

Suicidalt beteende och vård

– skillnader mellan flyktingar, andra migranter och personer födda i Sverige

Trots att den globala migrationen ökat kraftigt saknas i stort sett forskning om suicidalt beteende (självordsförsök och självmord) bland utrikes födda och då särskilt bland flyktingar. Studier om skillnader i vårdutnyttjande bland utrikes födda respektive svenskfödda med suicidalt beteende saknas nästan helt. I den här policy brief:en sammanfattas ett nytt forskningsprojekt inom det nationella forskningsprogrammet om migration och integration. Projektet syftar till att undersöka vägar till suicidalt beteende, faktorer som påverkar hälso- och sjukvårdsinsatser före och efter ett självmordsförsök samt vägar till negativa hälsoutfall efter självmordsförsök bland flyktingar, migranter utan flyktingstatus och svenskfödda.

Bakgrund och syfte

De senaste decennierna har Sverige genomgått en dramatisk demografisk förändring till följd av den ökande migrationen. Idag är hela 18 procent av alla invånare i landet utrikes födda. Under de senaste årtiondena har Sverige dessutom tagit emot rekordmånga asylsökande. Enbart under 2015 ansökte mer än 160 000 personer om asyl här.

Många av dessa flyktingar har upplevt traumatiska händelser, dvs. drabbats av allvarliga skador eller sett dödande och död i sitt hemland eller under flykten. Dessa upplevelser kan leda till en ökad risk för att utveckla psykisk ohälsa, framför allt depression, ångest och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Suicidalt beteende (självord och självmordsförsök) – som är det allvarligaste utfallet av psykisk ohälsa – har framstått som mer vanligt förekommande i vissa migrant-/flyktinggrupper jämfört

med den inhemska befolkningen.^{1,3} De få studier som finns på området pekar emellertid på att det finns stora variationer i risken för suicidalt beteende bland utrikes födda. Dessa skillnader i självmordstal (antal självmord per invånare) verkar delvis uppstå till följd av skillnader i socio-demografi (exempelvis kön, ålder, boendeort och familjeförhållanden), morbiditet (sjuktal) och deltagande på arbetsmarknaden. Tidigare studier har till exempel visat att utrikes födda har större risk att marginaliseras på arbetsmarknaden.^{4,5} Detta tar sig ofta uttryck i form av långtidsarbetslöshet, långtidssjukskrivning och erhållande av sjuk- och aktivitetsersättning, vilka i sin tur är riskfaktorer för suicidalt beteende. Skillnaderna i självmordstal kan eventuellt också förklaras av att vissa migrantgrupper, i jämförelse med den inhemska befolkningen, är mindre benägna att söka hjälp från hälso- och sjukvården.⁶⁻⁸ Forskningen har dock inte kunnat klarlägga om detta även gäller för självmordsförsök hos just flyktingar.

Syftet med detta projekt har varit att utforska skillnader i psykisk ohälsa och suicidalt beteende genom att följa tre forskningsspår:

- 1) *Vägar till självmordsförsök och självmord:* här undersökte vi risken för självmord och självmordsförsök hos flyktingar jämfört med individer födda i Sverige. Dessutom undersökte vi sambanden mellan specifika psykiska sjukdomar och självmordsförsök/självmord hos flyktingar och svenskfödda personer samt betydelsen av sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning.
- 2) *Faktorer som påverkar hälso- och sjukvårdsinsatser före och efter ett självmordsförsök:* vi undersökte om användningen av specialiserad vård före och efter ett självmordsförsök skilde sig mellan flyktingar och svenskfödda. Dessutom undersökte vi om sociodemografiska faktorer och marginalisering på arbetsmarkna-

den var avgörande för eventuella skillnader i de undersökta gruppernas användning av specialiserad vård.

- 3) *Vägar till negativa hälsoutfall efter ett självmordsförsök:* I studien undersöktes skillnader mellan flyktingar, migranter utan flyktingstatus från samma länder och svenskfödda med avseende på efterföljande risk för nya försök och självmord efter ett självmordsförsök.

Material och metoder för studierna

Projektet är baserat på registerbaserade kohortstudier. De olika undersökta grupperna identifierades i register från dels Statistiska centralbyrån (forskningsspår 1), dels Socialstyrelsen (forskningsspår 2 och 3). För studier inom forskningsspår 1 inkluderade vi alla flyktingar och personer födda i Sverige i åldern 16–64 år som var bosatta i Sverige år 2004. De studier som ingick i forskningsspår 2 och 3 baserades på individer som lagts in på sjukhus efter ett självmordsförsök under perioden 2004–2012 respektive 2004–2013. Individer i samtliga studier följdes upp med avseende på inläggning för självmordsförsök eller dödsfall till följd av självmord. Psykisk sjukdom definierades som att personen fått en diagnos från den psykiatriska vården.

