

# Hur migration påverkar den psykiska hälsan

## EPIDEMIOLOGISKA PERSPEKTIV

Enligt Världsbanken fanns det över 258 miljoner migranter i världen i slutet av 2017 [1]. Av världens migranter flyttar 72 procent från ett låg- eller medelinkomstland, och bland dem är det ungefär lika många som när ett annat låg- eller medelinkomst som ett höginkomstland [2]. Om alla världens migranter skulle etablera en egen stat så skulle det vara världens femte mest befolkade [3]. Frågan hur migration påverkar den psykiska hälsan är därmed i högsta grad internationell och blir bara mer aktuell i takt med att migrationen i världen ökar.

I Sverige använder Statistiska centralbyrån (SCB) numera termen »utrikesfödda« för att beskriva personer som bor i Sverige men är födda utanför Sveriges gränser. Denna terminologi kommer att användas i den här artikeln. Sveriges befolkning bestod i slutet av 2018 av ungefär 19,1 procent utrikesfödda [4]. Det finns många olika grupper av utrikesfödda i Sverige. De största grupperna är personer som kommer för att arbeta, vanligen EU- eller EES-medborgare. Ytterligare stora grupper av utrikesfödda är personer som har familjeanknytning till Sverige (make/maka eller föräldrar i Sverige) eller personer som sökt skydd här.

FN:s flyktingorgan (UNHCR) beräknade att det fanns 25,4 miljoner flyktingar i världen 2017 (eller 68,5

**Anna-Clara Hollander**, med dr, leg psykolog  
 ● [anna-clara.hollander@ki.se](mailto:anna-clara.hollander@ki.se)

**Christina Dalman**, professor, överläkare, enheten psykisk hälsa, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, SLSO, Region Stockholm; båda forskargruppen Epidemiology of Psychiatric Conditions, Substance Use and Social Environment (EPICSS), institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm

grupper beroende på om de fått uppehållstillstånd eller inte och på vilka grunder de fått uppehållstillstånd. Asylsökande är en utländsk medborgare som tagit sig till Sverige och begärt skydd, men som ännu inte fått sin ansökan slutligt prövad av Migrationsverket och/eller migrationsdomstol [6]. Om en asylsökandes ansökan blir godkänd och personen får uppehållstillstånd i Sverige finns det olika kategorier av skyddsbehövande; nedan kommer dock begreppet »flykting« användas både för konventionsflyktingar och för skyddsbehövande. Alla flyktingar har inte varit asylsökande i Sverige. Kvotflyktingar är personer som har bedömts vara i behov av skydd på grund av extra svåra omständigheter och väljs ut på plats av FN:s flyktingorgan UNHCR och Migrationsverket, ofta i flyktingläger, varför dessa har uppehållstillstånd i Sverige redan från start, och har därmed inte varit asylsökande. Personer utan (nödvändiga) tillstånd är personer som befinner sig i Sverige utan tillstånd, oftast efter ett avslag på asylansökan, men kan även vara till exempel offer för människohandel eller personer som aldrig ansökt om uppehållstillstånd.

### Migration och psykisk hälsa

Det finns få tillförlitliga epidemiologiska studier av psykisk ohälsa hos utrikesfödda i världen [7] och i Sverige, men antalet studier växer stadigt. I Sverige har större befolkningsstudier, baserade på exempelvis enkäter, ofta en alltför låg andel utrikesfödda som deltar för att dra några säkra slutsatser om denna grupp [8]. Dessutom är utrikesfödda en heterogen grupp vad gäller ursprungsland och tid i Sverige, vilket innebär svårigheter att ge entydiga svar. Kvaliteten på epidemiologiska studier avgörs bland annat av diagnosernas validitet (det vill säga att studiepopulationerna verkligen har de diagnoser som de får i studien). Nedan kommer förekomsten av psykisk ohälsa och psykisk sjuklighet hos utrikesfödda i framför allt höginkomstländer inklusive Sverige att beskrivas generellt, men även hos vissa undergrupper, som till exempel flyktingar.

