

Kartläggning av självskadebeteende, suicidförsök, suicid och annan dödlighet bland ensamkommande barn och unga

Ana Hagström
Anna-Clara Hollander
Ellenor Mittendorfer-Rutz

**Avdelningen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap**

Institutionen för folkhälsovetenskap



**Karolinska
Institutet**

Rapport, 31 Januari 2018

Rapporten kan laddas ner från Avdelningen för försäkringsmedicins hemsida, den finns på <https://ki.se/cns/rapporter>.

ISBN 978-91-7676-052-9

Förord

I denna rapport presenteras resultat från en kartläggning om självskadebeteende, suicidförsök, suicid och annan dödlighet bland ensamkommande asylsökande barn och unga i Sverige åren 2015 till och med 2017. Arbetet genomfördes på uppdrag av Socialstyrelsen mellan oktober 2017 och januari 2018. Rapporten innehåller den första vetenskapliga undersökningen om omfattningen av suicidalt beteende bland ensamkommande asylsökande barn och unga i hela landet under en treårsperiod. Vår förhoppning är att resultaten i denna rapport ska kunna bidra till att utveckla en metod för effektivare statistiksammanställning och riktade preventionsstrategier vad gäller denna grupp.

I projektgruppen har följande personer (i bokstavsordning) ingått:

Ana Hagström, leg. sjuksköterska, master i global hälsa, Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet (KI)

Anna-Clara Hollander, leg. psykolog, med dr, post-doc, forskargruppen *Epidemiology of Mental Health* (EPIOMH), Institutionen för folkhälsovetenskap, KI

Ellenor Mittendorfer-Rutz, docent, med dr, forskargrupsledare för *Mental Health and Social Integration* (MENTE), Avdelningen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, KI

Projektet har genomförts både vid Institutionen för klinisk neurovetenskap, avdelningen för försäkringsmedicin, KI, och vid Institutionen för folkhälsovetenskap, KI.

Från Socialstyrelsens sida har Petra Rinman, enhetschef för kunskapscentret för ensamkommande barn, varit uppdragsgivare. Petra Rinman och Elisabet Svedberg har varit involverade i att utarbeta frågeställningar samt i upplägget av studien. De har även gett kommentarer till rapporten, både under arbetets gång och i samband med slutrapporten.

En referensgrupp med representanter från centrala aktörer inom kunskapsområdet ”Ensamkommande barn” har dessutom varit knuten till projektet. Följande personer har ingått: Åsa Heimer (Socialstyrelsen), Björn Ramel (barn-och ungdomspsykiatri, BUP, i Malmö), Karima Assel (Transkulturellt Centrum), Marit Grönberg (Sveriges kommuner och landsting, SKL), Helena Orrevad (SKL), Ove Ledin (SKL), Magnus Kihlbom (Specialistläkare barn och ungdomspsykiatri), Birgitta Göransson (samordnare vid Krismottagningen Skyddsvärnet, Göteborg), Linda Jonsson (Barnafrid), Elisabeth Åhsberg (Socialstyrelsen), Karin Dahlgren (Socialstyrelsen), Barbro Thurfjell (Socialstyrelsen), Johanna Ahnquist (Folkhälsomyndigheten) och Marjan Vaez (Folkhälsomyndigheten).

Vi tackar referensgruppen och framförallt Petra Rinman och Elisabet Svedberg för värdefulla synpunkter under arbetet med studien. Vidare riktar vi ett tack till de många engagerade personer som på olika sätt bidragit till att möjliggöra denna rapport. Det gäller särskild de statistiker och informationsansvariga vid Migrationsverket, Rättsmedicinalverket, stadsdelsnämnderna i Stockholm och Socialstyrelsen (framförallt Dödsorsaksregistret) som har bidragit med mycket information. Ett särskild tack går till Elin Hinas vid Rättsmedicinalverket, Anna Bergström och Phillip Engman vid Migrationsverket, Elisabeth Rundqvist vid organisationen ”#vistårinteut”, Erika Öström och Ulrika Holfeldt vid

Inspektionen för vård och omsorg, samt Jesper Hörnblad vid Socialstyrelsens Dödsorsaksregister för omfattande hjälp med statistiska uppgifter. Vi tackar även Karima Assel, Transkulturellt Centrum, och Olle Lindblad, vid BUP Stockholm för uppgifter från BUP Stockholm samt Henrik Dal och Christina Dalman (forskargrupsledare för forskargruppen EPIOMH och ansvarig för projektet *Psykatri Sverige*), båda vid Institutionen för folkhälsovetenskap på Karolinska Institutet.

Ana Hagström, KI

Anna-Clara Hollander, KI

Ellenor Mittendorfer-Rutz, KI

Innehållsförteckning

Förord	2
Sammanfattning	6
Förkortningar och begrepp	8
Kort sammanfattning av asylprocessen för ensamkommande barn och unga.....	10
Inledning.....	11
Bakgrund	12
Ensamkommande barn och unga i Sverige	12
Ansvarsfördelning för ensamkommande asylsökande barn i Sverige.....	12
Psykisk ohälsa hos ensamkommande.....	13
Definition för suicid, suicidförsök och självskadebeteende	14
Suicid i Sverige och världen.....	15
Riskfaktorer för suicid.....	15
Suicidförsök och självskada	15
Kulturella aspekter och suicidalt beteende bland migranter och flyktingar.....	16
Suicidalit beteende bland ensamkommande.....	16
Svårigheter med att studera personer utan personnummer	17
Syfte och frågeställningar.....	19
Syftet med projektet	19
Frågeställningar	19
Metod	20
Övergripande metod	20
Samtliga kontaktade aktörer	20
Aktörer som bidragit med information.....	21
Sjukvård	23
Kommuner och regioner/landsting.....	23
Frivilligorganisationer och civilsamhället.....	24
Statistisk bearbetning	24
Etik och sekretess	27
Resultat.....	28
Kontakter och insamlad information.....	28
Frågeställning 1	28
Frågeställning 2	28
Suicid i Sverige	28
Suicidförsök i Sverige	29

Annan dödlighet i Sverige.....	29
Självskada, suicidförsök och suicid i Stockholm.....	29
Ytterligare information från IVO	30
Frågeställning 3	31
Frågeställning 4	31
Frågeställning 5	32
Pre-migrationsfaktorer	32
Migrationsfaktorer inklusive asylprocess och uppehållstillstånd.....	33
Post-migrationsfaktorer	33
Stadsdelsnämnderna i Stockholm.....	33
Metoder för suicid	34
Frågeställning 6	34
Förslag på åtgärder	34
Diskussion	36
Suicid.....	36
Suicidförsök	37
Metoder för suicid	38
Annan dödlighet	38
Faktorer under asylprocessen	38
Kulturella aspekter och suicidalt beteende.....	39
Kön	39
Hälso- och sjukvården	40
Framtida kartläggningar	40
I det större perspektivet - Den suicidala processen	40
Suicidprevention.....	41
Styrkor och begränsningar	43
Slutsatser	44
Referenser.....	45

Sammanfattning

Under sommaren och hösten 2015 ökade antalet asylansökningar från ensamkommande barn och unga upp till 21 år kraftigt i Sverige och enligt Migrationsverkets statistik kom totalt 35 369 ensamkommande barn till Sverige det året. Allt sedan den s.k. begränsningslagen¹ trädde i kraft under juni 2016 och tiden för asylansökningar förlängdes har frivilligorganisationer som bland annat #vistårinteut och BRIS påtalat att det bland ensamkommande asylsökande barn och unga funnits personer med tankar och planer på att suicidera. I oktober 2017 gav Socialstyrelsen i uppdrag åt forskare på KI att kartlägga förekomst av självska debeteende, suicidförsök och suicid bland ensamkommande asylsökande barn och unga under åren 2015 – 2017. Projektet godkändes av en forskningsetisk nämnd och genomfördes under en period av fyra månader med början oktober 2017 till och med januari 2018.

Asylsökande har per definition inte uppehållstillstånd och därmed saknar personerna i denna grupp personnummer. Detta innebär att dessa personer inte kan identifieras i den hälsorelaterade befolkningsstatistiken och att det därmed saknas sammanfattande rikstäckande statistik om förekomsten av självska debeteende, suicidförsök, suicid och annan dödlighet bland ensamkommande asylsökande barn och unga i Sverige². För att studera förekomsten av dessa problem hos målgruppen har vi istället behövt använda datainsamlingsmetoder som inte baseras på personnummer: en sådan metod bygger på att data samlas in med hjälp av olika aktörer som har kontakt med asylsökande barn och unga och att dessa uppgifter sedan sorteras och organiseras för att säkerställa kvalitet och tillförlitlighet. I föreliggande rapport har de primära informationskällorna med avseende på självska debeteende, suicidförsök, suicid och annan dödlighet varit Migrationsverket, Rättsmedicinalverket (RMV), Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i Stockholm, Stadsdelsnämndernas socialtjänster i Stockholm och frivilligorganisationer som träffar barn i sin verksamhet.

Det är av uppenbara skäl svårt att uppskatta hur stor hela populationen av ensamkommande asylsökande barn och unga är. Antalet individer är rörligt på grund av bifall, avslag och överklagan på asylansökningar och skiftar således under året. I den beräkning av populationen som gjorts i denna studie ingick både antalet nya asylansökningar under ett visst år samt antalet personer med pågående asylansökningar från året innan. Detta resulterade i 23 425 ensamkommande asylsökande barn och unga i åldrarna 10 - 21 år i Sverige 2017. Sammanlagt inträffade 12 suicid i denna grupp under 2017³. Suicidal bland ensamkommande asylsökande barn och unga (mellan 10 och 21 år gamla) i hela landet under 2017 var således 51.2 per 100 000 personer. Motsvarande tal för de jämnåriga personer som ingick i befolkningen i

¹ Lagen om tillfälliga begränsningar av möjligheten att få uppehållstillstånd i Sverige infördes som en tillfällig lag i juni 2016 och ska gälla till juli 2019 om inte annat bestäms i ett riksdagsbeslut. Den främsta förändringen gentemot tidigare lag innebär att uppehållstillstånd som ges på grund av asylskäl ska vara tidsbegränsad. De som inte erkänns som flyktingar ska inte heller kunna ta hit sin familj och även de som beviljas flyktingstatus får inskränkningar gällande familjeåterförening (SFS: 2016:752).

² Suicidförsök definieras här som en avsiktlig självdestruktiv handling där personen ifråga hade en explicit intention att dö. Självska däremot definieras som en handling där en person har förgiftat eller skadat sig själv oavsett om personen hade en avsikt att dö.

³ Suicid är en mycket allvarlig och sällsynt händelse bland barn och unga.

Sverige år 2016 var betydligt lägre: 5.2 per 100 000 personer.⁴ Bland asylsökande barn och unga som suiciderat var personer med Afghanistan som ursprungsland överrepresenterat. Hängning var den vanligaste suicidmetoden. Samtliga ensamkommande asylsökande barn och unga som suiciderade under 2017 var pojkar eller unga män. Suicid var den absolut främsta dödsorsaken bland ensamkommande asylsökande barn och unga.

Förekomsten av självskada och suicidförsök bland ensamkommande asylsökande barn och unga verkade öka mellan 2015 till 2017 i Stockholm, åtminstone vad gäller fall rapporterade från BUP och tio stadsdelsnämnder. Här kan dock inte underrapportering uteslutas. Kontakt med BUP Stockholm gällande självskada och suicidförsök var tydligt högre bland ensamkommande asylsökande barn än bland asylsökande barn som har kommit till Sverige med en vårdnadshavare. Även vad gäller suicidförsök så var den huvudsakliga gruppen pojkar eller unga män och en stor del var från Afghanistan.

Sammanfattningsvis visar denna rapport att suicidtalet bland ensamkommande asylsökande barn och unga i Sverige under 2017 var mycket högre än motsvarande tal för den jämnåriga populationen i Sverige. I dagsläget finns tydliga metodologiska utmaningar med avseende på att beräkna suicidtal bland ensamkommande asylsökande barn och unga. För närvarande finns inte heller någon samlad statistik avseende detta hos ansvariga vård- och myndighetsinstanser. För att få tillräckligt statistiskt underlag för denna grupp, krävs en bättre samordning av register hos myndigheter, framförallt mellan Rättsmedicinal-verket, Migrationsverket och Socialstyrelsen. I beaktande av de höga suicidtalerna bland ensamkommande asylsökande barn och unga under 2017 är det nödvändig att sätta in akuta preventiva åtgärder, främst sådana som syftar till att skapa skyddande miljöer och att identifiera och stötta personer som är i riskzonen.

⁴ Ingen sådan statistik var tillgänglig för år 2017 vid skrivandet av slutrapporten i januari 2018.

Förkortningar och begrepp

Ackulturation	Är ett begrepp som används för att beskriva sociala processer som sker då en individ tar till sig ett nytt samhälles normer och beteendemönster.
Asylsökande	Syftar på en utländsk medborgare som kommit till Sverige och ansökt om asyl men ännu inte fått sin ansökan slutligt prövad av Migrationsverket.
Dublinförordningen	Dublinförordningen fastställer regler för i vilket land den asylsökande ska få sin asylansökan prövad. Olika objektiva kriterier följs och fastställer i vilket land asylansökan ska prövas (bland annat om den sökande har familj i ett annat EU-land, om den sökande har uppehållstillstånd eller visering i något annat EU-land, om yttre gräns passerats i ett annat EU-land).
Ensamkommande barn	En person under 18 år som skiljts från sina föräldrar eller annan vårdnadshavare före ankomsten till Sverige.
Ensamkommande unga	Är de personer som fyllt 18 år men inte 21 år och kom till Sverige som ensamkommande barn.
Epidemiologi	Inom epidemiologi studerar man förekomst av olika företeelser, såsom sjukdomar och dödlighet. I epidemiologiska studier undersöks mönster för hur sjukdomar sprids för att kartlägga orsaker, förlopp samt risk- och skyddsfaktorer.
FN	Förenta Nationerna
FNs Barnkonvention	FN:s konvention om barnets rättigheter, eller barnkonventionen som den också kallas, innehåller bestämmelser om mänskliga rättigheter för barn. Den fastslår att alla barn är lika mycket värda, barnets bästa skall beaktas i alla beslut som rör barnet, alla barn har rätt till utveckling och alla barn har rätt att uttrycka sin mening och få den respekterad.
Flykting-och alternativt Skyddsbehövande	En konventionsflykting är en person som fått uppehållstillstånd i Sverige för att vederbörande uppfyller kraven i FN:s flyktingkonvention och därmed känner en ”välgrundad fruktan för förföljelse på grund av sin politiska eller religiösa övertygelse eller på grund av ras, kön, nationalitet, sexuell läggning eller för att den tillhör en viss folkgrupp”. Alternativt skyddsbehövande syftar till en person som kan få uppehållstillstånd för att vederbörande hotas av dödsstraff, tortyr eller annan förnedrande behandling eller, som civilperson, löper allvarlig risk att skadas på grund av väpnad konflikt, andra svåra motsättningar i hemlandet eller allvarliga övergrepp, eller som inte kan återvända hem p.g.a. miljökatastrof. Nedan kommer dock begreppet flykting användas för båda grupperna eftersom de har fått uppehållstillstånd i Sverige pga.

	deras behov av skydd.
ICD-10	Den tionde versionen av internationella klassifikationen av dödsorsaker och sjukdomar.
LVU	Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga.
Papperslösa	Begreppet papperslösa används för att beteckna människor som befinner sig i Sverige utan tillstånd. Detta kan vara en person som sökt asyl men fått avslag och stannat i landet, eller personer som bor i Sverige utan tillstånd, utan att ha sökt asyl eller andra uppehållstillstånd.
Placerade barn	Det är socialtjänsten som är ansvarig för att utreda ett ensamkommande barns behov när det kommer till Sverige och ser till att det har ett boende. Barnet kan placeras i Hem för vård eller boende (HVB), stödboende, familjehem, nätverkshem eller Statens institutionsstyrelse särskilda ungdomshem. Barn som bor i någon av dessa boendeformer brukar kallas för "placerade" barn.
Suicid	Synonym till begrepp som "att ta sitt liv" eller "begå självmord". I föreliggande rapport kommer begreppet suicid användas.
Säkra självmord	I den svenska dödsorsaksstatistiken kallas dödsfall med underliggande dödsorsak "avsiktligt självdestruktiv handling" (ICD-10 kod, X60-X84) för Säkra självmord. Dödsfall med underliggande dödsorsak "Skadehändelse med oklar avsikt" (ICD-10 kod, Y10-Y34) kallas Osäkra självmord. I det första fallet har läkaren angett självmord som dödsorsak medan man i det andra fallet angett att eventuell avsikt bakom händelsen inte kunnat avgöras.
Suicidalt beteende	Är ett begrepp som här används för att beskriva suicidförsök och suicid.
Suicidförsök	Är ett begrepp som här syftar på ett beteende där personen hade en explicit intention att dö men inte dog.
Självskadebeteende	I dagsläget finns det inte någon allmänt accepterad definition av självskada. En i Europa vanlig definition som används i föreliggande rapport är att en person har förgiftat eller skadat sig själv oavsett om personen har haft som avsikt att dö eller inte.
UNHCR	The UN Refugee Agency, på svenska Förenta Nationernas (FN) flyktingorgan.

