

HÉLIO MANHICA

Mental health, substance misuse and labour market participation in teenage refugees in Sweden – A longitudinal perspective

Doktorsavhandling i folkhälsovetenskap vid Stockholms universitet, Centre for Health Equity Studies (CHESS), 2017.

Eskil Wadensjö

Många flyktingar har kommit som unga till Sverige under de senaste båda decennierna, antingen tillsammans med sina föräldrar eller annan legal vårdnadshavare eller som ensamkommande. En viktig fråga är hur det går för dem att etablera sig i Sverige och vilka svårigheter de kan möta på vägen. Det är en fråga som Hélio Manhica behandlar i sin avhandling som består av fem olika artiklar – fyra av dem är redan publicerade eller i ett fall antagen för publicering. Den femte artikeln är ännu i manuskriptform. Avhandlingen har en mycket omfattande introduktion (en ”kappa”) som sammanfattar och diskuterar resultaten.

Avhandlingen bygger på paneldata för flyktingar som var 13–19 år när de kom till Sverige under åren 1989–2004 och som fanns kvar i Sverige 2005. I fokus för avhandlingen är deras förhållanden under ett antal år efter 2005 (olika perioder behandlas i olika studier). Jämförelser görs i samtliga fall med personer som har svensk bakgrund och i ett par fall också med barn som adopterats från utlandet.

Den första studien behandlar hur ofta de som kommit som flyktingar under tonåren har behandlats i olika former av psykiatrisk vård under åren 2009–2013 när de var 20–36 år jämfört med de med svensk bakgrund i samma ålder. Resultatet är att flyktingarna oftare är i psykiatrisk sluten- eller tvångsvård än den svenska jämförelsegruppen men inte oftare än den svenska jämförelsegruppen i öppen psykiatrisk vård. Speciellt vanligt är det är de som kommer från länder på Afrikas Horn eller Iran får psykiatrisk sluten- och tvångsvård. Studien kan inte visa om denna skillnad beror på förhållande-

FÖRFATTARE

Eskil Wadensjö, Institutet för social forskning,
Stockholms universitet, eskil.wadensjo@sofi.su.se

na i hemlandet, förhållandena under flykten eller förhållandena i Sverige. Viktigt är också att understryka att skillnader och likheter inte bara behöver bero på den mentala hälsan hos olika grupper utan också på kunskap om möjligheterna att få vård. Att det inte finns några skillnader i andelen i öppenvård, kan bero på att de som har kommit som flyktingar har mindre kunskap om de möjligheter som finns att få sådan vård än vad de som är födda i Sverige har.

I den andra artikeln görs en jämförelse vad gäller frekvensen schizofreni mellan dem som adopterats från Östafrika och från Latinamerika, dem som kommit som unga flyktingar från samma områden (men inte samma länder) och en svensk jämförelsegrupp. Resultatet är att det för alla fyra grupper med utländsk bakgrund är vanligare att bli diagnostiserade med schizofreni än för gruppen med svensk bakgrund. Det är vanligare för både flyktingar och adopterade från Östafrika än för motsvande grupper från Latinamerika att få denna diagnos. I båda fallen är det något vanligare för de adopterade än för flyktingarna. Resultaten är överraskande och leder till nya forskningsfrågor. Varför är det mera vanligt än för de som är födda i Sverige, varför finns det skillnader mellan dem som kommer från olika områden och varför är det vanligare bland adopterade än bland flyktingar?

Den tredje studien behandlar frekvensen sjukhusbehandling och fällande domar relaterade till narkotika bland unga flyktingar. Också i detta fall jämförs med personer med svensk bakgrund. Huvudresultatet är att det är vanligare för män som kommit som flyktingar än för den svenska jämförelsegruppen, men att motsatsen gäller för kvinnor. Det senare dock med undantag för kvinnor som kommit från Iran. Bland män är det speciellt vanligt bland dem som är från Afrikas Horn och i något lägre grad också bland män som kommit som tonåriga flyktingar från Iran. Det finns en diskussion om vad som kan förklara dessa skillnader som traditioner med vissa former av narkotika i de länder flyktingarna kommer från.

Den fjärde studien behandlar förekomsten av alkoholrelaterad sjukhusvård för olika grupper av flyktingar jämfört med personer med svensk bakgrund. Resultatet är att två av de tre flyktinggrupper som ingår i studien, flyktingar från Jugoslavien (i praktiken från Bosnien) och från Mellanöstern, mindre ofta har varit i denna typ av vård, medan motsatsen är fallet för män från Somalia. Bland kvinnor är det ovanligt med alkoholrelaterad sjukhusvård i samtliga grupper inklusive gruppen med svensk bakgrund. En förklaring till de lägre talen för dem som är födda i Jugoslavien och Mellanöstern kan vara det förbud mot alkoholkonsumtion som finns inom Islam. Frågan är då varför det finns denna höga frekvens alkoholrelaterad sjukhusvård bland män som har kommit som tonåringar från Somalia, som ju också är ett muslimskt land.

De fyra studierna pekar i de flesta fall på att det finns större problem vad gäller vissa typer av mentalsjukdomar och vissa typer av missbruk bland flyktingar som

kommit till Sverige som tonåringar, speciellt pojkar, än bland individer födda i Sverige som är i samma ålder. Vi ska dock komma ihåg att det endast är liten del i alla grupperna som är i behandling mot sådana problem, men också att det är mycket viktigt att nå och hjälpa dem som har sådana problem i ett tidigt skede.

I den femte studien undersöks i vilken grad dels de båda grupperna av flyktingar, de som har kommit som ensamkommande, de som har kommit med föräldrar eller annan legalvårdnadshavare, dels de adopterade är i arbete (olika former), utbildning eller tillhör NEET-gruppen (not in employment, education or training) när de är 23–26 år. De tre grupperna av utlandsfödda är mindre ofta etablerade på arbetsmarknaden än de som är födda i Sverige, men de som kommit som flyktingar är oftare i studier (det gäller speciellt flickor). Att de som kommit som flyktingar studerar upp till en högre ålder för en viss given utbildning kan vara förklaringen. Man skulle kanske kunna förvänta sig att författaren med tanke på innehållet i de andra artiklarna skulle ha tagit med deltagande i olika typer av vård som en förklarande faktor, men det görs inte.

Avhandlingen är av både stort allmänt intresse och av betydande intresse för forskare på området. Den visar också att det finns mycket att forska vidare på inom området. Det finns dock några saker som skulle kunna förbättras i de föreliggande studierna. I flera av studierna tas inkomst med som en förklarande faktor i de mest utvecklade modellerna. Men det finns sannolikt också ett omvänt kausalt samband: olika typer av svårigheter som mentalsjukdomar och missbruk kan påverka inkomsten. Kausaliteten går rimligen i båda riktningar. Det finns olika metoder för att hantera detta problem, men ingen sådan metod används. Jag menar också att en viktig variabel saknas i de olika estimeringarna; den ålder i vilken barnet har kommit till Sverige. För barn som kommit flyktingar kan det göra stor skillnad att ha kommit som trettonårig eller sjuttonårig vad gäller etableringen i det svenska samhället. Även för dem som kommit som adoptivbarn kan det vara en väsentlig skillnad att ha kommit som ettåring istället för som fyraåring. Möjligheterna att få arbete skiljer sig mycket mellan olika delar av landet. Det görs en uppdelning på tre olika typer av områden men den borde ha varit noggrannare. Bland annat borde Stockholms län med dess mycket starka arbetsmarknad ha varit en egen kategori. Men det går ju att ta hänsyn till dessa kommentarer i kommande undersökningar.