Bilaga 1

KIDSCREEN-27/52: KIDSCREEN är ett internationellt enkätinstrument med tillfredsställande psykometriska egenskaper för skattning av hälsorelaterad livskvalitet hos barn och unga 8–18 år. Det har använts i ett flertal europeiska länder (34, 35). KIDSCREEN består av frågor som mäter 10 olika domäner, till exempel fysiskt välbefinnande, psykiskt välbefinnande, autonomi och föräldrar, kamrater och socialt stöd, samt skolmiljö.

The Child and Youth Resilience Measure (CYRM) (36): CYRM är ursprungligen utformad som ett 28-frågormått på resiliens för barn och unga i åldern 9–23 år. CYRM bygger på en s.k. socialekologisk definition av resiliens som skiftar betydelsen av begreppet från en individuell egenskap till en mer relationell företeelse.

Skolbarns hälsovanor: Skolbarns hälsovanor är en undersökning som genomförs av Folkhälsomyndigheten vart fjärde år bland 11-, 13- och 15-åringar i Sverige. Studien är internationell och genomförs i samarbete med Världshälsoorganisationen (WHO) (37).

Refugee Post-migration Stress Scale (RPSS): Frågor om postmigratorisk stress hämtades från the Refugee Post-migration Stress Scale (RPSS) utvecklad vid RKH (38). Här återfinns frågor anpassade till barn om upplevelser som i tidigare studier har visat sig vara av betydelse för psykisk hälsa och välbefinnande bland personer med flyktingbakgrund.



I den här rapporten presenterar vi resultat från en enkätstudie om hälsa, livskvalitet och levnadsförhållanden bland nyanlända barn i Sverige. I studien ingick 2 559 barn i åldrarna 12–18 år som var födda i Afghanistan, Irak och Syrien. De hade beviljats uppehållstillstånd i Sverige och blivit mottagna i en kommun mellan 2014 och 2018. Kartläggningen är en delstudie inom regeringsuppdraget att genomföra undersökningen Skolbarns hälsovanor 2017/18.

Rapporten utgör ett kunskapsunderlag för det övergripande folkhälsomålet att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Rapporten vänder sig till beslutsfattare på nationell, regional och lokal nivå, skolpersonal, forskare och andra yrkesgrupper som på olika sätt arbetar med eller ansvarar för att främja barns och ungas hälsa och levnadsförhållanden. Även yrkesgrupper som i sitt arbete möter nyanlända barn och unga kan ha intresse av innehållet.

-----  
*Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot.*

*Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling.*