Kort sammanfattning av asylprocessen för ensamkommande barn och unga

Asylsökande är en utländsk medborgare som tagit sig till Sverige och begärt skydd, men som ännu inte fått sin ansökan om uppehållstillstånd slutligt prövad av Migrationsverket och/eller Migrationsdomstolen. Om en asylsökandes ansökan blir godkänd och personen får uppehållstillstånd i Sverige så har Svenska utlänningslagen olika kategorier som alternativt skyddsbehövande och konventionsflykting, se Ordlistan ovan under Flykting. Nedan kommer begreppet flykting användas både för konventionsflyktingar och för alternativt skyddsbehövande eftersom båda har fått uppehållstillstånd i Sverige pga. deras behov av skydd. För en person avslag på sin slutgiltiga prövning förväntas personen att lämna landet, bli utvisad.

En viktig åtskillnad görs alltså mellan den som räknas som asylsökande (som väntar på att få ansökan prövad) och flykting som redan har fått sitt uppehållstillstånd på grund av flyktinskäl. Alla personer under 18 år räknas i Sverige som *barn* i enlighet med FN:s barnkonvention. Utlänningslagen ger barn i asylprocessen särskilda rättigheter. Där står skrivet att "I fallen som rör ett barn skall särskilt beaktas vad hänsynen till barnets hälsa och utveckling samt barnets bästa i övrigt kräver". För att klassas som *ensamkommande* måste barnet ha skilts från sina föräldrar eller annan vårdnadshavare före ankomsten till Sverige. Barn som kommit i sällskap med minst en förälder eller annan vårdnadshavare eller som har minst en förälder eller annan vårdnadshavare som redan befinner sig i Sverige, och har uppehållstillstånd i Sverige räknas inte som ensamkommande.

När det gäller ensamkommande barn anvisar Migrationsverket den sökande till en kommun, men barnet kan bo och gå i skola i en annan kommun än den kommun vederbörande ankom till. Kommunerna ansvarar för omsorg av barnet under den tid Migrationsverket prövar asylärendet. Eftersom ensamkommande barn är både minderåriga och utan vårdnadshavare skall de enligt lag tilldelas en god man som kan "ansvara för barnets personliga förhållanden och sköta dess angelägenheter". Kommunerna ansvarar också för att placera barnet i ett boende.

Inledning

Under sommaren och hösten 2015 ökade antalet asylansökningar från ensamkommande barn. Totalt kom 35 369 ensamkommande barn till Sverige enligt Migrationsverkets statistik (1). Med barn räknas personer upp till 18 år men eftersom vissa unga innefattas av socialtjänstens omsorg upp till 21 år så är även ensamkommande unga (dvs. upp till 21 år) föremål för denna studie. Den tillfälliga begränsningslag som trädde i kraft i juni 2016 (2) med bland annat inre gränskontroller mellan Sverige och Danmark bidrog till en kraftig minskning av asylsökande och år 2016 sökte 2199 ensamkommande barn under 18 år asyl i Sverige (1). Allt sedan begränsningslagen trädde i kraft har psykisk ohälsa, självskadebeteende, suicidförsök och suicid hos asylsökande i allmänhet men hos ensamkommande unga i synnerhet diskuterats flitigt i media (3). I februari 2017 slog flera organisationer larm om att det bland ensamkommande barn och unga ofta fanns tankar och planer på att suicidera (3). Mot bakgrund av detta genomförde Socialstyrelsen telefonintervjuer med 51 slumpvis utvalda kommuner under vecka 6 år 2017. Bland kommuner som Socialstyrelsen kontaktade kände de som kontaktades till tre fullbordade fall av suicid, minst 68 försök och att det fanns suicidplaner bland de ensamkommande barnen (4). I oktober 2017 gav Socialstyrelsen i uppdrag till forskare på Karolinska Institutet att kartlägga självskadebeteende, suicidförsök, suicid och annan dödlighet hos ensamkommande barn och unga.

Sverige har en mycket hög kvalitet vad gäller hälsorelaterad befolkningsstatistik, bland annat tack vare våra personnummer (5). Detta gör att undersökningar om förekomst av självskadebeteende, suicidförsök, suicid och annan dödlighet i befolkning är relativt enkelt att genomföra och resultaten tillförlitliga (5, 6). Eftersom asylsökande per definition inte har uppehållstillstånd saknar gruppen personnummer. Avsaknaden av personnummer innebär att asylsökande inte kan identifieras i den hälsorelaterade befolkningsstatistiken. Detta leder också till att asylsökande inte kan följas över tid via den befintliga befolkningsstatistiken. Frånvaron av personnummer försvårar inte bara insamlande av uppgifter om självskadebeteende, suicidförsök och suicid hos asylsökande, det blir även problematiskt att fastställa hur många asylsökande ensamkommande barn/unga som befinner sig i Sverige vid en given tidpunkt. Idag finns det därför ingen sammanställning om förekomsten av självskadebeteende, suicidförsök, suicid och annan dödlighet bland ensamkommande asylsökande barn och unga i Sverige.

Bakgrund

Ensamkommande barn och unga i Sverige

Antalet människor som är på flykt i världen idag är det högsta som någonsin registrerats och över 65 miljoner människor beräknas ha tvingats ge sig av från sina hem (7). FN:s flyktingorgan UNHCR beräknar att drygt 21 miljoner av dessa personer är internationella flyktingar medan de övriga antingen är asylsökande eller internflyktingar i det egna landet (7). Cirka hälften av världens flyktingar uppskattas vara under 18 år och en betydande del av dessa har av olika anledningar flytt utan föräldrar, vårdnadshavare eller andra släktingar (7). Den här rapporten kommer fortsättningsvis att handla om ensamkommande asylsökande barn utan föräldrar, vårdnadshavare eller andra släktingar och unga upp till 21 år som väntar på att få sina asylskäl prövade och därmed ännu inte fått uppehållstillstånd i Sverige.

Antalet ensamkommande barn som kommit till Sverige har ökat stadigt till och med slutet av 2015 (1). Det finns inga uppgifter om ensamkommande unga 18-21 år eftersom denna grupp inte registreras som en separat grupp. Migrationsverket är den myndighet som ansvarar för att registrera asylärenden och pröva och besluta om huruvida en asylsökande är berättigad asyl (1). Afghanistan är det landet varifrån det största antalet ensamkommande asylsökande barn kom till Sverige under åren 2000-2016 (1). År 2017 hade detta dock ändrats och det största antalet nu kom från Marocko följt av Somalia och Syrien (1). Mellan år 2014 och 2015 ökade antalet ensamkommande asylsökande barn från 7 049 personer till 35 369 personer - alltså 5 gånger fler (8). En övervägande majoritet (80 %) var pojkar. Att söka asyl innebär dock inte att bli beviljad asyl och därmed få uppehållstillstånd i Sverige. Under 2015 fick 88 % av de ensamkommande asylsökande barnen uppehållstillstånd i Sverige, medan övriga utvisades (1). Under 2015 var den genomsnittliga handläggningstiden för asylprocessen för ensamkommande 195 dagar, vilket innebar att de allra flesta inte fick sitt beslut under det år de anlände (1). I den oftast långa väntan på besked om uppehållstillstånd eller avslag lever ensamkommande asylsökande barn och unga i vad som kan beskrivas som en väldigt osäker och oviss tillvaro (4, 9, 10).

Ansvarsfördelning för ensamkommande asylsökande barn i Sverige

Ansvar för ensamkommande barn och unga vilar på flera aktörer så som Migrationsverket, Kommunerna, Landstingen, Länsstyrelserna och Inspektionen för vård och omsorg. Detta beskrivs nedan.

Migrationsverket ansvarar för att ta emot och pröva asylansökan, informera personen om möjligheten att göra en medicinsk åldersbedömning, eftersöka familjemedlemmar till barnet, handlägga frågor som rör ekonomiskt bistånd och anvisa en kommun som ska ansvara för omsorg och boendet under handläggningstiden för asylansökan. Migrationsverket är också den myndighet som administrerar ersättningen till kommunen för barnet och tecknar överenskommelser med kommuner om mottagandet av de barn som har fått sin ansökan slutligt prövad och beviljad för uppehållstillstånd.

Kommunerna ansvarar för att utse en God man till minderåriga, utreda barnets behov och anpassa lämpligt boende och insatser utefter behov, ansvara för skolplats och undervisning samt ge fortsatta insatser under barnets uppväxt.

Landstingen ansvarar för att barnen får nödvändig sjukvård (inklusive psykiatrisk vård) och tandvård precis som övriga barn i Sverige.

Länsstyrelserna ansvarar för övergripande samordning och tillsyn av kommunernas beredskap för att ta emot skyddsbehövande, vilket inkluderar ensamkommande barn. De ska även utöva tillsyn över överförmyndarens arbete.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ansvarar för tillsynen över hälso- och sjukvården och den kommunala socialtjänstens insatser för barn och unga.

Socialstyrelsen ansvarar för föreskrifter, riktlinjer och allmänna råd till hälso- och sjukvården och till den kommunala socialtjänstens omsorg av ensamkommande barn och unga.

Psykisk ohälsa hos ensamkommande

Nedan är en beskrivning av psykisk ohälsa hos ensamkommande barn och unga upp till 21 år. Majoriteten av de studier som fokuserat på ensamkommande barn och unga har undersökt ensamkommande som har fått uppehållstillstånd. Ensamkommande barn och unga med uppehållstillstånd skiljer sig från de som fortfarande är kvar i asylprocessen och också från de som har fått avslag. Trots detta är de studier som genomförts med fokus på ensamkommande som fått uppehållstillstånd relevanta eftersom de personer som ingått i dessa studier har varit ensamkommande asylsökande innan de fick uppehållstillstånd. De kan därmed ge indikationer om risker som är förknippade med att ha varit ensamkommande barn eller unga i asylprocessen. Till exempel kan båda grupperna ha liknande problem med psykisk ohälsa exempelvis orsakade av migrationsfaktorer.

Psykisk ohälsa hos ensamkommande påverkas av flera faktorer som brukar delas in i pre-migrationsfaktorer, migrationsfaktorer och post-migrationsfaktorer. Pre-migrationsfaktorer är faktorer som fanns i hemlandet t.ex. den socioekonomiska situationen i hemlandet och eventuella tidigare flyktingserfarenheter. Migrationsfaktorer är faktorer förknippade med själva migrationen inklusive asylprocessen. Post-migrationsfaktorer är faktorer i det nya landet som specifikt gäller utrikesfödda såsom språkkunskaper, tid i det nya landet och ackulturation (11). Det är också viktigt att hålla i minnet att även ensamkommande asylsökande barn och unga påverkas av omgivningsfaktorer som alla andra i ett land. Dessa generella faktorer brukar kallas hälsans bestämningsfaktorer.

Ensamkommande barn och unga utgör å ena sidan en mycket utsatt grupp, å andra sidan har dessa personer lyckats fly till Sverige och därmed överkommit de hinder som uppkommit på vägen, vilket gör dem till en grupp som kan hantera svåra motgångar (12). Studier av psykisk ohälsa hos ensamkommande visar en heterogen bild med både en hög risk för psykisk ohälsa men tillsynes paradoxalt även en hög funktionsnivå och en positiv syn på framtiden i värdlandet (12). Dock utgör traumatiska upplevelser både före, under och efter flykten, inklusive att som barn eller ungdom, göra resan utan en förälder eller annan närstående vuxen, riskfaktorer för psykisk ohälsa (13). Flera europeiska studier har visat att psykisk ohälsa i

form av ångest, depression och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är vanligare hos ensamkommande barn jämfört med både barn som kommit åtföljda av vårdnadshavare och de barn i landet till vilket de flytt (13-16). Att ha upplevt traumatiska händelser innan immigrationen t.ex. krig, se en närstående person dö, att ha separerats från en eller båda sina föräldrar eller att ha blivit utsatt för olika typer av våld är viktiga riskfaktorer i utvecklandet av psykisk ohälsa (13-16). Separation från föräldrarna är också en riskfaktor i sin egen rätt vilket ligger i linje med övrig psykologisk forskning om anknytning (17).

En norsk-belgisk studie där forskare intervjuade ensamkommande pojkar (n=204 i Norge och n=103 i Belgien) visade att majoriteten hade upplevt traumatiska händelser (81 %) (16). Post-migrationsfaktorer som har visat sig påverka den psykiska hälsan innefattar dagliga stressorer såsom diskriminering, att sakna sin familj, problem med utbildningssystemet, att behöva flytta eller att vara hemlös (18). I en norsk enkätstudie undersöktes sambandet mellan socialt stöd från familj och vänner kring upplevelser av ackulturation och diskriminering, och psykisk hälsa bland asylsökande ensamkommande barn (n=895) (19). Resultaten visade att ensamkommande barn som hade kontakt med sina familjer uppgav högre grad av socialt stöd vilket också kunde kopplas till lägre nivåer av depression. Longitudinell forskning av psykisk ohälsa bland ensamkommande barn har visat på att den psykiska ohälsan är bestående över tid (18). I en belgisk enkätstudie (n=103) undersöktes de ensamkommande vid tre tillfällen, strax efter ankomsten till Belgien, efter sex månader och efter arton månader (18). Studien visade att ensamkommande barns psykiska hälsa inte förbättrades under de 18 månader som barnen följdes i studien. I en norsk studie med liknande design rapporterades att även stressfyllda livshändelser och självmordstankar ökade över tid (15, 18). Barnen mådde alltså i vissa avseenden sämre efter en tid i Norge. Forskarna i denna studie hänvisade resultaten till de stressorer som kommer av migrationsprocessen men även post-migrationsfaktorer så som svårigheter att ta till sig en ny kultur utan stöd av en förälder.

Alla barn, både asylsökande och barn med uppehållstillstånd, har rätt till samma hälso-och sjukvård som barn som växt upp i Sverige (20). En studie visar att av barn och unga som var 13-19 år gamla då de fick uppehållstillstånd i Sverige vårdades de ensamkommande barn och unga inom den psykiatriska slutenvården i högre utsträckning än barn som kommit åtföljda av vårdnadshavare (21). Resultaten visade även att användandet av öppenvården ökade ju längre gruppen varit i Sverige.