I analyserna använde vi olika multivariata regressionsmodeller. Metodvalet styrdes av strävan att mer precist kunna analysera inflytande av födelseland och flyktingskap i sig, med kontroll för påverkan av viktiga bakgrundsfaktorer, däribland socio-demografi såsom kön, ålder, boendeort, och familjeförhållanden, psykiatrisk eller somatisk samsjuklighet samt tidigare självmordsförsök.

Resultat

Resultaten från de studier som gällde det första forskningsspåret visade att, jämfört med den svenskfödda befolkningen, hade flyktingar i allmänhet en lägre risk

för självmordsförsök och självmord. Flyktingar från Iran uppvisade dock en något högre risk för självmordsförsök jämfört med personer födda i Sverige. Riskestimaten för självmordsförsök bland flyktingar i allmänhet verkade minska något över tid.

När vi undersökte sambandet mellan specifika psykiska sjukdomar och senare självmordsförsök och självmord, var risken för båda utfallen hos individer med en psykisk sjukdom lägre hos flyktingar än hos den svenskfödda befolkningen. Detta mönster gällde för de flesta specifika psykiatriska diagnoserna.

När det gäller marginalisering på arbetsmarknaden visade resultaten att en högre andel flyktingar fick arbetslöshetsersättning jämfört med den svenskfödda befolkningen. Däremot var det en lägre andel flyktingar än svenskfödda som fick ersättning för långvarig sjukskrivning eller sjuk- och aktivitetsersättning. Både bland flyktingar och i den svenskfödda befolkningen fanns en förhöjd risk för såväl långvarig sjukskrivning som sjuk- och aktivitetsersättning för personer som behandlats för psykisk sjukdom. Både hos svenskfödda personer och hos flyktingar var sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning dessutom förknippade med en förhöjd risk för självmordsförsök, oavsett psykisk sjukdom.

I det andra forskningsspåret följdes en kohort på 85 771 personer som hade gjort självmordsförsök (varav 4,5 procent flyktingar) och fått behandling under perioden 2004–2013 i specialiserad somatisk och psykiatrisk vård. Resultaten visade på en lägre användning av specialiserad vård hos flyktingar jämfört med svenskfödda, under vart och ett av observationsåren efter ett självmordsförsök. Flyktingar som var män, som var i åldern 20–24 år, och som erhöll sjuk- och aktivitetsersättning vid det initiala självmordsförsöket uppvisade ännu lägre nyttjande av sjukvård än andra undergrupper av flyktingar.

Resultaten från det tredje forskningsspåret är baserade på analyser av 2 017 flyktingar, 2 544 migranter utan flyktingstatus från samma länder och 38 123 svenskfödda personer i åldern 20–64 år som lagts in på sjukhus för självmordsförsök under 2004–2012 och som varit bosatta i landet året före försöket. Risken för nya självmordsförsök och självmord var lägre hos flyktingar än hos svenskfödda och ungefär lika stor som hos migranter utan flyktingstatus. De flesta diagnoser av psykisk sjukdom var mindre vanligt förekommande hos flyktingar och migranter utan flyktingstatus jämfört med svenskfödda personer. Men givet att man fått en diagnos ledde detta till ökad risk för nya försök och dödsfall till följd av självmord i samma utsträckning hos flyktingar och migranter utan flyktingstatus som hos svenskfödda. Det fanns skillnader i förekomsten av olika markörer för marginalisering på arbetsmarknaden men deras effekt på självmordsförsök/självmord var likartad hos såväl flyktingar och andra migranter som svenskfödda.

Slutsats och rekommendationer för kommande arbete

Våra studier visar att flyktingar verkar ha en lägre risk för både självmordsförsök och självmord jämfört med svenskfödda personer. Mer forskning behövs för att ta reda på vilka de underliggande risk- och skyddsfaktorerna är. Flyktingar som led av psykiska sjukdomar var dessutom mindre benägna att läggas in på sjukhus för självmordsförsök eller att dö i självmord jämfört med svenskfödda. Här behövs större kunskap framför allt om skyddsfaktorer för självmordsförsök och självmord hos flyktingar med psykisk sjukdom. Långvarig sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning verkar vara riskfaktorer för självmord och självmordsförsök hos både flyktingar och personer födda i Sverige även om de som behandlas för psykisk sjukdom har markant högre risk för både själv-

mordsförsök och självmord. Detta gäller oavsett typ av psykisk sjukdom. Det är därför mycket viktigt med information om sjukskrivning och sjuk- och aktivitetssättning vid en klinisk bedömning av självmordsrisk, särskilt för svenskfödda personer med psykisk sjukdom.