### Depression, ångest och PTSD

I en omfattande systematisk översikt och metaanalys publicerad 2018 var förekomsten av depression hos

»Om alla världens migranter skulle etablera en egen stat så skulle det vara världens femte mest befolkade.«

miljoner om man räknar med människor som tvingats fly sitt hem men stannat inom sitt land) [5]. Detta är den högsta siffran som UNCHR någonsin uppmätt [5]. Den absoluta majoriteten av flyktingar får skydd i låg- eller medelinkomstländer (85 procent). Andelen som söker skydd i Europa har gått ner påtagligt sedan 2015, och detta gäller även Sverige [6]. Cirka hälften av världens flyktingar uppskattas vara under 18 år, och en betydande del av dessa har flytt utan föräldrar, vårdnadshavare eller andra släktingar [5], så kallade ensamkommande barn.

Personer som sökt skydd i Sverige kan delas in i

#### HUVUDBUDSKAP

- I slutet av 2018 var en femtedel av Sveriges befolkning född utanför Sverige.
- Utrikesfödda i Sverige, inklusive flyktingar, har högre risk för psykossjukdom och PTSD men lägre risk för alkoholberoende och suicid än svenskfödda.
- Vad gäller depression och ångest har flyktingar högre risk än andra utrikesfödda, men det är oklart om övriga utrikesfödda har högre risk än svenskfödda.
- Asylsökande verkar särskilt utsatta vad gäller psykisk ohälsa, och detta är extra tydligt för barn som kommit utan föräldrar.
- Hälsöfrämjande faktorer för utrikesfödda inbegriper bland annat social inkludering med arbete eller utbildning för vuxna, och förskola och skola för barn och ungdomar.



## » Psykosrisken hos utrikesfödda varierar ... både med ursprungsland och ankomstland.«

utrikesfödda 15,6 procent, och författarna konstaterade att utrikesfödda därmed inte hade en högre sannolikhet för depression än jämförbara personer födda i de nya hemländerna [9]. Enligt artikeln varierade dock förekomsten av depression med ålder och tid i ankomstlandet. Yngre och personer som varit kort tid i det nya landet hade en högre sannolikhet för depression. Äldre studier har visat att förekomsten av depression och ångest hos utrikesfödda skiljer sig beroende på ankomstland. Utrikesfödda i USA har inte haft högre sannolikhet än inrikesfödda, även om det varierat med ursprungsland och ålder [10], medan utrikesfödda i Europa oftare har haft högre risk för affektiva sjukdomar än majoritetsbefolkningen [10-12]. I meta-studien från 2018 fann forskarna en skillnad mellan engelsktalande länder och andra länder vad gällde förekomst (punktprevalens). I anglosaxiska länder var skillnaderna mellan utrikes- och inrikesfödda lägre än i övriga länder, men skillnaderna mellan anglosaxiska länder och de övriga var inte signifikanta [9]. I en finsk befolkningsstudie från 2017 hade utrikesfödda en lägre risk för ångestsjukdomar än finskfödda, men även detta varierade med ursprungsland [13].

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) finns över hela världen och diagnosen har transkulturell validitet [14]. Prevalensen varierar emellertid mellan länder, och i en studie där 24 länder ingick (dock inte Sverige) varierade livstidsprevalensen mellan 0,3 och 9,2 procent, med en genomsnittlig livstidsprevalens på 3,21 procent [15]. I en annan europeisk studie (inte heller här ingick Sverige) fann författarna att den högsta förekomsten av PTSD återfanns i det krigshärjade Kroatien, följt av Nederländerna, Storbritannien, Frankrike och Tyskland [16]. I den enda större studien av PTSD i Sverige fann forskare en livstidsprevalens på 5,6 procent med ett 1:2-förhållande mellan män och kvinnor [17]. Utrikesfödda hade en ökad sannolikhet jämfört med svenskfödda. Denna studie, som byggde på enkätsvar via posten, publicerades 2005, men sedan dess har Sverige haft en stor ökning av antalet utrikesfödda med flyktingerfarenheter, ofta med traumatiska händelser bakom sig.