Definition för suicid, suicidförsök och självskadebeteende

Svenska språket har flera begrepp som betyder samma saker: att ta sitt liv, begå självmord och att suicidera. Det finns omfattande diskussioner om vad som är den bästa terminologin men inom forskning och preventionsarbete brukar termen suicid vara den vanligaste termen, delvis för att den anses mindre värderande, då både att ta sitt liv och begå självmord är begrepp som är sprungna ur traditionen att se suicid som en syndig handling i paritet med mord på en annan människa. I föreliggande rapport kommer därför begreppet suicid användas.

I den svenska dödsorsaksstatistiken kallas dödsfall med underliggande dödsorsak "Avsiktligt självdestruktiv handling" (kodat enligt den tionde internationella klassifikationen av dödsorsaker och sjukdomar (ICD-10) som X60-X84) ofta för "Säkra självmord". Dödsfall

med underliggande dödsorsak ”Skadehändelse med oklar avsikt” (ICD-10, Y10-Y34) kallas ofta ”Osäkra självmord”. I det första fallet har läkaren angett suicid som dödsorsak medan man i det andra fallet angett att eventuell avsikt bakom händelsen inte kunnat avgöras. Trots att det finns en viss risk att osäkra dödsfall inte var på grund av suicid, kombinerar man oftast säkra och osäkra fall för att minska underrapportering av suicid, vilket är ett omfattande problem (22).

Suicid i Sverige och världen

År 2015 suiciderade 788 000 människor enligt Världshälsoorganisationens (WHO) internationella statistik vilket innebär 10.7 per 100 000 invånare i världen (21). I Sverige låg samma siffra på 12.7 (23). Sydostasien har högst suicidtal (13.3 per 100 000 invånare) medan Mellanöstern, ligger lägst (4.3 per 100 000 invånare) (23). Suicid är den näst vanligaste dödsorsaken bland unga i åldern 15–29 år i världen även om de hösta suicidtalerna i de flesta höginkomstländer återfinns bland personer över 70 år (23). I många länder dör mer än dubbelt så många män som kvinnor i suicid men i vissa är skillnaden mellan män och kvinnor mycket mindre. Enbart 60 länder, inklusive Sverige, bedöms ha suicidstatistik av god kvalitet enligt WHO (23).

Riskfaktorer för suicid

Riskfaktorer för suicid kan delas in i individuella och strukturella. De starkaste individuella riskfaktorer för suicid är tidigare psykisk sjukdom och suicidförsök (se nedan), särskilt om personen gjort flera försök och då använt en våldsam metod (24). Diagnoser som innebär ökad risk för suicidförsök och suicid är: depression, bipolär sjukdom, schizofreni och andra psykoser, personlighetssyndrom och missbruk (24, 25). Risken ökar även vid samsjuklighet mellan flera sjukdomar. Psykosociala faktorer kan också utgöra en förhöjd risk: till exempel familjeproblem eller andra relationsproblem (26, 27). Vidare är arbetslöshet en riskfaktor för vuxna medan att misslyckas i skolan en riskfaktor för yngre (25, 26, 28). En stabil skolgång kan ge rutiner i vardagen, förbättra språkinläring, meningsfulla aktiviteter och känslan att vara en ”vanlig” ungdom för ensamkommande barn, något som verkar som skyddande faktorer för psykisk ohälsa (12). Generellt är det dock viktigt att komma ihåg att det aldrig finns bara en enda orsak bakom suicid utan att det alltid är en kombination av faktorer (24).

Suicidförsök och självskada

I denna rapport definieras suicidförsök som en avsiktlig självdestruktiv handling där personen i fråga hade en explicit intention att dö. Suicidförsök kan leda till allvarliga konsekvenser beträffande den framtida hälso- och sociala situationen (29, 30). Studier visar även att en betydande andel av personer som gjort suicidförsök senare avlider till följd av suicid (29, 30).

I dagsläge finns det inte någon universell definition av självskada (31). Detta har lett till att olika definitioner och mått för självskada har använts i olika studier, vilket försvårar jämförbarheten. Den definition av självskada som dock oftast används i Europa (och som vi använder i denna rapport) är att en person har förgiftat eller skadat sig själv oavsett om personen hade en avsikt att dö (28). De vanligaste metoderna är förgiftning och att skära sig (32). Avsikten bakom självskaðebeteendet är dock sällan entydig eller enkelt att ta reda på

eftersom den ändras över tid. Att skilja mellan suicidalt och icke-suicidal självskadebeteende är svårt i ett kliniskt sammanhang, och definitivt en utmaning för många av informanterna i denna rapport. Tolkningen av informationen om självskadebeteende bland ensamkommande asylsökande måste därför göras mot denna bakgrund.

I svensk statistik brukar uppgifter om självskada hämtas från Socialstyrelsens patientregister där patienter som erhållit slutenvård eller specialiserad öppenvård i samband med självskadan finns registrerade. Studier visar att mindre än en fjärdedel av alla personer med självskada återfinns i register över slutenvård (33). Detta innebär att uppgifterna är begränsade till de individer som vårdats i specialiserad vård i samband med självskadan och generaliseringar till självskadan bör göras med försiktighet.

Kulturella aspekter och suicidalt beteende bland migranter och flyktingar

Social utsatthet är en riskfaktor för suicid (34-36) och därför skulle man kunna tro att utrikesfödda hade en överrisk vad gäller suicid, men så är inte fallet, i alla fall inte generellt i Europa (37). Både i Danmark och i Sverige har utrikesfödda tvärt om en lägre risk än personer födda i landet (38, 39). Å andra sidan visar studier att utrikesfödda i Europa generellt gör fler suicidförsök än infödda (40). En hypotes till att utrikesfödda har lägre risk för suicid i Sverige, trots större social utsatthet, är kulturella skillnader i attityder till suicid, eftersom det finns tydliga skillnader i suicidrisk i olika länder (se Suicid i Sverige och världen, ovan). Det verkar som att utrikesfödda "tar med sig" sin risk från ursprungslandet till Sverige (dvs. personer som kommer från länder med låga suicidala har lägre risker än svenskfödda och vice versa), i alla fall de första åren (37). Denna forskning har dock fokuserat på personer med uppehållstillstånd. Det finns endast begränsad forskning vad gäller suicid hos asylsökande.

Suicidal beteende bland ensamkommande

En vanlig föreställning är att ensamkommande barn och unga har en särskilt stor suicidrisk på grund av förlusten av föräldrars stöd samt språkbarriärer som hinder i nya relationer med andra personer som skulle kunna stödja dem i deras psykosociala mognadsprocess. Ytterligare en riskfaktor är att de oftast är unga män, vilka enligt upprepade studier har en hög risk för suicid (41). Det finns emellertid få studier som fokuserar på suicidalt beteende bland ensamkommande. I en studie gjord inom den psykiatriska slutenvården på en mottagning i Malmö 2015 (n=261) uppvisade ensamkommande barn självskadande och suicidalt beteenden i högre utsträckning än övriga patienter (42).

I Sverige uppmärksammades psykisk ohälsa och suicidalitet hos ensamkommande unga först av civilsamhället och frivilliga aktörer som arbetar med ensamkommande barn och unga. Frivilligorganisationerna #Vistårinteut och BRIS har båda rapporterat att den psykiska hälsan är försämrad bland ensamkommande ungdomar som kom 2015 jämfört med motsvarande grupp som kom åren innan 2015 (43). Ökningen av antalet asylsökande har också resulterat i kraftigt förlängda handläggningstider på uppemot 15 månader vilket skulle kunna vara en bidragande faktor till försämrad psykisk hälsa och därmed ökad suicidrisk inom gruppen.

Frivilligorganisationernas engagemang ledde till att psykisk ohälsa och suicidalitet hos ensamkommande barn och unga uppmärksammades av Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har

sedan 2016 och fram till våren 2017 gjort ca 300 telefonintervjuer med Individ- och familjeomsorgschefer (IFO-chefer) i syfte att analysera situationen i socialtjänsten med anledning av det ökande mottagandet av ensamkommande barn under framför allt 2015, och presenterat resultaten i tre delrapporter. I den sista delrapporten beskrivs resultatet av en telefonintervju med 51 IFO-chefer och där frågorna handlade om suicidförsök och suicid (4). Rapporten visar sammanfattningsvis att fler än hälften av de personer som arbetar med ensamkommande barn och unga inom de socialtjänster som kontaktades kände till självmordsplaner bland de ensamkommande barnen. De hade noterat 3 fullbordade självmord och minst 68 suicidförsök under 2016 och 2017. Den tydligaste riskgruppen var pojkar vars ursprungsland var Afghanistan placerade på HVB, men även flickor hade gjort suicidförsök. Många ensamkommande barn och unga hade ett självdestruktivt beteende som manifesterades genom förgiftning med t.ex. läkemedel, hot om att hoppa från fönster eller att skära sig i armarna. I rapporten beskrevs att det fanns flera anledningar till att barnen mår dåligt men slutsatsen var att den psykiska ohälsan var kopplad till asylprocessen. Socialstyrelsen noterade också att det var svårt för asylsökande barn med psykisk ohälsa att få kontakt med barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och svårt för barn utan uppehållstillstånd att få behandling (4). I många kommuner är Socialtjänsten ansträngd vilket påverkar möjligheten till uppföljning av placeringar, något som är en viktig komponent för barnens psykiska hälsa enligt Socialstyrelsen (4). Mer kunskap om risker för självskadebeteende, suicidförsök och suicid bland asylsökande ensamkommande barn och unga skulle kunna förbättra preventiva åtgärder och öka socialtjänsten och vårdens beredskap.

Svårigheter med att studera personer utan personnummer

Epidemiologi är studier av sjukdomars utbredning i befolkningen. Epidemiologiska undersökningar studerar mönster för hur sjukdomar sprids för att kartlägga orsaker, förlopp samt risk- och skyddsfaktorer (44). Epidemiologisk forskning förutsätter tillgång till ett stort statistiskt underlag av hög kvalitet för att kunna göra rättvisande kartläggningar av hälsan i en specifik befolkningsgrupp (44). I Sverige finns en lång tradition av att samla in uppgifter om befolkningens hälsa och olika socioekonomiska indikatorer vilket skapar goda förutsättningar för epidemiologisk forskning. Register med uppgifter om befolkningen förvaltas av bland andra Statistiska centralbyrån (SCB) och Socialstyrelsen, och förvaras och registreras i enlighet med tydliga regler och lagar för att säkerställa skydd av personuppgifterna (5). Det svenska systemet med individuella personnummer gör det möjligt att, helt anonymiserat, länka samman ett flertal olika befolkningsregister och på så vis kartlägga befolkningen epidemiologiskt (5). Dessa sammanlänkade och anonymiserade register kan bland annat användas för att kartlägga befolkningens hälsa och vårdkonsumtion, alltså i vilken utsträckning de uppsökt vården och vilken typ av vård de fått.

Det finns en grupp som är bosatta i Sverige men som inte ingår i svenska befolkningsregister och det är personer utan personnummer t.ex. asylsökande. Denna grupp identifieras istället med tre olika typer av nummer: Migrationsverkets LMA-nummer, vårdens reservnummer och Skatteverkets samordningsnummer. Dessa tre nummer kan varken länkas till varandra eller till personnummer i de fall en asylsökande får asyl. Detta omöjliggör forskning med hjälp av de i övrigt standardiserade metoderna i Sverige för att studera självskada, suicidförsök, suicid

och annan dödlighet. För att studera detta bland asylsökande krävs det med andra ord andra metoder som inte utgår från personnummer, alltså en metod som bygger på att samla in data med hjälp av olika aktörer och att dessa data sedan sorteras och organiseras för att säkerställa kvalitet och tillförlitlighet. Idag finns det ingen heltäckande sammanställning om förekomsten av självskadebeteende, suicidförsök, suicid och annan dödlighet bland ensamkommande asylsökande barn och unga i Sverige. Detta projekt kommer därmed att fylla en viktig lucka vad gäller kunskap inte bara om självskada, suicidförsök, suicid och annan dödlighet utan även att utveckla denna metod för epidemiologisk datainhämtning.

Syfte och frågeställningar

Syftet med projektet

- undersöka förekomsten av självskadebeteende, suicidförsök, suicid och annan dödlighet bland ensamkommande asylsökande barn och unga i Sverige och
- använda undersökningsresultat för att utveckla en modell för att systematiskt följa utvecklingen av självskadebeteende, suicidförsök och suicid samt dödligheten hos ensamkommande asylsökande barn och unga i Sverige.

Frågeställningar

1. Hur många ensamkommande asylsökande barn och unga fanns under 2015, 2016 och 2017 i Sverige?
2. Hur många personer bland ensamkommande asylsökande barn och unga har under 2015, 2016 och 2017 skadat sig själva, gjort ett (eller fler) suicidförsök och/eller har dött på grund av suicid eller en annan dödsorsak i Sverige?
3. Vad är suicidtal och dödlighetstal för ensamkommande asylsökande barn och unga (detta bygger på resultaten i frågeställning 1 och 2)
4. Är suicidtal och dödlighetstal (från frågeställning 3) högre eller lägre än talen för motsvarande personer (dvs. asylsökande från samma land av samma kön och ålder) som kommit tillsammans med anhöriga? Hur förhåller sig dessa tal till populationen i Sverige i sin helhet i samma åldersgrupp och till ensamkommande barn som har fått uppehållstillstånd?
5. Finns det speciella faktorer som påverkar suicid och suicidförsök hos ensamkommande asylsökande?
6. Hur kan informationsinhämtning på bästa sätt beskrivas för att i framtiden betydligt underlätta kartläggningen av självskadebeteende, suicidförsök, suicid och annan dödlighet bland ensamkommande barn och unga?

Metod

Övergripande metod

Eftersom asylsökande saknar personnummer går det inte att länka uppgifter i Socialstyrelsens register om dödsfall och vårdkonsumtion, som bygger på personnummer, till specifika individer. Detta är möjligt och brukligt för personer med uppehållstillstånd i Sverige. Därför är det inte möjligt att använda dessa standardiserade metoder för att undersöka antalet självska debeteende, suicidförsök, suicid och annan dödlighet bland ensamkommande asylsökande barn och unga. Projektet har därför använt en metod som bygger på att, genom telefonsamtal, möten, e-post, brev, konferenser, sociala medier, och genom att söka upp berörda parter, söka svar på antalet fall av självskada/suicidförsök/suicid och andra dödsfall bland ensamkommande asylsökande barn och unga. Fallen är dokumenterade hos myndigheter, kommuner, landsting, vårdinstanser och frivilligorganisationer (här kallade aktörer, se Samtliga kontaktade aktörer nedan) men finns inte sammanlagda eller systematiserade hos någon av dessa. Vidare har sekretesskyddad information från dessa aktörer bearbetats. Av de aktörer vi kontaktat är det enbart vissa som kunnat erbjuda relevant information gällande studiens frågeställningar. Dessa aktörer beskrivs nedan under rubriken ”Aktörer som bidragit med information”, se nedan.

Samtliga kontaktade aktörer

Myndigheter

- Migrationsverket (MV)
- Rättsmedicinalverket (RMV)
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- Socialstyrelsens dödsorsaksregister
- Statens Institutionsstyrelse (SiS)
- Giftinformationscentralen (med huvudman Läkemedelsverket)
- Polismyndigheten, pressavdelningen och NOA/Utvecklingscentrum Öst (enheten med ansvar för suicidprevention inom polismyndigheten)

Kommuner

- Sveriges kommuner och landsting (SKL)
- Stadsdelsförvaltningarna i Stockholms stad kommun

Frivilligorganisationer

- Röda Korsets Vårdförmedling
- Röda Korsets center för tortyrskadade
- Läkare i Världen
- #Vistårinteut (Visu)

- Ensamkommandes Riksförbund (Kallas ibland enbart för Ensamkommandes förbund. Det är en och samma förening).

Civilsamhället

- Via den Facebook-hemsida som har skapats om projektet har privatpersoner kontaktat oss. Deras uppgifter har sedan verifierats via kontakter på #Vistårinteut. Personer inom den så kallade flyktingrörelsen har kontakt med varandra via flera kanaler och de personer som har kontaktat oss har ofta också varit i kontakt med #Vistårinteut.