Såväl före som efter ett självmordsförsök nyttjade flyktingar i allmänhet specialiserad vård i mindre utsträckning än svenskfödda personer som vårdats för självmordsförsök. Uppföljningsvården för flyktingar som har vårdats för självmordsförsök bör alltså förbättra tillgängligheten och på annat sätt verka för en bättre upptagning. Såväl flyktingar som andra migranter uppvisade betydligt lägre risk för nya självmordsförsök och självmord än svenskfödda personer och här fanns inga skillnader mellan migrantgrupperna. Sjukskrivning och sjuk- och aktivitetssättning var förknippade med en sämre prognos hos migranter med självmordsförsök, vilket indikerar att det behövs skraddarsydd program för integrering på arbetsmarknaden för både flyktingar och migranter utan flyktingstatus som har gjort självmordsförsök.

Det finns flera faktorer som kan tänkas förklara den lägre graden av självmordsförsök och självmord hos flyktingar jämfört med svenskfödda personer. Kulturell påverkan eller stigman gentemot självmordsförsök och självmord skulle kunna förklara en del av skillnaden i förekomst. Däremot synes vård- och behandlingsbehoven inte tillgodoses i samma utsträckning för flyktingar som för svenskfödda personer. Flera hinder för tillgången till vård, såväl hos mottagaren som hos vårdgivaren, kan också förklara den lägre vårdanvändningen hos flyktingar. En hypotes är att bristande språkkunskaper och sämre kännedom om vårdsystemet inverkar negativt på flyktingarnas hjälpsökande. En annan hypotes är att vårdpersonal kan feltolka de hälsoproblem som flyktingarna beskriver på grund av

språkproblem och kulturellt avstånd, vilket kan leda till mindre vård och färre specialistremitteringar.

Utöver dessa hinder kan den så kallade ”healthy migrant” effekten också vara en förklaring till att flyktingar använder mindre vård. Flyktingar i Sverige kan vara en selekterad grupp som tack vare sin bättre hälsa har kunnat ta sig igenom den fysiskt och psykiskt krävande migrationsprocessen. Våra resultat tyder också på att flyktingar med psykisk sjukdom har lägre risk för suicidalt beteende än svenskfödda med samma sjukdom. En skyddsfaktor kan vara att flyktingar har en mindre benägenhet att agera på självmordstankar till följd av det stora stigmat som är förknippat med suicidalt beteende i många länder som flyktingar kommer ifrån.

Referenser

1. Bursztein Lipsicas C, Makinen IH, Apter A, et al. Attempted suicide among immigrants in European countries: an international perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47(2):241-51. doi: 10.1007/s00127-010-0336-6
2. Vijayakumar L. Suicide Among Refugees--A Mockery of Humanity. *Crisis* 2016;37(1):1-4. doi: 10.1027/0227-5910/a000385
3. Norredam M, Olsbjerg M, Petersen JH, et al. Are there differences in injury mortality among refugees and immigrants compared with native-born? *Inj Prev* 2013;19(2):100-5. doi: 10.1136/injuryprev-2012-040336
4. Helgesson M, Tinghog P, Niederkrotenthaler T, et al. Labour-market marginalisation after mental disorders among young natives and immigrants living in Sweden. *BMC Public Health* 2017;17(1):593. doi: 10.1186/s12889-017-4504-4

5. Helgesson M, Wang M, Niederkrotenthaler T, et al. Labour market marginalisation among refugees from different countries of birth: a prospective cohort study on refugees to Sweden. *J Epidemiol Community Health* 2019 doi: 10.1136/jech-2018-211177

6. Bhugra D, Gupta S, Schouler-Ocak M, et al. EPA guidance mental health care of migrants. *Eur Psychiatry* 2014;29(2):107-15. doi: 10.1016/j.eurpsy.2014.01.003

7. Graetz V, Rechel B, Groot W, et al. Utilization of health care services by migrants in Europe-a systematic literature review. *Br Med Bull* 2017;121(1):5-18. doi: 10.1093/bmb/ldw057

8. Kohlenberger J, Buber-Ennsner I, Rengs B, et al. Barriers to health care access and service utilization of refugees in Austria: Evidence from a cross-sectional survey. *Health Policy* 2019 doi: 10.1016/j.healthpol.2019.01.014

Denna policy brief har tagits fram som ett samarbete mellan Delmi och Vetenskapsrådet i syfte att synliggöra forskning som beviljats medel från Vetenskapsrådet. Vetenskapsrådet driver på uppdrag av regeringen ett 10-årigt nationellt forskningsprogram inom migration och integration. Syftet med programmet är att stärka forskningen inom området och främja tillgängliggörande och spridning av forskning, för att därmed skapa goda förutsättningar för forskningens medverkan till att möta samhällsutmaningar avseende migration och integration. För mer information, se <https://www.vr.se/nfpmigint>



Emma Björkenstam, Ridwanul Amin, Ellenor Mittendorfer-Rutz
Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap, avdelningen för försäkringsmedicin
Suicidalt beteende och vård
– skillnader mellan flyktingar, andra migranter och personer födda i Sverige
Delmi Policy Brief 2019:9