Flyktingar är en grupp som återkommande sticker ut på grund av höga risker för depression, ångest och PTSD. Detta gäller även Sverige [18, 19]. I en rapport från Röda Korsets högskola från 2016 redovisar forskare resultaten från en tvärsnittsstudie av 1 215 nyanlända från Syrien med permanent uppehållstillstånd som blivit kommunmottagna mellan åren 2011 och 2013 i Sverige [19]. Resultaten visar att den psykiska ohälsan var omfattande. Bland nyanlända med uppehållstillstånd från Syrien hade var tredje en högst påtaglig depressions- eller ångestproblematik, samtidigt som 30 procent uppgav symtom som stämmer överens med PTSD. En hög andel av studiedeltagare angav att de varit utsatta för någon typ av traumatisk händelse i sitt tidigare hemland eller under sin tid på flykt, och 30 procent av de nyanlända från Syrien angav att de blivit utsatta för tortyr [19, 20].

Asylsökande är en grupp för vilken kunskapen om den psykiska ohälsan är låg, delvis på grund av svårigheterna att komma i kontakt med och studera denna grupp. Tinghög och medarbetare fann att psykisk ohälsa i form av depression, ångest, PTSD och lågt välbefinnande var betydligt vanligare bland asylsökande än bland nyanlända som fått uppehållstillstånd i Sverige [19]. Personer som fått uppehållstillstånd som flyktingar efter att ha ansökt som asyl hade en högre risk för PTSD än personer som varit kvotflyktingar [21].

### Psykosjukdom

Studier i Sverige och i andra länder har samstämmigt visat att utrikesfödda och deras barn har en betydligt högre risk för psykosjukdom än majoritetsbefolkningen [22-24]. De höga riskerna hos utrikesfödda kan inte förklaras med selektion, det vill säga att personer med risk för psykos har ökad sannolikhet att utvandra. Inte heller har feldiagnostisering visat sig förklara hela riskökningen [22, 25]. Psykosrisken hos utrikesfödda varierar dock både med ursprungsland och ankomstland. I exempelvis Storbritannien har personer med ursprung i Karibien eller Afrika söder om Sahara den mest förhöjda risken [26, 27] medan det i Nederländerna är personer födda i Marocko [28-30]. I Sverige har personer från Afrika söder om Sahara en särskilt förhöjd risk [31]. Utrikesfödda i Kanada och Israel har också en förhöjd risk för psykos, men i dessa länder är överriskerna för psykos längre [24].

Den ökade risken hos utrikesfödda verkar vara specifik för psykotiska symtom, då en svensk studie visar att bara varianten med psykotiska inslag är vanligare hos utrikesfödda personer diagnostiserade med bipolär sjukdom, medan varianten utan psykotiska inslag är vanligare i den inrikesfödda befolkningen [32]. Eftersom studien bygger på vårdsökande kan dock en alternativ förklaring vara att utrikesfödda i lägre grad söker vård vid bipolär sjukdom utan psykotiska symtom jämfört med den inrikesfödda befolkningen.

Risken för icke-affektiv psykos är signifikant högre hos flyktingar än hos andra utrikesfödda som kommit från samma regioner som flyktingarna [31]. Detta skulle kunna tyda på att traumatiska upplevelser utgör en riskfaktor för psykos. Eftersom den höga förekomsten av icke-affektiv psykos hos flyktingar delvis skulle kunna förklaras med diagnostiseringssvårigheter, till exempel svårigheten att skilja dissociativa

störningar bland flyktingar med PTSD från hallucinationer, så pågår nu ett projekt i forskargruppen EPICSS där psykosdiagnoser hos utrikesfödda jämförs med journalanteckningar för att studera validiteten i psykosdiagnosen. Personer som kommit till Sverige som kvotflyktingar hade en högre psykosrisk än personer som fått uppehållstillstånd efter att ha sökt asyl [21].

### Suicid

Utrikesfödda har ofta en lägre risk för suicid än den inrikesfödda befolkningen [33]. Både i Sverige och i Danmark har utrikesfödda en lägre suicidrisk än majoritetsbefolkningen [34, 35]. Det verkar finnas en kulturell aspekt av suicidrisk där utrikesfödda »tar med sig« suicidrisken från sitt hemland. Även om suicidtal i Sverige inte är högst i Europa, utan snarare nära medelvärdet [36], så kommer merparten av de utrikesfödda från länder med lägre suicidtal [36]. Risken för suicid ökar dock över tid, och efter 20-25 år i Sverige har utrikesfödda lika hög risk som svenskfödda [37]. Trots flyktingars sociala utsatthet [38] och i övrigt högre risk för psykisk ohälsa [39] så har flyktingar ingen högre suicidrisk än andra utrikesfödda i Sverige [37]. Detta gäller dock inte asylsökande unga män, som har en betydligt högre risk än svenskfödda [40].