Länsstyrelser

- Nationella samordnaren för ”barn som försvinner”, Stockholms länsstyrelse
- Samordnaren för ensamkommande barn för alla Länsstyrelser – En funktion som samordnar insatser för kommuner och förmedlar kunskapsstöd, Länsstyrelsen Gävleborgs län
- Regionsutvecklare på Länsstyrelsen Västra Götalands Län
- Regionala samordnare för suicidprevention – samordnar via SKL insatser mellan regioner (kommuner och landsting) för att främja suicidprevention. Intentionen är att alla 20 regioner/ landsting ska ha en samordnare.

Sjukvård

- Region Skåne, barn- och ungdomspsykiatri (BUP) Center för krigs- och tortyrskadade
- BUP Stockholm Läns Landsting (SLL)
- Asylhälsan – kontakt med alla mottagningar i Stockholm som tar emot asylsökande för hälsoundersökningar och rådgivning. De är i landstingens regi så utformningen kan skilja mellan olika landsting.

Aktörer som bidragit med information

Migrationsverket

Migrationsverket kontaktades i början av processen. Myndigheten har två parallella system där olika typer av incidenter som kunde vara intressanta för denna kartläggning fanns. Det ena är incidentrapporteringen, det andra är registret över avregistrerade fall. Migrationsverkets incidentrapportering är utformad för att rapportera arbetsmiljöproblem och syftar således inte till att registrera självskadebeteende, suicidförsök, suicid och annan dödlighet.

Incidentrapporten innehöll en del uppgifter om självskadebeteende, suicidförsök, suicid och annan dödlighet hos ensamkommande barn och unga men var alltså inte komplett. Registret över avregistrerade inskrivna asylärenden är ett register som Migrationsverket använder för att föra statistik över pågående asylärenden som avregistreras av olika anledningar. Dödsfall är en kategori av anledningar. Dödsorsak registreras inte utan enbart ålder och tidpunkt.

Myndighetens asylärenden är skyddade av sekretess och går inte att koppla till incidentrapporter som berör suicid. Det går inte heller att göra utdrag med specifika sökord för att ta ut ärenden som tillhör individer som denna studie berör. En kohort av individer som har suiciderat– och identifierats via civilsamhället och sedan delgivits oss (och validerats av

RMV, se nedan) - har skickas till Migrationsverket och utdrag av personer som ingår i kohortens asylärenden har kunnat göras. För denna kohort har ärendehistorik begärts ut. Detta material har bearbetats för att studera bakgrundsinformation om de berörda asylprocess, boendeinformation och bakgrundshistorik innan ankomst till Sverige. Detta för att ytterligare fördjupa förståelsen om specifika faktorer gällande det suicidala beteendet och ge en deskriptiv bild av skeendet.

Rättsmedicinalverket

Rättsmedicinalverket (RMV) har ansvar för att registrera alla dödsfall orsakade av yttre påverkan, alltså skador, mord/dråp samt suicid i Sverige och är därmed en relevant källa till sammanställning av dödsfall.

Inrapportering av dödsorsaksintyg utfärdas av den läkare som har konstaterat dödsfallet (45). Polisanmälan skall göras snarast möjligt om förhållandena vid dödsfallet är sådana att det kan finnas skäl för en rättsmedicinsk undersökning. Om en rättsmedicinsk undersökning har gjorts, svarar RMV för att dödsorsaksintyget utfärdas och sänds in (45). Dödsorsaksintyget skall sändas in till dödsorsaksstatistiken på Socialstyrelsen, inom tre veckor. Polisanmälan ska även göras:

1. När dödsfallet har eller kan ha orsakats av yttre påverkan (skada eller förgiftning) och alltså inte enbart av sjukdom, dvs. av någon annan person, olycksfall eller suicid.
2. När det är svårt att avgöra om dödsfallet har orsakats av yttre påverkan.
3. När dödsfallet kan misstänkas ha samband med fel eller försummelse inom hälso- och sjukvården.
4. När den döde inte har kunnat identifieras.

I de fall dödsfallet inte finns med i RMV:s databas har inrapportering från annan instans uteblivit. RMV var behjälplig att validera dödsfall som rapporterades av andra källor, se nedan.

Inspektionen för vård och omsorg

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ansvarar för tillsyn över hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Sjukvården är ålagd att enligt lex Maria anmäla om misstanke om allvarlig vårdavvikelse föreligger (46). Specifikt för suicidförsök och suicid är att anmälan ska göras om händelsen har skett inom en fyra veckorsperiod efter kontakt med sjukvården. Allvarliga missförhållanden gällande socialtjänstens arbete anmäls enligt lex Sarah (47). Från IVOs sex regionala avdelningar begärde vi ut Lex Maria anmälningar från öppen och slutna hälso- och sjukvård samt lex Sarah anmälningar för åren 2015, 2016 och 2017. Lex Maria anmälningar har bearbetats och kategoriserats utifrån suicidförsök och suicid, och delats in i handlingar med och utan personnummer, och efter studiens målgrupp. Lex Sarah anmälningar och tillhörande utredningar begärdes ut enligt begränsningarna gällande ”Ensamkommande” och ”Suicid” och ”Suicidförsök”. Självskadebeteende gick inte att återge som sökord vid begäran av handlingar från respektive IVO-avdelningar. IVO bidrog med över 1000 ärenden.

Socialstyrelsens dödsorsaksregister

Till och med 2011 omfattar dödsorsaksregistret alla avlidna personer som vid tidpunkten för dödsfallet var folkbokförda i Sverige, oavsett om själva dödsfallet inträffade inom eller utom landet. Från och med 2012 ska dock samtliga dödsfall som inträffat i Sverige ingå i registret, också de där personen inte var folkbokförd i Sverige vid tidpunkten för dödsfallet. Statistiken över personer som inte var folkbokförda i Sverige vid tidpunkten för dödsfallet har dock en lång fördröjning och data angående 2015 hade vid författandet av denna rapport just inkommit och systematiserats av ansvariga vid dödsorsaksregistret. Registret saknar uppgift om personen var asylsökande eller ensamkommande. Från Socialstyrelsens dödsorsaksregister fick vi uppgifter om dödsorsak; suicid och annan dödlighet, indelat efter kön och ålder år 2015 bland icke-folkbokförda personer.

Statens Institutionsstyrelse (SIS)

Statens Institutionsstyrelsens institutioner är statliga ungdomshem där barn och unga placeras inom Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) (48). Formellt är de hem för vård eller boende (HVB) men de är låsta institutioner med särskilda befogenheter, som exempelvis avskiljning (49). Vi har tagit del av SIS statistisk över suicidförsök och suicid under åren 2015, 2016 och 2017. De suicidfall och suicidförsök som har registrerats är anmälda fall till IVO. Anmälningarna gjordes av SIS hälso- och sjukvårdspersonal. Suicidförsöken och suicid hade skett under vårdtiden inom SIS verksamhet.

Sjukvård

Barn- och ungdomspsykiatri

Psykisk ohälsa hos barn och unga i Sverige behandlas inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Då BUP drivs av landstingen i både offentlig och privat regi finns ingen centraliserad sammanställd information eller dokumentation gällande självskada och suicidförsök hos ensamkommande barn och unga asylsökande i Sverige. För att kunna sammanställa data från BUP, och annan sjukvårdsjournalsdata krävs ett stort arbete med ett särskilt etikprövningstillstånd vilket översteg tidsplanen för denna studie. Data från BUP i Stockholms läns landstings (SLL) regi har dock kunnat användas, tack vare att BUP i SLL regi och forskargruppen ”Epidemiology of Mental Health” (EPIOMH) på Karolinska Institutets redan tidigare insamlade data och godkända etikprövning.

Kommuner och regioner/landsting

Sveriges Kommuner och landsting (SKL) kontaktades angående att inhämta informationen från alla kommuner i Sverige. Det visade sig att en undersökning av sådan karaktär skulle innebära ett mer omfattande arbete än vad som var möjligt inom detta projekt. Vi valde därför i stället att göra ett begränsat utskick av enkäter till Stockholms 14 stadsdelsnämnder för att komplettera informationen från BUP i Stockholm (v.v. se ovan). Dessa enkäter innehöll frågor kring självskaдебeteende, suicidförsök, suicid och annan dödlighet hos ensamkommande asylsökande barn och unga samt önskemål om att ta del av eventuella handlingsplaner för hantering av psykisk ohälsa.

Frivilligorganisationer och civilsamhället

En hemsida på det sociala nätverket Facebook skapades för att komma i kontakt med frivilligorganisationer och civilsamhället och samla in information om ensamkommande barn och unga. Nedan är en beskrivning av vad som framkommit tack vare dessa kontakter.

#Vistårinteut (*Vi står inte ut men vi slutar aldrig att kämpa, Visu*)

Visu är ett nätverk av personer som arbetar med ensamkommande och/eller har direkt kontakt med ensamkommande i egenskap av t.ex. God man, kontaktperson, familjehem eller ideella organisationer. Visu har under två års tid samlat in information om självskadebeteende, suicidförsök, och suicid. Deras metoder för informationsinsamling har över tid blivit mer systematiska. Insamlingen sker idag dels genom att Visu har ett stort nätverk spritt över hela landet och genom detta nätverk får information gällande suicidförsök och suicid. Ytterligare en informationsväg är lokala ”statistikansvariga” personer som kontakter möjliga uppgiftslämnare inom nätverket när de får höra talas om en händelse för att validera och säkerställa informationen. Visu har också en centralt ansvarig statistiksamordnare som systematiskt samordnar alla uppgifter och värnar om personuppgifter och sekretess. Genom att Visu har delgivit oss sin lista över personer som har suiciderat har vi kunnat sammanställa en kohort med asylsökande barn och unga som suiciderat vilket är den kohort som RMV (se ovan) har verifierat och validerat.

Ensamkommandes förbund

Ensamkommandes förbund förde under 2016 statistik över suicid bland ensamkommande unga och denna statistisk har överförts till föreliggande projekt och skickats till RMV för verifiering och validering. Enligt båda ovanstående organisationer Visu och Ensamkommandes förbund är siffror över självskadebeteende svåra att sammanställa då självskadebeteende är väldigt frekvent och utbrett bland de barn och unga som frivilligorganisationerna har kontakt med.

Statistisk bearbetning

Frågeställning 1

I dagsläget finns det ingen information om exakt hur många asylsökande ensamkommande barn och unga som befinner sig i Sverige vid en viss tidpunkt. Tillgänglig information anger bara summerad årlig information, som sammanställs vid varje årsslut. Informationen inkluderar antalet som har sökt asyl, antalet som har fått bifall respektive avslag på sin ansökan, antalet som överklagat och antalet öppna pågående ärenden hos Migrationsverket vid varje årsslut (31 december). På basis av denna tillgängliga information har antalet ensamkommande asylsökande barn och unga beräknats på följande sätt: Antalet personer i målgruppen med nyinkommen asylansökan till Migrationsverket under respektive år samt antalet med pågående ärenden vid slutet av året innan har sammanställts. Ett exempel: för att beräkna antal ensamkommande asylsökande i Sverige för året 2017 summeras antalet personer som har sökt asyl under 2017 (status 31 december 2017) med antalet personer som hade en pågående asylansökan i slutet av året 2016. Notera att detta sätt att beräkna antalet ensamkommande asylsökande är en överskattning av det verkliga antalet, då antalet personer

som har fått bifall/avslag under undersökningsåret inte subtraheras på grund av bristande information om datum för bifall/avslag.

Alla asylsökande är ålagda att bevisa sin ålder, eftersom ålder är avgörande både för asylbedömningen och för åtgärder under asylprocessen. Ålder bedöms med olika handlingar. Det kan vara födelseintyg, diplom från utbildningar och identifikationshandlingar av olika slag. Identifikationshandlingarna måste vara godkända enligt svenska kriterier för en identifikationshandling. Många som söker asyl har inte med sig identifikationshandlingar i enlighet med de svenska kriterierna och många kommer alltså till Sverige utan giltiga identifikationshandlingar. När det gäller ensamkommande barn är ålder extra viktigt då skillnaden mellan barn och vuxen påverkar boende, skolgång och andra rättigheter och skyldigheter under tiden för asylansökans process. Även bedömningen och den slutliga prövningen av rätten till asyl påverkas om den sökande är barn eller vuxen. När barn söker asyl i Sverige skyddas de av FN:s barnkonvention som skyddar barns rättigheter. Barn under 18 år ska generellt inte heller beröras av Dublinförordningen. Barn har också större chans att få uppehållstillstånd än vuxna då de lättare kan få status som skyddsbehövande om inte flyktningstatus gäller. Våren 2016 gav regeringen RMV uppdraget att utföra medicinska åldersbedömningar. Under 2017 har de medicinska åldersbedömningarna ökat och fram till februari 2018 har Migrationsverket begärt 11 396 utlåtanden varav 10 078 har besvarats. Sammanlagt har 13 840 personer skrivits upp i ålder sedan 2015 och av dessa har 5 896 skrivits upp i ålder efter att ha genomgått en medicinsk ålderbedömning. Personer vars ålder skrevs upp definierades i denna studie utefter deras uppskrivna ålder.

Frågeställning 2

Huvudsaklig metod för att fastställa suicid och annan dödlighet hos ensamkommande barn och unga i hela landet har varit att låta RMV verifiera och validera de inrapporterade dödsfallen från Visu och Ensamkommandes förbund som ingår i den s.k. kohorten. Vi använde även suicidfall från IVO och avregistrerade fall från Migrationsverket för att ta reda på dödstal. Vi använde oss också av uppgifter som bara gäller Stockholm och då uppgifter från BUP i Stockholm i SLLs regi vad gällde personer som sökt vård för suicidförsök och självskada och dessutom rapporterad självskada, suicidförsök, suicid och annan dödlighet från 14 stadsdelsnämnder.

Frågeställning 3

Suicid brukar beskrivas i suicidtal dvs. antal suicid per 100 000 personer för hela eller delar av populationen under ett år, vilket även är metoden som vi använder.

I beräkningen för suicidtalet ingick alltså antalet suicid bland ensamkommande asylsökande barn och unga under ett visst år (täljaren) i relation till antalet ensamkommande asylsökande under samma år (nämnaren). Slutligen har antalet suicid räknats om, så att nämnaren är lika med 100 000.

Frågeställning 4

Här har vi räknat ut suicidtal för barn som har kommit till Sverige som ensamkommande barn

men som fått uppehållstillstånd som flyktingar, och därmed är ensamkommande flyktingbarn. Vidare har vi beräknat suicidtal bland barn som kommit som flyktingar med sina föräldrar (här kallade åtföljda flyktingbarn). De ensamkommande flyktingbarnen och de åtföljda flyktingbarnen hade fått uppehållstillstånd i Sverige av flyktingskäl mellan åren 2000-2011. Alla barn var antingen födda mellan 1994-1998 dvs. under 18 år eller 1992-1998 dvs. under 21 år. Siffrorna är hämtade från projektet, *Psykiatri Sverige* (PS) som innehas av forskargruppen ”*Epidemiology of Mental Health*” (EPIOMH) vid Institutionen för Folkhälsovetenskap på Karolinska Institutet. PS inkluderar hela Sveriges befolkning och länkar samman data från en mängd svenska myndigheter och bygger på Register över totalbefolkningen (RTB, se beskrivning av Datakällor nedan). Asylsökande eller papperslösa ingår därmed inte i denna grupp. Urvalet av flyktingbarnen (både åtföljda och ensamkommande) skedde genom användning av registret *Longitudinell databas för integrationsstudier* (STATIV, se beskrivning av STATIV under rubriken Datakällor nedan).

Datakällor:

Från Statistiska Centralbyrån (SCB) användes STATIV och från Socialstyrelsen användes Dödsorsaksregistret.