### Beroende

Studier av alkohol- och narkotikaproblematik hos utrikesfödda i en europeisk kontext är få [41]. I väst-europeiska studier av problematisk alkoholkonsumtion (inklusive självrapporterad »binge drinking« [på svenska hetsdrickande] och övrig konsumtion av ohälsosamma mängder alkohol och registerdokumenterad beroende- och sjukhusvård för alkoholrelaterade skador) finns ett mönster där utrikesföddas alkoholkonsumtion präglas av hur vanorna ser ut i ursprungslandet [42-47]. I de flesta studier har personer födda utanför Europa lägre risk för alkoholproblematik än personer som är födda i de europeiska länderna. En spansk enkätstudie från 2007 fann en generellt lägre förekomst av alkoholproblematik hos utrikesfödda i Spanien än hos inrikesfödda spanjorer [44]. En finsk och en norsk studie, båda med enkätsvar som datakälla, visar att det är vanligare att personer födda i landet ägnar sig åt hetsdrickande än utrikesfödda. I den finska studien var riskfaktorer för hetsdrickande hos den utrikesfödda befolkningen låg ålder, hög utbildningsnivå, att ha ett arbete samt lång vistelsetid i Finland [41]. I Danmark rapporterade en studie att en större andel utrikesfödda än inrikesfödda hade en alkoholkonsumtion i linje med den danska Folkhälsomyndighetens rekommendationer [45].

Studierna av narkotikaberoende hos utrikesfödda är ännu färre och slutsatserna motsägande [41]. En norsk enkätstudie visar att skillnaderna mellan norskfödda och utrikesfödda ungdomar är mindre vad gäller cannabisbruk än alkoholbruk, även om det finns ungdomsgrupper från vissa delar av världen med påtagligt lägre cannabisbruk än norska ungdomar [42]. I Nederländerna visar en enkätstudie att ungdomar som talar det lokala språket använder cannabis i högre utsträckning än de som inte gör det och att det beror på umgänget med inrikesfödda ungdomar [48].

Vad gäller beroendeproblematik hos flyktingar i Europa så finns ett fåtal studier. I en enkätstudie av

flyktingar framför allt från före detta Jugoslavien som bosatt sig i Tyskland, Italien och Storbritannien fann forskarna att 4,4 procent av de 854 flyktingarna som deltog i studien uppfyllde kriterierna för någon sorts beroendesjukdom, men dessa jämfördes varken med andra utrikesfödda som inte var flyktingar eller med inrikesfödda personer [49]. Författarna drog dock slutsatsen att beroendesjuklighet inte prediceras av krigsstressorer utan snarare av att vara man, ung och inte ha någon partner [49]. Studier vad gäller flyktingar från utanför Europa visar att även om det kan finnas en effekt av flyktingtrauma [50] har ursprungslandets brukarkultur av alkohol- och narkotika en stor inverkan under i alla fall de första åren [51].

Av de svenska studier som finns inom området märks en äldre (2004) studie av alkoholberoende hos utrikesfödda vuxna [46]. Studien fann att alla grupper utom personer som flyttat hit från Finland hade samma eller lägre risk jämfört med svenskfödda [46]. Den alkoholrelaterade sjukligheten skattades med hjälp av slutenvård för alkoholrelaterade diagnoser, vilket författarna konstaterade var en svaghet med studien [46]. I en nyare registerstudie (2017) fann Manhica och medarbetare att personer som anlänt till Sverige som flyktingar i åldrarna 13-19 år hade en lägre risk

---

**»Både i Sverige och i Danmark har utrikesfödda en lägre suicidrisk än majoritetsbefolkningen.«**

---

för slutenvård på grund av alkoholrelaterade diagnoser än unga svenskfödda och att slutenvård på grund av alkoholrelaterade diagnoser var vanligare bland ensamkommande unga än bland dem som kommit med föräldrar [52]. I ytterligare en studie av Manhica och medarbetare från 2016 som undersökte skillnader mellan svenskfödda och flyktingungdomar vad gällde narkotikarelaterade problem kompletterades data från Patientregistret med uppgifter om narkotikarelaterad brottslighet. Forskarna fann att personer som kommit till Sverige som flyktingar hade efter tio år i Sverige en ökad risk att både bli straffade och få sjukhusvård på grund av narkotikamissbruk jämfört med svenskfödda, men att detta inte skiljde sig mellan ensamkommande unga flyktingar och de som kommit med sina föräldrar [53].

### Barn

Barn som tvingas fly är en särskilt utsatt grupp. En systematisk litteraturoversikt visade att en särskilt framträdande riskfaktor är att utsättas för eller bevittna våld, medan stabila förhållanden och socialt stöd i det nya landet är faktorer som skyddar mot psykisk ohälsa [54].

En person under 18 år som skiljts från sina föräldrar eller annan vårdnadshavare före ankomsten till Sverige definieras som ett ensamkommande barn. Ensamkommande barn har paradoxalt nog både en hög risk för psykisk ohälsa och en hög funktionsnivå och en

positiv syn på framtiden [55]. Ett flertal studier i Europa har visat att ångest, depression och PTSD är vanligare hos ensamkommande barn än hos både barn som kommit med föräldrar (eller andra vårdnadshavare) och barnen i mottagarlandet [56-59]. Psykisk ohälsa bland ensamkommande barn är dessutom bestående över tid [57, 58]. Suicidrisken hos ensamkommande unga asylsökande är hög, och under 2017 skattades den i Sverige till 51,2 per 100 000 (mellan 10 och 21 år gamla) och 40,7 per 100 000 (14 till 18 år) [40]. Motsvarande siffror var 6,2 och 5,3 för den jämnåriga svenska populationen under 2016.

## Papperslösa (personer utan nödvändiga tillstånd)

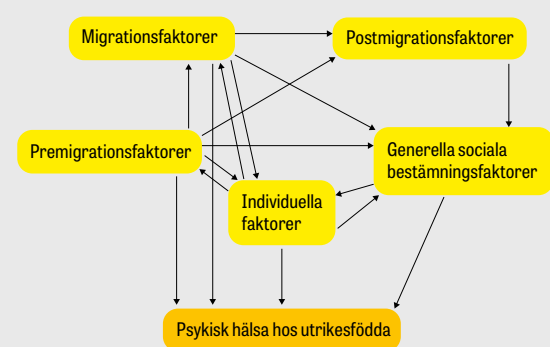
Det finns få studier av personer som lever som gömda i Sverige (papperslösa, det vill säga vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd, även kallade tillståndslösa). De studier som ändå försökt kartlägga den psykiska hälsan i denna grupp har funnit att det är en grupp som lever under en mycket omfattande psykisk stress [60].

## Hälsofrämjande faktorer för utrikesfödda/flyktingar

Faktorer som kan anses skydda mot psykisk ohälsa skiljer sig inte mellan utrikes- och inrikesfödda. Grundpelare i detta är en ordnad tillvaro med arbete eller utbildning för vuxna respektive förskola och skola för barn och ungdomar. Utrikesföddas psykiska hälsa påverkas inte bara av hälsans generella bestämningsfaktorer (till exempel livsvillkor och levnadsvanor) utan även av faktorer som fanns i hemlandet (premigrationsfaktorer), under själva migrationen (migrationsfaktorer) och faktorer i det nya landet (postmigrationsfaktorer) [18, 59]. För en schematisk beskrivning av detta, se Figur 1.

Studier visar att en faktor som är extra relevant för utrikesföddas och flyktingars psykiska hälsa är social inkludering [61]. Riskfaktorer är fattigdom, att utsättas för rasism och diskriminering och att förlora sin sociala status (det vill säga att ha en lägre social status i det nya landet än man hade i ursprungslandet) [61]. För arbetskraftsinvandrare spelar BNP i det nya landet in: högre BNP i det nya landet innebar lägre

FIGUR 1. Hälsopåverkande faktorer



► Utrikesföddas psykiska hälsa påverkas av premigrationsfaktorer, migrationsfaktorer, postmigrationsfaktorer och hälsans generella bestämningsfaktorer.