STATIV är en longitudinell databas för integrationsstudier som funnits sedan 1997. I föreliggande studie användes uppgifter om första immigrationsdatum, eventuellt emigrationsdatum och flyktinggrupp.

Dödsorsaksregistret innehåller data från 1961 och uppdateras varje år. I föreliggande studie användes registret för att studera suicid.

RTB används huvudsakligen som ett basregister för statistik rörande befolkningens storlek och sammansättning. I föreliggande studie användes uppgifter om födelsedatum och kön. Registret baseras på utdrag ur Skatteverkets folkbokföringsregister och har funnits sedan 1968 och utökades 1998.

Frågeställning 5

För att ta reda på om det finns några faktorer som är associerade med förekomsten av suicidförsök och suicid hos ensamkommande asylsökande har vi samlat in och strukturerat information på olika sätt.

Under studiens gång har personer från frivilligorganisationer (t.ex. Visu) och berörda privatpersoner från civilsamhället kontaktat oss och berättat om rådande förhållanden för ensamkommande barn och unga de har kontakt med. Då denna studie inte haft som syfte att samla in information med kvalitativ metod så har detta underlag inte samlats in med hjälp av strukturerade intervjuer eller enligt en specifik kvalitativ metod. Den främsta hänsynen som tagits har därför varit försiktighet med känsliga personuppgifter. Dock har vi försökt ta tillvara värdefulla synpunkter som beskriver situationen gällande exempelvis bakgrundsinformation om boendeform, tillgänglighet till och kontakt med sjukvård och andra sociala funktioner.

Anmälningar till IVO under åren 2015-2017 har bearbetats och studerats gällande ensamkommande barns sociala situation angående boendeformer, god man och annan

myndighetsutövning från socialtjänsten. Detta har gett en beskrivning av problem som har uppstått under asylansökningsprocessen.

För att undersöka bakgrundsinformation vad gäller de som ingick i den insamlade kohorten har vi studerat dessa personers ärendehistorik hos Migrationsverket. Fokus har varit på pre-migrationsfaktorer och migrationsfaktorer såsom asylprocessen och boendeinformation. Detta har gett en deskriptiv bild om specifika faktorer för suicidförsök och suicid.

Etik och sekretess

Projektet är etikprövat av den Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm 2017/1687-31/2 och Dnr 2010/1185-31/5. Data från BUP Stockholm ingår i ett projekt som är etikprövat av den Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm 2017/1314-32. Delen där registerdata ingår (fråga 4) är relaterad till ett projekt som är etikprövat och godkänt av den Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm (Dnr 2010/1185-31/5).

Forskning om ensamkommande barn och unga, med fokus på ett potentiellt stigmatiserande ämne som psykisk ohälsa och suicid, gör det angeläget att överväga etiska aspekter i forskningsprocessen. Risken att stigmatisera en redan utsatt grupp måste vägas mot den potentiella nyttan med att lyfta fram och undersöka den potentiella nyttan för den aktuella gruppen. Nyttan med att undersöka de ensamkommande ungas suicidrisk och därmed skapa ett större kunskapsunderlag för att möjliggöra prevention och en bättre anpassning av vård och bemötande av gruppen utifrån deras behov, bedömdes överväga risken för stigmatisering av den undersökta gruppen.

Asylsökande barn och unga omfattas av Personuppgiftslagen (50). Inkomna uppgifter har behandlats med särskilt försiktighet både när det gäller korrespondens med myndigheter samt hantering, lagring och arkivering av uppgifterna. Karolinska Institutet (KI) står under statlig förordning vilket reglerar utbyte av sekretesskyddad information. Av offentlighets- och sekretesslagen framgår att om en myndighet i sin forskningsverksamhet från en annan myndighet får en sekretessreglerad uppgift, blir sekretessbestämmelsen tillämplig på uppgiften även hos den mottagande myndigheten (51). Data har hanterats enligt KIs gällande sekretessregler och lagrats på KIs säkra server och enbart studiens forskargrupp har haft tillgång till materialet. Även rapporteringen gjordes med särskilt försiktighet. Av etiska skäl väljer vi att inte redovisa dödstal per år om de understiger 10 för att minimera möjligheten för identifikation av enskilda individer. Nummer under 10 är därför rapporterade som "<10".

Resultat

Kontakter och insamlad information

Information eller statistik om självskaumbeteende, suicid, suicidförsök, och annan dödlighet hos målgruppen finns inte samlat nationellt. Ansvaret för dokumentation om de ensamkommande asylsökande barnen och unga ligger hos olika aktörer och på olika platser och nivåer: lokalt, regionalt och statligt, vilket försvårar översyn och samordning. Detta gäller även den sociala omsorgen och vården till ensamkommande barn och unga. Framför allt är den lokala statistiken som finns (ofta av goda etiska skäl) bakom omfattande sekretesskydd.

Frågeställning 1

Hur många ensamkommande asylsökande barn och unga fanns under 2015, 2016 och 2017 i Sverige?

Med hjälp av Migrationsverkets statistikavdelning fick vi fram siffror vad gäller pågående ärenden över årsgränsen samt nya asylansökningar under undersökningsåret för 2015, 2016 och 2017 (tabell 1). Siffror gäller ensamkommande asylsökande barn och unga mellan 10 och 21 år.

Under de år som var föremål för studien var majoriteten av de ensamkommande asylsökande pojkar eller unga män. År 2015 kom en övervägande majoritet av de ensamkommande barnen från Afghanistan. Även 2016 och 2017 var Afghanistan högt upp men jämnare fördelat med de andra länderna.

Tabell 1: Antal ensamkommande asylsökande 10-21 år inskrivna hos Migrationsverket

Status migrationsärende	Antal individer		
	2015	2016	2017
Pågående ärenden över årsgräns*	4 734	32 940	21 961
Nya asylansökningar under året	35 840	2 471	1 464
Summa population vid årets slut	40 574	35 411	23 425

*I denna summa ingår öppna ärenden som ännu inte är slutligt prövade, alltså ärenden rörande personer som fortfarande är inskrivna hos Migrationsverket

Frågeställning 2

Hur många personer bland ensamkommande asylsökande barn och unga har under 2015, 2016 och 2017 skadat sig själva, gjort ett suicidförsök och/eller har dött på grund av suicid eller en annan dödsorsak i Sverige?

Suicid i Sverige

I enlighet med rådande praxis redovisas här antal suicid som inkluderar både säkra och osäkra fall för att undvika underrapporteringen av suicid. Vår främsta metod att inhämta uppgifter

om suicid har varit via frivilligorganisationers kartläggningar som sedan har verifierats och validerats med hjälp av RMV:s så kallade dödsorsaksdatabas. Varken frivilligorganisationerna eller någon ur civilsamhället rapporterade in några suicidfall under 2015 bland ensamkommande barn och unga (tabell 2). År 2016 rapporterades det in färre än 10 suicid bland ensamkommande barn och unga som var mellan 10 och 21 år. Av etiska skäl redovisas inte antal under tio. Under 2017 var det 12 suicidfall bland ensamkommande barn och unga mellan 10 och 21 år inrapporterade som kunde verifieras och valideras (tabell 2). Alla identifierade fall var pojkar eller unga män.

Suicidförsök i Sverige

På grund av ovan beskrivna begränsningar, har vi valt att ange antalet suicidförsök som har angivits av representanter i civilsamhället (se Metod). Med denna metod kom vi fram till att 126 ensamkommande asylsökande under 21 år hade gjort sammanlagt 157 suicidförsök år 2017 (tabell 2). Av dessa suicidförsök var majoriteten pojkar eller unga män.

Tabell 2: Antal suicidförsök, suicid och annan dödlighet bland ensamkommande asylsökande under 21 år i Sverige under 2015, 2016 och 2017

	2015	2016	2017
Suicidförsök	*	*	126
Suicid	0	<10	12
Annan dödlighet än suicid	<10	<10	<10

* ingen information tillgänglig;

på grund av etiska skäl och risk för identifikation av enskilda individer redovisas antalet fall under 10 som ”<10”

Annan dödlighet i Sverige

Vad gäller annan dödlighet hos ensamkommande asylsökande barn och unga i Sverige är informationen från Migrationsverkets kartläggning av avregistrerade ärenden på grund av dödsfall vår primära källa. Dessa dödsfall kan ha alla typer av dödsorsaker men här redovisas enbart dödsfall med annan orsak än suicid. Under alla år (2015, 2016 och 2017) var dödsfallen med annan orsak än suicid bland ensamkommande unga under 21 år under 10 fall per år.

Självskada, suicidförsök och suicid i Stockholm

I kommunikationen med våra kontakter inom civilsamhället har det framgått att det är svårt att få fram siffror över självska debeteende i hela landet. Dessa kontakter uppger att det är ett väldigt frekvent och utbrett beteende bland de ensamkommande asylsökande barn och unga som de har kontakt med. Vi har därför valt att beskriva situationen beträffande självskada och suicidförsök i Stockholm, där det fanns mer detaljerad statistik.

Data från BUP i Stockholm i SLLs regi visar personer som sökt vård för självska debeteende och suicidförsök/tankar bland ensamkommande asylsökande barn och unga under åren 2015 och 2016, se tabell 3. Under 2016 vårdades dubbelt så många patienter som sökte vård för suicidförsök/tankar eller självskada mot 2015 (se tabell 3).

Tabell 3: Antal asylsökande under 18 år uppdelade på ensamkommande barn och som har kommit med vårdnadshavare (åtföljda barn) som sökt vård inom SLL drivna BUP-mottagningar i Stockholm under 2015 och 2016

År	Kontaktsak	Ensamkommande	Åtföljda barn
		n	n
2015	Självskada	58	<10
	Suicidförsök/tankar	123	13
2016	Självskada	163	10
	Suicidförsök/tankar	297	18

Av 14 utskickade enkäter till Enheterna för ensamkommande barn och unga på Socialtjänsterna i Stockholm (fjorton stadsdelsnämnder) har totalt tio svar inkommit. Alla stadsdelsförvaltningar kunde inte uppge antal ensamkommande barn som de har haft anvisade till sin verksamhet då de saknar system som möjliggör sökning av denna typ av information. Av de som kunde uppge antalet rapporteras resultaten nedan (tabell 4). Tabell 4 visar att självskadebeteende och suicidförsök har ökat från 2015 till 2017.

Tabell 4: Antal ensamkommande barn och unga med självskada, suicidförsök och suicid rapporterat från tio stadsdelsnämnder i Stockholm under 2015-2017

År	Händelse	Antal dokumenterade fall	Estimerat antal barn*
2015	Självskada	17	559
	Suicidförsök	<10	
	Suicid	0	
2016	Självskada	52	1157
	Suicidförsök	13	
	Suicid	<10	
2017	Självskada	65	813
	Suicidförsök	21	
	Suicid	<10	

* Dessa siffror visar på under respektive år tilldelade och anvisade barn under stadsdelsförvaltningarnas omsorg. Barnen kan antas vara kvar under respektive socialtjänsts ansvar nästkommande år men också flyttas till annan stadsdel eller kommun. Dessa siffror ska således betraktas som en estimering av antal.

Ytterligare information från IVO

Av de 1042 bearbetade ärendena beträffande suicidförsök och suicid från IVO 2015-2017 var 11 gällande suicidförsök/suicid bland ensamkommande asylsökande under 21 år. IVO-anmälningarna har gemensamt att dessa suicidförsök var av grov karaktär bland annat genom att hugga sig själv med kniv, försök att hänga sig och allvarlig brännskada. Anmälningarna gällande suicid har skickats till RMV för validering. Alla fallen som anmälts till IVO är fall där barnen har bott i verksamheter som lyder under socialtjänstlagen (SoL). Under 2015 fanns

ingen IVO-anmälan gällande suicid bland ensamkommande barn.

Frågeställning 3

Vad är suicidtal och dödlighetsstal för asylsökande ensamkommande barn och unga?

Tabell 5 visar suicidtal bland ensamkommande asylsökande barn och unga mellan 10 och 21 år under 2015-2017. Tabellen visar en stigande trend av suicidtal i målgruppen. På grund av etiska skäl kan dödlighetsstal för annan dödlighet än suicid inte beräknas eftersom antal dödsfall pga. annan dödlighet var under 10. Eftersom populationen är angiven kan antalet dödsfall härledas när mortalitetstal anges.

Tabell 5: Antal suicid, populationens storlek och suicidtal bland ensamkommande asylsökande 10 till 21 år

	Antal individer		
	2015	2016	2017
Suicid (n)	0	<10	12
Populationen (n)	40 574	35 411	23 425
Suicidtal per 100 000	0	*	51.2

* Av etiska skäl kan detta suicidtal inte beräknas eftersom antal suicid var under 10. Eftersom populationen är angiven kan antalet härledas när suicidtal anges

Frågeställning 4

Del 1: Är suicidtal högre eller lägre än talen för motsvarande personer (dvs. asylsökande från samma land av samma kön och ålder) som kommit tillsammans med anhöriga?

Av etiska skäl kan suicidtal inte beräknas för asylsökande som kommit tillsammans med anhöriga eftersom antalet suicid var under 10. Samma sak gäller för mortalitetstal för dödsfall på grund av annan orsak än suicid.

Del 2: Hur förhåller sig dessa suicidtal till populationen i Sverige i sin helhet i samma åldersgrupp och till ensamkommande barn som har fått uppehållstillstånd?

Under 2015 var suicidtal för ensamkommande asylsökande lägre än suicidtal bland jämnåriga i befolkningen i Sverige. För 2017 fanns det i skrivandets stund (januari 2018) ingen statistik om orsaksspecifik mortalitet hos Socialstyrelsen. Tabell 6 visar antal suicid, antal personer i populationen och suicidtal per 100 000 för unga i den generella populationen i Sverige. Suicidtal bland unga i befolkningen i Sverige fluktuerar över tid. Det är dock med tanke på suicidtal bland unga under de sista 20 åren inte troligt att suicidtalet i denna åldersgrupp i Sverige skulle skilja sig avsevärt för 2017. Det kan därför noteras att suicidtalet för 2017 bland ensamkommande asylsökande unga var betydligt högre än bland jämnåriga i den allmänna befolkningen i Sverige.

Tabell 6: Antal suicid, antal personer i populationen och suicidtal per 100 000 personer för populationen i Sverige 10 till 21 år under 2015 och 2016*

	Antal Individer	
	2015	2016
Suicid (n)	82	68
Populationen (n)	1 307 932	1 316 857
Suicidtal per 100 000	6.2	5.2

* För 2017 finns ännu inte dödsorsaksstatistik hos Socialstyrelsen

På grund av att andelen av ensamkommande asylsökande under fjorton och över arton år är underrepresenterade väljer vi här att även redovisa suicidtal för ensamkommande barn mellan fjorton och arton år i jämförelse med samma åldersgrupp i den svenska befolkningen (tabell 6a). Även här är suicidtalet bland ensamkommande asylsökande barn år 2017 mycket högre än jämnåriga barn i den svenska befolkningen.

Tabell 6a: Suicidtal per 100 000 bland personer 14-18 år för populationen i Sverige och bland ensamkommande barn under 2015, 2016 och 2017*

År	Suicidtal per 100 000	
	Svenska bef.	Ensamkommande
2015	6.2	0
2016	5.3	*
2017	*	40.7

*För 2017 finns ännu inte dödsorsaksstatistik hos Socialstyrelsen för svenska befolkningen och för ensamkommande kan suicidtal för 2016 inte redovisas på grund av etiska skäl (för få fall)

När det gäller jämförelsen med suicidtal för ensamkommande barn (<= 18 år) som har fått uppehållstillstånd så fanns det inga kända fall av suicid mellan åren 2000-2011 i denna grupp.

Frågeställning 5

Finns det speciella faktorer som påverkar suicid och suicidförsök hos ensamkommande asylsökande?