Grafik: LT

risk för psykisk ohälsa [61]. Ytterligare faktorer är närhet till familj och/eller annat socialt skyddsnetz (återförening med familj är förstås centralt i detta). I Röda Korsets rapport från 2016 svarade över 60 procent av de nyanlända och asylsökande från Syrien på ett sätt som indikerade att de hade ett svagt socialt stöd [19]. Vad gäller psykosrisk hos utrikesfödda är ett familjenätverk vid tidpunkten för immigration skyddande för kvinnor men en riskfaktor för män [62]. En studie av ensamkommande barn visade att ensamkommande som har kontakt med familj i hemlandet kände mer socialt stöd, vilket också kunde kopplas till lägre nivåer av depression [63].

Sammanfattningsvis kan konstateras att utrikesfödda har högre risker vad gäller viss typ av psykisk ohälsa men verkar skyddade när det gäller annan psykisk ohälsa och beroende. Asylsökande och flyktingar verkar dock särskilt utsatta, och detta gäller inte minst de som kommit utan föräldrar. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2020;117:FTPS

## SUMMARY

### How migration impacts mental health – epidemiological perspectives

At the end of 2018, almost 1/5th of Sweden's population were migrants (born abroad). Migrants in Sweden, including refugee migrants, have higher risks for psychosis and PTSD, but lower risks for alcohol dependence and suicide than Swedish-born. Regarding depression and anxiety, refugees have a higher risk than other foreign-born people, but it is unclear whether other foreign-born persons are at higher risk than Swedish-born. Asylum seekers and refugees seem particularly vulnerable to poor mental health, and this is especially apparent for so called unaccompanied migrant minors. Health-promoting factors are social inclusion with work or education for adults, and preschool and school for children and adolescents.

REFERENSER

1. World Bank Group, Global Knowledge Partnership on Migration and Development (KNOMAD). Migration and ethnic minorities: a population based study in 23 European countries. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2012;47(1):97-109. <http://documents.worldbank.org/curated/en/805161524552566695/pdf/125632-WP-PUBLIC-MigrationandDevelopment-Brief.pdf>
2. World Bank Group, Global Knowledge Partnership on Migration and Development (KNOMAD). Migration and ethnic minorities: a population based study in 23 European countries. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2012;47(1):97-109. <http://documents.worldbank.org/curated/en/805161524552566695/pdf/125632-WP-PUBLIC-MigrationandDevelopment-Brief.pdf>
3. UN Department of Economic and Social Affairs (DESA). World population prospects: the 2008 revision. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/trends/population-prospects.asp>
4. Statistiska centralbyrån (SCB). <http://www.scb.se>
5. UN High Commissioner for Refugees (UNHCR). <http://www.unhcr.org/>
6. Migrationsverket. <http://www.migrationsverket.se>
7. Bradby H, Humphris R, Newall D, et al. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region. Health evidence synthesis report 44. Copenhagen: World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe; 2015.
8. Landberg J, Ramstedt M, Sundin E. Socioekonomiska skillnader i beroende och utsatthet för andras användning av alkohol, narkotika och tobak. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN); 2018. Rapport 176.
9. Foo SQ, Tam WW, Ho CS, et al. Prevalence of depression among migrants: a systematic review and meta-analysis. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(9).
10. Breslau J, Borges G, Hagar Y, et al. Immigration to the USA and risk for mood and anxiety disorders: variation by origin and age at immigration. Psychol Med. 2009;39(7):1117-27.
11. Missinne S, Bracke P. Depressive symptoms among immigrants and ethnic minorities: a population based study in 23 European countries. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2012;47(1):97-109.
12. Swinnen SG, Selten JP. Mood disorders and migration: meta-analysis. Br J Psychiatry. 2007;190:6-10.
13. Markkula N, Lehti V, Gissler M, et al. Incidence and prevalence of mental disorders among immigrants and native Finns: a register-based study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2017;52(12):1523-40.
14. Bisson JI, Cosgrove S, Lewis C, et al. Post-traumatic stress disorder. BMJ. 2015;351:h6161.
15. Dücker ML, Alisic E, Brewin CR. A vulnerability paradox in the cross-national prevalence of post-traumatic stress disorder. Br J Psychiatry. 2016;209(4):300-5.
16. Burri A, Maercker A. Differences in prevalence rates of PTSD in various European countries explained by war exposure, other trauma and cultural value orientation. BMC Res Notes. 2014;7:407.
17. Frans O, Rimmö PA, Åberg L, et al. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. Acta Psychiatr Scand. 2005;111(4):291-9.
18. 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.
19. Tinghög P, Arwidson C, Sigvardsson E, et al. Nyanlända och asylsökande i Sverige: en studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor. Huddinge: Röda Korsets högskola; 2016. Rapport 2016:1.
20. Hollander AC, Bruce D, Burström B, et al. The association between immigrant subgroup and poor mental health: a population-based register study. J Nerv Ment Dis. 2013;201(8):645-52.
21. Duggal A, Kirkbride JB, Dalman C, et al. Risk of non-affective psychotic disorder and post-traumatic stress disorder by refugee status in Sweden. J Epidemiol Community Health. Under publ 2019.
22. Selten JP, Hoek H. Does misdiagnosis explain the schizophrenia epidemic among immigrants from developing countries to Western Europe? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2008;43(12):937-9.
23. Bourque F, van der Ven E, Malla A. A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. Psychol Med. 2011;41(5):897-910.
24. Selten JP, van der Ven E, Termorshuizen F. Migration and psychosis: a meta-analysis of incidence studies. Psychol Med. 2019;(Feb 6):1-11.
25. Selten JP, Cantor-Graae E, Slaets J, et al. Odegaard's selection hypothesis revisited: schizophrenia in Surinamese immigrants to The Netherlands. Am J Psychiatry. 2002;159(4):669-71.
26. Cochrane R, Bal SS. Migration and schizophrenia: an examination of five hypotheses. Soc Psychiatry. 1987;22(4):181-91.
27. Coid JW, Kirkbride JB, Barker D, et al. Raised incidence rates of all psychoses among migrant groups: findings from the East London first episode psychosis study. Arch Gen Psychiatry. 2008;65(11):1250-8.
28. Selten JP, Sijben N. First admission rates for schizophrenia in immigrants to The Netherlands. The Dutch National Register. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1994;29(2):71-7.
29. Selten JP, Slaets JP, Kahn RS. Schizophrenia in Surinamese and Dutch Antillean immigrants to The Netherlands: evidence of an increased incidence. Psychol Med. 1997;27(4):807-11.
30. Veling W, Selten JP, Veien N, et al. Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in the Netherlands: a four-year first-contact study. Schizophr Res. 2006;86(1-3):189-93.