Pre-migrationsfaktorer

Enligt Migrationsverket kom nästan alla av de ensamkommande barn och unga asylsökande personer som avled på grund av suicid från Afghanistan. Vidare var alla som suiciderat pojkar eller unga män. Uppgifter från Migrationsverket visade att en övervägande majoritet hade utstått misshandel och trakasserier innan och under migrationen. Gemensamma berättelser från livet innan migration till Europa avslöjar fattigdom och marginalisering, kort eller ingen skolgång och tvångsrekryteringar till militärtjänstgöring. Flera från Afghanistan hade dessutom flytt och levt som papperslösa i Pakistan eller Iran och där arbetat som barn.

Migrationsfaktorer inklusive asylprocess och uppehållstillstånd

Enligt Migrationsverket, hade alla de som avlidit av suicid 2016 och 2017 ansökt om asyl 2015 och majoriteten av dem innan 24 november 2015, det datum som reglerar asylprocessen enligt begränsningslagen. Av suicidfallen hade de flesta pågående handläggning (asylansökan ej slutligt prövad) av sitt asylärende. En minoritet av de som avlidit hade fått ansökan avslagen, men även personer med beviljade uppehållstillstånd fanns med bland fallen. I en minoritet av fallen fanns ingen intervju med i ärendehandlingarna vilket tyder på att asylansökan inte var påbörjad när dödsfallet inträffade. En minoritet av fallen hade fått beviljad flyktingstatus. Alla ärenden innehöll information om redovisning och diskussion kring barnets ålder med olika objektiva handlingar (intervju, intyg etc.) för att bevisa ålder.

Post-migrationsfaktorer

Följande beskrivningar speglar individuella åsikter från personer från frivilligorganisationer som möter ensamkommande barn och unga. Dessa beskrev brister i kontakt med sjukvården bland ensamkommande asylsökande barn och unga. Ett exempel som beskrevs är hur ensamkommande barn och unga som gjort suicidförsök har skrivits ut efter några timmar i den somatiska sjukvården och i flera fall inte blivit remitterade till den psykiatriska specialistvården. Frivilligorganisationerna beskriver också hur kontakten med sjukvården har uteblivit eller kopplats in för sent när barnet har uppvisat tecken på psykisk ohälsa såsom sömnstörningar och självskadebeteende. I vissa fall har barn med traumatiska upplevelser nekats traumabehandling eftersom de saknar personnummer och uppehållstillstånd.

Majoriteten av bearbetade lex Sarah utredningar gällde bristande myndighetsutövning i slutet av 2015 och en stor del av år 2016. Detta har framför allt gällt att utse och följa upp gode män, placeringar och uppföljningar i familje- och nätverkshem, ungdomar som har fått flytta runt på vandrarhem och liknande innan placering på hem för vård och boende (HVB) har kunnat göras. I Lex Sarah utredningar framkom flera brister på HVB gällande våld, undermåliga fritidsutrymmen, lång väntan att få börja skolan, problematik med droger och alkohol samt icke-lämpliga relationer mellan personal och barn på HVB. I Lex-Sarah utredningar beskrevs också en bild med en otrygg och icke stabil tillvaro för målgruppen. Det är viktigt att beakta att detta är beskrivningar av anmälda ärenden och illustrerar inte hela socialtjänsten och dess arbete.

Stadsdelsnämnderna i Stockholm

I vår genomgång av de tio inskickade enkäterna från Stadsdelsnämnderna i Stockholm visade det sig att åtta av tio socialtjänster hade handlingsplaner för att hantera och följa upp psykisk ohälsa så som självskadebeteende, suicidförsök och suicid. Exempel på åtgärder i enkätsvaren var: individuella vårdplaner, snabb initiering och uppföljning med BUP och andra vårdgivare vid vetskap om inträffad händelse, säkerhetsplan på boendet samt kontakt med god man. Vidare rapporterades att socialsekreterarna använde screeninginstrument vad gäller psykisk ohälsa men även täta kontakter med privata familjehemsplacerare samt om en ungdom (över 18 år) skrivs över till Migrationsverkets enheter och har allvarlig psykisk ohälsa etableras kontakt med berörd mottagningsenheten för att säkerställa lämpligt boende och bibehålla eventuell vårdkontakt.

Metoder för suicid

Den främsta metoden för suicid var hängning, lite över hälften av personerna använde hängning för att suicidera åren 2015-2017. Drunkning var den näst vanligaste metoden.

Frågeställning 6

Hur kan informationsinhämtning på bästa sätt beskrivas för att i framtiden betydligt underlätta kartläggningen av självskadebeteende, suicidförsök, suicid och annan dödlighet bland ensamkommande barn och unga?

Förslag på åtgärder

Registreringen av dödsorsaker för personer som inte varit folkbokförda i Sverige vid tidpunkten för dödsfallet har drygt ett års fördröjning jämfört med övriga dödsfall i Dödsorsaksregistret, vilket försvårar uppföljning. Ytterligare ett problem är kvaliteten vad gäller information om kön och ålder och andra uppgifter. På grund av detta inkluderas inte uppgifter om icke-folkbokförda personer i officiell statistik om dödsorsaker. Det finns heller ingen information om varför personen i registret utan personnummer befann sig i Sverige, så personer i detta register skulle kunna vara turister, tillfälliga besökare eller gästarbetare från andra länder. RMV har dock i flera fall utförligare uppgifter om personer. Vad gäller suicid så skulle informationsinhämtning i framtiden kunna underlättas om samarbetet mellan Socialstyrelsen, RMV och Migrationsverket förbättrades så att dödsorsaksregistret fick ut mer av de existerande uppgifterna från RMV och Migrationsverket om personer som inte var folkbokförda i Sverige vid tidpunkten för dödsfallet. Detta skulle kunna påbörjas genom en utredning av de juridiska förutsättningarna för huruvida det är möjligt och lämpligt att utöka uppgifterna i dödsorsaksregistret till att omfatta mer av RMVs och Migrationsverkets uppgifter om dödsfall.

Eftersom det inte går att sammanställa information från Migrationsverkets LMA-nummer, vårdens reservnummer och Skatteverkets samordningsnummer till unika personer går det inte att få fram statistiska uppgifter om suicidförsök och självskadebeteende för unika personer som saknar uppehållstillstånd. Att BUP inte har ett gemensamt register innebär att det dessutom är svårt att följa personer under 18 år. Eftersom det inte finns några registeruppgifter på nationell nivå vad gäller omsorg inom socialtjänsten eller SIS går det dessutom inte att följa de unga asylsökande inom kommunal omsorg. Sammantaget innebär detta att det inte finns några möjligheter att samla in registerdata vad gäller suicidförsök eller självskadebeteende för ensamkommande asylsökande barn och unga.

För att få en epidemiologisk överblick skulle ett alternativ vara en studie där data samlades in manuellt genom enkäter och intervjuer. Detta skulle inte ge en lika heltäckande bild som ett löpande register, men det skulle ge en bra ögonblicksbild som kunde möjliggöra förbättring av prevention och behandling. En metod skulle kunna vara enkät och rundringning till alla kommuner för att tala med ansvarig för ensamkommande barn och unga. Detta kräver ett beslut av etikprövningsnämnd och en projekttid på mellan 9 månader och 1 år. Denna uppskattade tidsåtgång bygger på att en motsvarande studie (med fokus på ensamkommande

barn som avviker) hade denna tidsåtgång (se referens 49). Ytterligare ett förslag är enkät och rundringning till alla BUP-mottagningar i landet. Detta kräver också ett beslut av etikprövningsnämnd och en lika lång projekttid.

Diskussion

Idag finns det ingen heltäckande statistik om förekomsten av självskadebeteende, suicidförsök, suicid och annan dödlighet bland ensamkommande asylsökande barn och unga i Sverige. Detta beror främst på att gruppen inte ingår i svenska befolkningsregister. Den metod som har använts i denna studie bygger på att samla in data med hjälp av olika aktörer och att dessa data sedan sorteras och organiseras för att säkerställa kvalitet och tillförlitlighet.

Med denna metod kom vi fram till att suicidtalerna bland ensamkommande asylsökande unga mellan 10 och 21 år 2017 var 51.2 per 100 000. Detta är påtagligt högt både i ett nationellt och internationellt perspektiv. Alla ensamkommande asylsökande som suiciderat var barn eller unga män och nästan alla kom från Afghanistan. Suicid var också den absolut vanligaste dödsorsaken bland ensamkommande asylsökande barn och unga. Den vanligaste metoden för suicid var hängning. Vad gäller självskadebeteende och suicidförsök är siffrorna mindre säkra än för dem gällande suicid. Antalet som har skadat sig själv och gjort suicidförsök bland ensamkommande asylsökande barn och unga i Stockholm verkade öka under de studerade åren och här är det möjligt att det dessutom finns en omfattande underrapportering. Även vad gäller suicidförsök var detta vanligast bland pojkar eller unga män från Afghanistan. Att ha sökt vård för suicidförsök eller att ha diagnostiserats med suicidförsök eller självskada inom BUP Stockholm (i SLLs regi) var under 2015 och 2016 tydligt högre bland ensamkommande asylsökande barn än barn som har kommit till Sverige med sina föräldrar.

Det som de ensamkommande asylsökande barnen och unga som suiciderat i Sverige har gemensamt vad gäller premigrationsfaktorer är fattigdom och marginalisering, kort eller ingen skolgång och tvångsrekryteringar till militärtjänstgöring. De flesta av suicidfallen skedde under asyprocessen innan asylansökan var slutgiltigt prövad.

Frivilligorganisationer såsom tex. Visu beskriver brister i kontakten med sjukvården bland ensamkommande barn och unga. I vår genomgång av enkätsvar från tio stadsdelsnämnder i Stockholm avseende hantering av psykisk ohälsa och självskadebeteende, suicidförsök och suicid så hade åtta av tio socialtjänster handlingsplaner för att hantera och följa upp denna typ av problematik.

Att det saknas statistik på både nationell och regional nivå kan delvis förklaras av välgrundade etiska skäl eftersom känsliga uppgifter som ensamkommande asylsökande av förklarliga skäl hamnar bakom omfattande sekretesskydd. Vidare finns det heller ingen information om exakta antalet ensamkommande asylsökande som befinner sig i Sverige under en viss tidpunkt. Båda dessa fakta innebar stora metodologiska utmaningar. Framtida informationsinhämtning inom detta område skulle kunna förstärkas genom bättre samordning mellan myndigheter vad gäller de uppgifter som samlas in och systematiseras av dödsorsaksregister men även genom att genomföra en mer omfattande epidemiologisk studie än denna.

Suicid

Suicidtalerna för ensamkommande asylsökande unga mellan 10 och 21 år var 0 för 2015, <10 för 2016 och 51.2 per 100 000 för 2017. Dessa tal kan jämföras med suicidtalerna för svenska barn och unga i samma ålder som låg på 6.2 för 2015 och 5.2 för 2016. I skrivande stund var

dödsorsaksstatistik för 2017 inte tillgänglig ännu, men det finns inga skäl att anta att suicidtal i den jämnåriga befolkningen skulle ligga mycket högre än suicidtalens åren innan. Eftersom åldersfördelningen bland ensamkommande asylsökande till Sverige är snedfördelat (få under 14 år) så har vi även beräknat ett suicidtal för personer 14-18 år: detta var 40.7 per 100 000 under 2017.

Suicidtalet bland ensamkommande asylsökande unga i Sverige 2017 var anmärkningsvärt högt i både ett nationellt och ett internationellt perspektiv (31). I en studie där suicidtal jämfördes mellan länder år 2008, sträckte sig suicidtalens för 15- till 19- åringar från 1 per 100 000 i Grekland till 19 per 100 000 i Ryssland (52). Denna internationella variation beror så klart delvis på skillnader i förekomsten av suicid, men även på skillnader när det gäller rapportering av suicid, alltså tillförlitlighet av datakvaliteten. Det visar dock att de suicidtal vi redovisar här för ensamkommande asylsökande under 2017 i Sverige låg tydligt över suicidtalens även i landet med de högsta suicidtalens i studien.

Internationella studier som har tittat på suicidtal bland ensamkommande asylsökande barn och unga är väldigt begränsade. Våra fynd är dock i linje med en studie från Nederländerna med fokus på suicid och suicidalt beteende bland unga och vuxna asylsökande (> 15 år) som fann på högre suicidtal bland manliga asylsökande än den generella manliga populationen (53). Dock var skillnaden mellan suicidtalens bland asylsökande och den generella befolkningen mindre än i vår undersökning. Suicid var i vår undersökning framförallt en dödsorsak bland pojkar och unga män från Afghanistan, vilket är en grupp som även andra studier har funnit ha omfattande förekomst av psykisk ohälsa (10, 54).

Denna rapport har undersökt dödsorsaker och suicidalt beteende under åren 2015-2017. Under dessa år har tiden för handläggning av asylärenden förlängts kraftigt vilket innebär en ovisst livssituation under lång tid för unga människor. Studier visar att en trygg och stabil boendemiljö med mycket kontinuitet är skyddande faktorer (12). En lång asylprocess kan äventyra dessa skyddsfaktorer (53).

Flera studier som har tittat på suicid hos första och andra generationens utlandsfödda diskuterar "the healthy migrant effect", (38, 55). "The healthy migrant effect" är benämningen på fenomenet att utrikesfödda i vissa länder är friskare och har en lägre dödlighet än infödda personer. Det finns flera förklaringar till detta. I länder med en hög grad av arbetskraftsinvandring (t.ex. anglosaxiska länder) är denna positiva selektion en del av förklaringen, eftersom arbetskraftsinvandrare rekryteras då de är unga och friska. En annan förklaring är bakvänd selektion, nämligen att många utrikesfödda som blir sjuka åker tillbaka till sitt ursprungsland. "The healthy migrant effect" verkar avta över tid och finns inte i alla länder (56). Vad gäller suicid så har migranter i Sverige en högre risk för psykisk ohälsa men betydligt lägre risk för suicid än personer födda i Sverige (38) vilket möjligtvis kan tolkas som en "healthy migrant effect". Vår studie visar att "the healthy migrant effect" inte verkar gälla angående suicid hos ensamkommande asylsökande barn och unga.

Suicidförsök

I Stockholm visar siffror från BUP att fler ensamkommande har sökt vård för suicidförsök än unga som kommit med vårdnadshavare. Frivilligorganisationer har dessutom rapporterat över

120 fall av personer som gjort suicidförsök, där flera personer gjort upprepade suicidförsök, även här med en majoritet av pojkar från Afghanistan. Detta kan jämföras med en studie där ensamkommande ungdomar inom asylhälsan i Uppsala screenades för PTSD. Majoriteten var pojkar från Afghanistan och resultatet var att 76 % screenade positivt vad gäller PTSD (54). Detta stämmer överens med att en stor majoritet av de ensamkommande är pojkar och av dessa är en stor grupp från Afghanistan.

Metoder för suicid

Uppgifter från RMV visade att kring 60 procent av de ensamkommande asylsökande som suiciderat 2015-2017 använde hängning som metod. Det är en hög andel och hängning är också en av de vanligaste suicidmetoder internationellt (57, 58). Hängning är också vanligare bland män än kvinnor globalt: i genomsnitt använder 53 procent av män och 39 procent av kvinnor som suiciderar, hängning som metod (57, 58). Metodvalen varierar dock inte bara mellan män och kvinnor men även internationellt (54). En rapport från Världshälsoorganisationen (WHO) visar att hängning som suicidmetod bland män varierar mellan 8 procent i El Salvador och 92 procent i Kuwait (57). I Sverige låg denna andel på 39 procent.

Dessa skillnader i metodval globalt kan bero både på kulturella faktorer men även på tillgången till dem (59). Att använda vapen för att suicidera är t.ex. vanligt i USA, där skjutvapen är relativt lättillgängliga (60). Hängning är en dödlig suicidmetod och omkring 70 procent av personer som använder metoden dör till följd av sitt suicidala beteende (61). Personer som använder en metod med hög sannolikhet för dödlig utgång såsom t.ex. hängning kan antas att ha en stark suicidal intention, alltså en stark avsikt att dö. Att förhindra suicid genom hängning är svårt eftersom allt som behövs för detta är lättillgängligt och bara en väldigt liten andel (10 %) av suicidfall genom hängning sker i en "kontrollerad" miljö (till exempel sjukhus eller fängelse) (61). Strategier för att förhindra suicid genom hängning behöver därför både fokusera på att förhindra suicid i "kontrollerade" miljöer och inrikta sig på generella suicidpreventionsmetoder (v.g. se avsnittet suicidprevention).

Annan dödlighet

Av de dödsfall vi har uppgifter om var de nästan uteslutande suicid, näst vanligaste dödsorsak var olyckor. Suicid är en av de främsta dödsorsaker bland unga personer internationellt, medan denna andel blir mindre med stigande ålder (62). I en kartläggning av dödsorsaker bland papperslösa migranter i Sverige fann forskarna att död genom yttre orsak (där suicid ingår) var den vanligaste dödsorsaken i denna grupp (63). Den näst vanligaste dödsorsaken i samma studie var hjärt-kärlsjukdom, som även andra studier har visat är en vanlig dödsorsak bland flyktingar jämfört med andra utrikesfödda (64). Ensamkommande barn och unga är dock på grund av sin unga ålder inte en riskgrupp för hjärt-kärlsjukdomar.

Faktorer under asylprocessen

En vanlig hypotes är att avslag på asylprövning är den utlösande faktorn vad gäller suicidförsök eller suicid. De flesta avled dock under handläggningstiden och endast en minoritet av de suicidfall som kunnat valideras i denna studie hade fått avslag på sin

asylansökan. Långa handläggningstider har tidigare visat vara en orsak till psykisk ohälsa (4, 19). Ytterligare en grupp än dem som suiciderar under handläggningstiden är en grupp som har det gemensamt att de suiciderat efter att ha blivit beviljade asyl och därmed uppehållstillstånd men i stället för att bli beviljade konventionsflyktingstatus fått skyddsbehövandestatus (för en beskrivning av dessa termer, se ordlistan i början av rapporten) vilket omöjliggör familjeåterförening. Denna uppgift bekräftades också av informanter från frivilligorganisationer.

Gemensamt för berättelser om personer som suiciderat, som samlats in från frivilligorganisationer och privatpersoner från civilsamhället som kontaktat oss var beskrivningar av att de barn och unga som hade någon form av psykisk ohälsa fick för lite eller ingen vård alls. Detta överensstämmer med en svensk studie som visar att asylsökande som gjort suicidförsök inte blev remitterade till specialistvård lika ofta som inrikes födda (65). Ytterligare beskrivningar från frivilligorganisationer och privatpersoner från civilsamhället som kontaktat oss var att barnen och de unga upplevde familjehemmet som otryggt. Berättelserna som frivilligorganisationerna och civilsamhället har bidragit med stärktes av de ärenden som vi fått in från IVO där IVO har utrett myndighetsutövning och boendeförhållanden på HVB. Många av anmälningarna till IVO beskriver otrygga och instabila boendeformer, framförallt i anmälningarna från slutet av 2015 och början av 2016 som var i det initiala skeendet av en kraftig ökning av kommunplacerade ensamkommande barn. IVO-anmälningar från socialtjänsten beskriver tillfälliga boendelösningar som inte uppfyller säkerhetsbestämmelser för boende, där barnen fick dela rum och där slagsmål och hot förekommit. I andra fall har barn fått flytta runt många gånger i väntan på ett stabilt boende.

Anmälningarna har även gällt ur säkerhetssynpunkt undermåliga boenden. I anmälningarna gällande bristande myndighetsutövning och placering i boende står att läsa att placeringarna till fasta boenden drog ut på tiden, en konsekvens blev då att barnen fick vänta länge med att börja i skolan. Enligt anmälningarna får barn skolplats först när de har ett anvisat boende som är tänkt som det fasta boendet under asylprocessen. Dessa resultat kan jämföras med studier som sammanfattar faktorer som främjar resiliens. Dessa studier visar på att ett tryggt, stabilt boende är en av dessa faktorer. Skolgång, som innehåller aktiviteter och stabilitet, är en annan viktig skyddsfaktor mot psykisk ohälsa (12). Socialt skyddsnät är direkt skyddande hos människor med depression, även hos ensamkommande barn och unga migranter.

Kulturella aspekter och suicidalt beteende

I Migrationsverkets dokumentation av de ensamkommande barnens asylärenden framträder en bild av att de som suiciderat hade haft otrygg uppväxt, kort eller ingen skolgång samt inslag av barnarbete och misshandel under uppväxten. Flera från Afghanistan hade dessutom flytt och levt som papperslösa i Pakistan eller Iran och där arbetat som barn. Otrygg uppväxt med inslag av våld är en riskfaktor för psykisk ohälsa och suicid (66).

Kön

De barn som sökte asyl mellan januari 2015 och november 2017 har varit till övervägande

andel pojkar och detta har också avspeglats i att den stora majoriteten suicid och suicidförsök har varit bland pojkar. I de flesta länder är suicid mycket vanligare bland pojkar än bland flickor (32) trots en påtaglig internationell variation i könsskillnader (62). Med suicidförsök förhåller det sig dock omvänt, det sker fler suicidförsök bland flickor än pojkar. Den höga andelen pojkar bland ensamkommande asylsökande barn och unga som har gjort suicidförsök är därför anmärkningsvärt. Eftersom antalet suicid är så små delar vi inte upp dessa i pojkar och flickor för att minska risken för identifikation.

Hälso- och sjukvården

Personer från frivilligorganisationer beskriver brister i kontakt med sjukvården bland ensamkommande asylsökande barn och unga med suicidalt beteende. Utrikesfödda har en lägre psykiatrisk vårdkonsumtion än svenskfödda, särskilt de första åren (21, 62, 67). Asylsökande vuxna, får också mindre vård efter ett suicidförsök än inrikesfödda (65). Dessa skillnader kan bero på att asylsökande vuxna bara har tillgång till vård som inte kan anstå men även kliniska och sociodemografiska olikheter såsom den underliggande psykiatriska sjukdomen, andra somatiska sjukdomar, metoden för suicidförsöket och den socioekonomiska statusen (68). Vidare kan variationer i vårdkonsumtion bero på skillnader i det hjälpsökande beteendet, något som kan påverkas av kulturella faktorer (68).

Framtida kartläggningar

För att i framtiden möjliggöra kartläggningar och studier av självskada, suicidförsök, suicid och annan dödlighet bland ensamkommande asylsökande barn och unga behövs det flera åtgärder. För att förbättra möjligheterna vad gäller kartläggning av suicid behövs en dialog mellan berörda myndigheter och en utredning om hur insamlingen av data gällande dödsfall i denna grupp skulle kunna utvecklas. Den utredningen bör göras av kvalificerade jurister eller statsvetare med stor kompetens inom myndighetsjuridik.

I dagsläget är det inte möjligt att sammanlänka information från Migrationsverkets LMA-nummer, vårdens reservnummer och Skatteverkets samordningsnummer för unika personer. Detta försvårar en heltäckande sammanställning av statistiska uppgifter om suicidförsök och självskaðebeteende för asylsökande barn och unga i hela landet. Här föreslår vi istället en kombination av enkät och rundringning till alla kommuner och BUP-mottagningar i landet.

I det större perspektivet - Den suicidala processen

Den suicidala processen och suicidalt beteende har flera bakomliggande orsaker, ofta kombinerat med psykisk ohälsa tillsammans med en känsla av hopplöshet och brist på bemästringsstrategier hos individen (69). Suicidalt beteende brukar även beskrivas med hjälp av en "stress-sårbarhetsmodell" (69). Enligt denna modell är kombinationen av förhöjd sårbarhet vad gäller psykisk ohälsa, exempelvis på grund av ärftlighet, i kombination med svåra livshändelser, ett samspel som påverkar den psykiska hälsan negativt på lång sikt och ökar risken för suicidalt beteende. Pre-migrationsfaktorer, migrationsfaktorer och post-migrationsfaktorer kan tolkas i termer av att vara den typen av svåra livshändelser. Särskilt för gruppen ensamkommande unga kan migrationsprocessen vara en följd av traumatiska

upplevelser som krig och tortyr i hemlandet, farliga och riskfyllda resor, hårda förhållanden i flyktingläger och separation från familj (70). För flyktingar kan sådana traumatiska upplevelser leda till psykisk ohälsa som t.ex. posttraumatisk stressyndrom (PTSD) och annan psykisk ohälsa, som i sin tur är kopplat till suicidalt beteende (24, 25).

Post-migrationsfaktorer såsom, ackulturationsproblem och diskriminering kan påverka den psykiska hälsan negativt och leda till ökad risk för suicidalt beteende (70). En välkänd modell som beskriver ackulturation innehåller fyra bemästringsstrategier för att hantera kulturella skillnader; integration, assimilation, separation eller marginalisering (71). Empiriska studier har visat att integration är den minst skadliga strategin och marginalisering den mest skadliga gällande risk för psykisk ohälsa. Speciellt har social marginalisering visats både öka risken för suicidalt beteende och att fullfölja suicidala handlingar (72).

Suicidprevention

Föreliggande rapport ger inte utrymme för en omfattande litteraturgenomgång av evidensbaserade suicidpreventionsmetoder för ensamkommande barn och unga. Nedan är därför en kort sammanfattning av de mest framgångsrika suicidpreventionsstrategierna. Dessa bör rimligtvis anpassas till målgruppens behov. Särskilt två teman är framträdande inom suicidprevention; *att skapa skyddande miljöer* och *att identifiera och stötta personer som är i riskzonen*.

Att skapa skyddande miljöer

Otrygga miljöer och traumatiska upplevelser ökar risken för psykisk ohälsa och suicidtankar. Studier visar att våld och trauma ökar suicidrisken hos unga. Sambandet mellan vålds- och sexuella övergrepp och suicid är också känt (66). Ett centralt inslag i suicidprevention borde därför vara att skapa trygga miljöer utan våldsamma inslag.

Användandet av alkohol och droger är kända riskfaktorer för förhöjd suicidrisk, att begränsa tillgången till detta är en del i att minska risken för suicidalt beteende (73) och suicidtankar (74). Vi vet även att narkotika- och alkoholbruk kan förkorta vägen från suicidala tankar till suicidförsök (75). De barn och unga som denna studie undersöker lever ofta placerade på t.ex. HVB. Att utbilda personalen om sambandet mellan alkohol- och narkotikabruk och suicidalt beteende, samt försvåra tillgången till alkohol och narkotika på HVB kan vara en viktig suicidpreventiv åtgärd. Sådana utbildningar bör även ta upp information om de vanligaste riskfaktorer för suicidalt beteende samt hur man kan förhindra det.

Studier har visat en positiv effekt av stödsamtal och utbildning om att minimera möjligheterna till suicid (58, 60). Att minimera förekomsten av föremål som kan ingå i suicidhandlingar, exempelvis knivar, har också en skyddande verkan (58, 60). En studie visade en preventiv effekt när föräldrarna informerades om farliga objekt i hemmiljön (73, 76). Därför är utbildning av personal på HVB vad gäller farliga objekt såsom knivar en viktig beståndsdel inom suicidprevention. Eftersom hängning har visat sig vara en av de vanligaste suicidmetoder i denna studie, är det även viktigt att designa inredningen på ett sätt som försvårar hängning men även att utbilda personalen om begränsad tillgång till objekt som kan användas för hängning.

Identifiera och stötta unga som har ett riskbeteende

”Gatekeepers” (dvs. grindvakter) kallas personer i den unges närvaro som utbildas i att upptäcka ungdomar med ett suicidalt beteende. Det har även prövats på befolkningsnivå och visat på viss reducering av suicid och icke-dödliga suicidförsök bland unga (73). ”Gate-keeping” metoden kan vara en del av flera preventiva åtgärder.

Även sociala medier kan användas som grindvakter. En studie visade att algoritmer som användes på Twitter-data kan identifiera ungdomar med riskbeteende (73, 77). Forskningen på området är främst deskriptiv och småskalig men kan tänkas vara användbar i syfte att identifiera ungdomar som mår psykiskt dåligt och har ett suicidalt beteende. Kontaktpersoner till ensamkommande barn och unga beskriver att ensamkommande barn och unga i hög utsträckning använder sociala medier. Därför kan metoden med ”gatekeepers” som identifierar ungdomar i riskzonen på sociala media kunna fungera som en effektiv suicidpreventiv strategi. Även information om suicidprevention kan spridas genom sociala media. Att screena för suicidrisk i en klinisk miljö är en ytterligare evidensbaserad metod att förebygga suicid och kan därför vara en viktig suicidpreventiv åtgärd (78).

När det gäller suicid-specifika behandlingsmetoder har olika kognitiva beteendeterapier (KBT) och program som riktar in sig på familjeförhållanden visat sig framgångsrika i flera studier (58, 60). Exempelvis har en terapi visat positiva resultat där patienten tillsammans med terapeuten formar en så kallad trygghetsplan. Här lär sig den unge identifiera sina ”triggers” och att använda bemästringsstrategier (79). Former av psykoterapi som kan minska suicidalt beteende bör vara en del av ett omfattande suicidpreventionsprogram.

Kulturella aspekter av suicidprevention

Skillnader mellan suicidtal mellan ensamkommande barn och unga och den inrikes födda befolkningen, kan bero på kulturella skillnader mellan ursprungsländerna (70). Kultur kan även påverka hur barn och unga upplever och uttrycker psykisk ohälsa, hur de reflekterar över behov av psykiatrisk vård, hur de hanterar traumatiska upplevelser och kan vara påverkade över det stigma som omger psykisk ohälsa (68). Vidare kan kultur, majoritetsreligionen i ursprungslandet och stigmatiseringen relaterat till suicidalt beteende i hemlandet påverka en individs attityder vad gäller suicidalt beteende och huruvida en person agerar utifrån suicidtankar (80). Även riskfaktorer för suicidalt beteende kan både vara samma men även skilja sig åt mellan kulturer (72, 80). Exempelvis har en skillnad beskrivits beträffande betydelsen av psykiska sjukdomar och impulsivitet för suicidalt beteende hos kvinnor från Asien jämfört med kvinnor från Västeuropa (80).

Kulturella olikheter kan också påverka skillnader i vårdkonsumtion. Detta är viktigt att ta i beaktande vid utformning av ramverk och riktlinjer för vårdprogram, gällande den kliniska bedömningen, manifestering av symptom och hur patienten diagnostiseras och behandlas (68). Behovsanpassad vård för flyktingar och migranter kan försvåras av språkbarriärer men också av kompetensbrist gällande transkulturell psykiatri och psykologi inom hälso- och sjukvården i mottagningslandet (68). Ytterligare studier som undersöker målgruppens egna upplevelser av asylprocessen och psykisk ohälsa och hur det hänger ihop skulle behövas för att öka förståelsen för kulturella skillnader och just ensamkommande barn och ungas behov

under asylprocessen.

Styrkor och begränsningar

Studien är unik i sitt slag då det till vår kännedom inte finns någon kartläggning över självskaadebeteende, suicidförsök och suicid bland ensamkommande barn och unga asylsökande i Sverige. Det är dock viktigt att bedöma suicidtalerna med tanke på följande begränsningar:

- Då antalet ensamkommande asylsökande är nämnaren i beräkningen för suicidtalet och både pågående och nyinkomna asylansökningar ingick i beräkningen för populationen, resulterar denna beräkningsmodell i en överskattning av antalet ensamkommande asylsökande. Detta resulterar i sin tur i en underestimering av suicidtalerna i målgruppen.
- Å andra sidan är det viktigt att betänka att ensamkommande asylsökande mellan 10 och 13 och mellan 19 och 21 är underrepresenterade vilket resulterar i en överestimering av suicidtalerna bland ensamkommande asylsökande i relation till den svenska befolkningen. Med andra ord kan man säga att åldersfördelningen bland ensamkommande asylsökande mellan 10-21 år inte representerar åldersfördelningen i den svenska befolkningen. Det är på grund av denna snäva åldersfördelning som vi även har beräknat suicidtal för 14-18 åringar.
- Under 2015 och 2016 förbättrades frivilligorganisationernas metoder för insamling av suicidfall och suicidförsök och detta i kombination med allmänhetens intresse och medias bevakning har möjligtvis inneburit att flera fall kommit till vår kännedom och därmed kunnat verifieras och valideras av RMV för 2017 än de tidigare åren. Detta innebär i såna fall en underestimering av antal fall och därmed suicidtal under de två tidigare åren.
- Information om antal självskaade och suicidförsök bland ensamkommande asylsökande barn och unga måste ses som en underestimering, eftersom det är känt från tidigare studier att bara en bråkdel av suicidalt och självskaadebeteende kommer vården och omvärlden till kännedom (32). En underskattning av antalet suicid kan också ha skett. För att minska denna risk har vi kombinerat säkra och osäkra suicid, så som det brukar göras i redovisning av offentlig statistik i Sverige. Osäkra suicid är dödsfall med oklart uppsåt, alltså där läkaren inte med säkerhet kunde säkerställa att dödsorsaken var suicid.

Slutsatser

I dagsläget finns det inte någon samlad statistik vad gäller suicid, suicidförsök eller självska debeteende bland asylsökande ensamkommande barn och unga. Metoden som har använts i denna studie bygger på att samla in data med hjälp av olika aktörer och att dessa data sedan sorteras och organiseras för att säkerställa kvalitet och tillförlitlighet.

Utifrån resultaten som bygger på den beskrivna metoden är slutsatsen att ensamkommande asylsökande barn och unga hade betydligt högre suicidtal än svenskfödda unga under 2017. Afghanistan var överrepresenterat som ursprungsland och hängning var den mest frekventa metoden för att suicidera. Alla barn och unga som suiciderade under 2017 var pojkar eller unga män och suicid var den vanligaste dödsorsaken bland ensamkommande asylsökande unga. Även självska debeteende och suicidförsök låg högt bland ensamkommande asylsökande trots att dessa siffor troligen speglar en underrapportering.

För att suicidstatistiken för ensamkommande asylsökande ska bli bättre krävs det bättre samordning av register hos myndigheter. För att få en epidemiologisk överblick skulle ett alternativ vara att samla in information genom enkäter och intervjuer. Detta skulle inte ge i närheten av lika heltäckande bild som ett löpande register men skulle dock förmedla en bra ögonblicksbild som kunde möjliggöra förbättring av prevention och behandling. Detta kräver ett omfattande beslut av Etikprövningsnämnd och en projekttid på mellan 9 månader och 1 år.

Med tanke på det höga suicidtal bland ensamkommande asylsökande barn och unga under 2017 är det nödvändig att sätta in akuta preventiva åtgärder för att förhindra att ännu flera ensamkommande asylsökande suiciderar under de kommande åren.

Referenser

1. Migrationsverket. <http://www.migrationsverket.se> 2018 [
2. Svensk författningssamling. Lag om tillfälliga begränsningar av möjligheten att få uppehållstillstånd i Sverige, (2016).
3. #vistårinteut. <http://vistarinteut.org/mediarkiv/> 2017 [
4. Socialstyrelsen. Analys av situationen i socialtjänsten våren 2017, Fokus på ensamkommande flickor, yngre barn, nätverksplaceringar samt suicidrisk – delrapport 3. 2017.
5. Ludvigsson JF, Almqvist C, Bonamy AK, Ljung R, Michaelsson K, Neovius M, et al. Registers of the Swedish total population and their use in medical research. *Eur J Epidemiol.* 2016;31(2):125-36.
6. Allebeck P. The use of population based registers in psychiatric research. *Acta Psychiatr Scand.* 2009;120(5):386-91.
7. UNHCR, Flyktingorgan) F. Global report 2016. 2017.
8. Statistiska Centralbyrån (SCB). www.scb.se 2018 [
9. Laban CJ, Gernaat HB, Komproe IH, Schreuders BA, De Jong JT. Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *J Nerv Ment Dis.* 2004;192(12):843-51.
10. Tinghög P, Arwidson C, Sigvardsdotter E, Malm A, Saboonchi F. Nyanlända och asylsökande i Sverige - En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor. Stockholm: Röda Korsets Högskola; 2016.
11. Hollander AC. Social inequalities in mental health and mortality among refugees and other immigrants to Sweden - epidemiological studies of register data. *Glob Health Action.* 2013;6:21059.
12. Eide K, Hjern A. Unaccompanied refugee children--vulnerability and agency. *Acta Paediatr.* 2013;102(7):666-8.
13. 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.
14. Derluyn I, Mels C, Broekaert E. Mental health problems in separated refugee adolescents. *J Adolesc Health.* 2009;44(3):291-7.
15. Jensen TK, Skardalsmo EM, Fjermestad KW. Development of mental health problems - a follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2014;8:29.
16. Vervliet M, Meyer Demott MA, Jakobsen M, Broekaert E, Heir T, Derluyn I. The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scand J Psychol.* 2014;55(1):33-7.
17. Broberg A. Anknytningsteori : betydelsen av nära känslomässiga relationer. 1. utg. ed. Stockholm: Natur och kultur; 2006. 362, [1] s. p.
18. Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I. Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2014;23(5):337-46.
19. Oppedal B, Idsoe T. The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scand J Psychol.* 2015;56(2):203-11.
20. Socialstyrelsen. www.socialstyrelsen.se 2017 [
21. Manhica H, Almquist Y, Rostila M, Hjern A. The use of psychiatric services by young adults who came to Sweden as teenage refugees: a national cohort study. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2016;1-9.
22. NASP, (Nationellt centrum för suicid prevention). <http://ki.se/nasp/hur-raknar-man-sjalvmordsstatistik> 2018 [

23. Folkhälsomyndigheten. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om-suicid/suicid-i-varlden/>. 2017.
24. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373(9672):1372-81.
25. Mittendorfer-Rutz E, Rasmussen F, Wasserman D. Familial clustering of suicidal behaviour and psychopathology in young suicide attempters. A register-based nested case control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43(1):28-36.
26. Mittendorfer-Rutz E, Rasmussen F, Wasserman D. Restricted fetal growth and adverse maternal psychosocial and socioeconomic conditions as risk factors for suicidal behaviour of offspring: a cohort study. *Lancet*. 2004;364(9440):1135-40.
27. Niederkrotenthaler T, Floderus B, Alexanderson K, Rasmussen F, Mittendorfer-Rutz E. Exposure to parental mortality and markers of morbidity, and the risks of attempted and completed suicide in offspring: an analysis of sensitive life periods. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66(3):233-9.
28. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ*. 2002;325(7374):1207-11.
29. Beckman K, Mittendorfer-Rutz E, Lichtenstein P, Larsson H, Almqvist C, Runeson B, et al. Mental illness and suicide after self-harm among young adults: long-term follow-up of self-harm patients, admitted to hospital care, in a national cohort. *Psychol Med*. 2016;46(16):3397-405.
30. Niederkrotenthaler T, Tinghog P, Alexanderson K, Dahlin M, Wang M, Beckman K, Gould M, Mittendorfer-Rutz E. Future risk of labour market marginalization in young suicide attempters--a population-based prospective cohort study. *Int J Epidemiol*. 2014;43(5):1520-30.
31. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll P W, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(3):264-77.
32. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47(3-4):372-94.
33. Krug GE, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano Re. *World Report on Health and Violence*. 2002.
34. Andres AR, Collings S, Qin P. Sex-specific impact of socio-economic factors on suicide risk: a population-based case-control study in Denmark. *Eur J Public Health*. 2010;20(3):265-70.
35. Andres AR, Halicioglu F. Determinants of suicides in Denmark: evidence from time series data. *Health Policy*. 2010;98(2-3):263-9.
36. Zammit S, Gunnell D, Lewis G, Leckie G, Dalman C, Allebeck P. Individual- and area-level influence on suicide risk: a multilevel longitudinal study of Swedish schoolchildren. *Psychol Med*. 2014;44(2):267-77.
37. Spallek J, Reeske A, Norredam M, Nielsen SS, Lehnhardt J, Razum O. Suicide among immigrants in Europe--a systematic literature review. *Eur J Public Health*. 2015;25(1):63-71.
38. Di Thiene D, Alexanderson K, Tinghog P, La Torre G, Mittendorfer-Rutz E. Suicide among first-generation and second-generation immigrants in Sweden: association with labour market marginalisation and morbidity. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69(5):467-73.
39. Norredam M, Olsbjerg M, Petersen JH, Laursen B, Krasnik A. Are there differences in injury mortality among refugees and immigrants compared with native-born? *Inj Prev*. 2012.
40. Bursztein Lipsicas C. *Suicide attempts among immigrants in Europe*. Stockholm: Karolinska Institutet; 2012. 52 s. p.

41. Crowley TJ. Adolescents and substance-related disorders: research agenda to guide decisions on Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-V). *Addiction*. 2006;101 Suppl 1:115-24.
42. Ramel B, Taljemark J, Lindgren A, Johansson BA. Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care. *Springerplus*. 2015;4:131.
43. Jägerskog M, BRIS. Barn som flytt : en riskgrupp för psykisk ohälsa. 32 sidor p.
44. Ahlbom A. Grunderna i epidemiologi. 3., omarb. uppl. ed. Lund: Studentlitteratur; 2006. 134 s.
45. Svensk författningssamling. Begravningsförordning (1990:1147) 1990.
46. Svensk författningssamling. Patientsäkerhetslag (2010:659). 2010.
47. Svensk författningssamling. Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2011:5) om lex Sarah 2013.
48. Svensk författningssamling. Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) (SFS 1990:52)
49. Kaunitz C, Jakobsson J. Ensamkommande barn och ungdomar placerade inom Statens institutionsstyrelse (SiS). *Socialmedicinsk tidsskrift* 2016;2016:1.
50. Svensk författningssamling 1998:204 Sf. Personuppgiftslagen (PUL) SFS 1998:204. 1998.
51. Svensk författningssamling. Offentlighets- och sekretesslag (2009:400). 2009.
52. McLoughlin AB, Gould MS, Malone KM. Global trends in teenage suicide: 2003-2014. *QJM*. 2015;108(10):765-80.
53. Goosen S, Kunst AE, Stronks K, van Oostrum IE, Uitenbroek DG, Kerkhof AJ. Suicide death and hospital-treated suicidal behaviour in asylum seekers in the Netherlands: a national registry-based study. *BMC Public Health*. 2011;11:484.
54. Salari R, Malekian C, Linck L, Kristiansson R, Sarkadi A. Screening for PTSD symptoms in unaccompanied refugee minors: a test of the CRIES-8 questionnaire in routine care. *Scand J Public Health*. 2017;45(6):605-11.
55. Hjern A, Allebeck P. Suicide in first- and second-generation immigrants in Sweden: a comparative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37(9):423-9.
56. Yasser M, Shaikh R, Chilakapati MK, Teni T. Raman spectroscopic study of radioresistant oral cancer sublines established by fractionated ionizing radiation. *PLoS One*. 2014;9(5):e97777.
57. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F, et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bull World Health Organ*. 2008;86(9):726-32.
58. O'Connor RC, Platt S, Gordon J. International handbook of suicide prevention research, policy and practice. Chichester ; Malden, MA: John Wiley & Sons; 2011. xv, 677 p. p.
59. Goren S, Gurkan F, Tiraschi Y, Ozen S. Suicide in children and adolescents at a province in Turkey. *Am J Forensic Med Pathol*. 2003;24(2):214-7.
60. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(4):386-405.
61. Gunnell D, Bennewith O, Hawton K, Simkin S, Kapur N. The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review. *Int J Epidemiol*. 2005;34(2):433-42.
62. World Health Organization. World Suicide Report. Preventing suicide: A global imperative. Geneva: World Health Organization, (WHO); 2014.
63. Wahlberg A, Kallestal C, Lundgren A, Essen B. Causes of death among undocumented migrants in Sweden, 1997-2010. *Glob Health Action*. 2014;7:24464.
64. Hollander AC, Bruce D, Ekberg J, Burstrom B, Borrell C, Ekblad S. Longitudinal study of mortality among refugees in Sweden. *Int J Epidemiol*. 2012;41(4):1153-61.

65. Sundvall M, Tidemalm DH, Titelman DE, Runeson B, Baarnhielm S. Assessment and treatment of asylum seekers after a suicide attempt: a comparative study of people registered at mental health services in a Swedish location. *BMC Psychiatry*. 2015;15:235.
66. Gomez SH, Tse J, Wang Y, Turner B, Millner AJ, Nock MK, et al. Are there sensitive periods when child maltreatment substantially elevates suicide risk? Results from a nationally representative sample of adolescents. *Depress Anxiety*. 2017;34(8):734-41.
67. Brendler-Lindqvist M, Norredam M, Hjern A. Duration of residence and psychotropic drug use in recently settled refugees in Sweden - a register-based study. *Int J Equity Health*. 2014;13.
68. Bäärnhielm S, Hollander AC. Kunskap om kulturella aspekter av hälsa är nyckel till jämlik vård. *Läkartidningen*. 2015;112.
69. Dwivedi Y. *The neurobiological basis of suicide*. Boca Raton, Fla.: CRC Press,; 2012..
70. Tinghög P. *Migration, Stress and Mental Ill Health: Postmigration Factors and Experiences in the Swedish Context*. 1. uppl. ed. Linköping: Department of Medical and Health Sciences, Linköping University; 2009.
71. Berry JW. *Cross-cultural psychology : research and applications*. 2nd ed. Cambridge, UK ; New York, NY: Cambridge University Press; 2002. xxii, 588 p. p.
72. Bhugra D, Gupta S, Schouler-Ocak M, Graeff-Calliess I, Deakin NA, Qureshi A, et al. EPA guidance mental health care of migrants. *Eur Psychiatry*. 2014;29(2):107-15.
73. King CA, Arango A, Ewell Foster C. Emerging trends in adolescent suicide prevention research. *Curr Opin Psychol*. 2017;22:89-94.
74. Liu RT, Case BG, Spirito A. Injection drug use is associated with suicide attempts but not ideation or plans in a sample of adolescents with depressive symptoms. *J Psychiatr Res*. 2014;56:65
75. Ammerman BA, Steinberg L, McCloskey MS. Risk-Taking Behavior and Suicidality: The Unique Role of Adolescent Drug Use. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2018;47(1):131-41.
76. Runyan CW, Becker A, Brandspigel S, Barber C, Trudeau A, Novins D. Lethal Means Counseling for Parents of Youth Seeking Emergency Care for Suicidality. *West J Emerg Med*. 2016;17(1):8-14.
77. Robinson J, Rodrigues M, Fisher S, Bailey E, Herrman H. Social media and suicide prevention: findings from a stakeholder survey. *Shanghai Arch Psychiatry*. 2015;27(1):27-35.
78. Huth-Bocks AC, Kerr DC, Ivey AZ, Kramer AC, King CA. Assessment of psychiatrically hospitalized suicidal adolescents: self-report instruments as predictors of suicidal thoughts and behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(3):387-95.
79. Asarnow JR, Berk M, Hughes JL, Anderson NL. The SAFETY Program: a treatment-development trial of a cognitive-behavioral family treatment for adolescent suicide attempters. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2015;44(1):194-203.
80. Bhui K, McKenzie K, Rasul F. Rates, risk factors & methods of self harm among minority ethnic groups in the UK: a systematic review. *BMC Public Health*. 2007;7:336.



**Karolinska
Institutet**

www.ki.se/im

ISBN 978-91-7676-052-9