31. Hollander AC, Dal H, Lewis G, et al. Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. BMJ. 2016;352:i1030.
32. Dykxhoorn J, Hollander AC, Lewis G, et al. Risk of schizophrenia, schizoaffective, and bipolar disorders by migrant status, region of origin, and age-at-migration: a national cohort study of 1.8 million people. Psychol Med. 2018;(Dec 5):1-10.
33. Spallek J, Reeske A, Norredam M, et al. Suicide among immigrants in Europe - a systematic literature review. Eur J Public Health. 2015;25(1):63-71.
34. Norredam M, Olsbjerg M, Petersen JH, et al. Are there differences in injury mortality among refugees and immigrants compared with native-born? Inj Prev. 2013;19(2):100-5.
35. Di Thiene D, Alexanderson K, Tinghög P, et al. 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.
36. World Health Organization. World Health Statistics data visualizations dashboard. <https://apps.who.int/gho/data/node.sdg>
37. Hollander AC, Pitman A, Sjöqvist H, et al. Suicide risk among refugees compared with non-refugee migrants and the Swedish-born majority population. Br J Psychiatry. Epub 14 okt 2019. doi: 10.1192/bjp.2019.220
38. Münz R. Migration, labor markets, and integration of migrants: an overview for Europe. HWWI Policy paper No 3-6. Hamburg: Hamburgisches Weltwirtschaftsinstitut; 2007.
39. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. Lancet. 2005;365(9467):1309-14.
40. Hagström A, Hollander A, Mittendorfer-Rutz E. Kartläggning av självskaadebeteende, suicidförsök, suicid och annan dödlighet bland ensamkommande barn och unga. Rapport. Stockholm: Karolinska institutet, institutionen för klinisk neurovetenskap, Avdelningen för försäkringsmedicin; 2018.
41. Salama E, Niemela S, Suvisaari J, et al. The prevalence of substance use among Russian, Somali and Kurdish migrants in Finland: a population-based study. BMC Public Health. 2018;18(1):651.
42. Abebe DS, Hafstad GS, Brunborg GS, et al. Binge drinking, cannabis and tobacco use among ethnic Norwegian and ethnic minority adolescents in Oslo, Norway. J Immigr Minor Health. 2015;17(4):992-1001.
43. Amundsen EJ. Low level of alcohol drinking among two generations of non-Western immigrants in Oslo: a multi-ethnic comparison. BMC Public Health. 2012;12:535.
44. Carrasco-Garrido P, De Miguel AG, Barrera VH, et al. Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. Eur J Public Health. 2007;17(5):503-7.
45. Hansen AR, Ekholm O, Kjoller M. Health behaviour among non-Western immigrants with Danish citizenship. Scand J Public Health. 2008;36(2):205-10.
46. Hjern A, Allebeck P. Alcohol-related disorders in first- and second-generation immigrants in Sweden: a national cohort study. Addiction. 2004;99(2):229-36.
47. Svensson M, Hagquist C. Adolescent alcohol and illicit drug use among first- and second-generation immigrants in Sweden. Scand J Public Health. 2010;38(2):184-91.
48. Delforterie MJ, Creemers HE, Huizink AC. Recent cannabis use among adolescent and young adult immigrants in the Netherlands - the roles of acculturation strategy and linguistic acculturation. Drug Alcohol Depend. 2014;136:79-84.
49. Bogic M, Ajdukovic D, Bremner S, et al. Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. Br J Psychiatry. 2012;200(3):216-23.
50. Luitel NP, Jordans M, Murphy A, et al. Prevalence and patterns of hazardous and harmful alcohol consumption assessed using the AUDIT among Bhutanese refugees in Nepal. Alcohol Alcohol. 2013;48(3):349-55.
51. Lee JP, Pagano A, Nhoung H, et al. Cultural norms regarding alcohol use among two generations of Cambodian Americans [poster]. 35th Annual meeting of the Research Society on Alcoholism, San Francisco, 23-27 June 2012.
52. Manhica H, Gauffin K, Almqvist YB, et al. Hospital admissions due to alcohol related disorders among young adult refugees who arrived in Sweden as teenagers - a national cohort study. BMC Public Health. 2017;17(1):644.
53. Manhica H, Gauffin K, Almqvist YB, et al. Hospital admission and criminality associated with substance misuse in young refugees - a Swedish national cohort study. PLoS One. 2016;11(11):e0166066.
54. Fazel M, Reed VR, Panter-Brick C, et al. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. Lancet. 2012;379(9812):266-82.
55. Eide K, Hjern A. Unaccompanied refugee children - vulnerability and agency. Acta Paediatr. 2013;102:666-8.
56. Derluyin I, Mels C, Broekaert E. Mental health problems in separated refugee adolescents. J Adolesc Health. 2009;44(3):291-7.
57. Jensen TK, Skårdsalmo EM, Fjermestad KW. Development of mental health problems - a follow-up study of unaccompanied refugee minors. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2014;8:29.
58. Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, et al. Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2014;23(5):337-46.
59. Vervliet M, Meyer Demott MA, Jakobsen M, et al. The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. Scand J Psychol. 2014;55(1):33-7.
60. Andersson L, Hjern A, Ascher H. Undocumented adult migrants in Sweden: mental health and associated factors. BMC Public Health. 2018;18(1):1369.
61. Close C, Kouvonon A, Bosqui T, et al. The mental health and wellbeing of first generation migrants: a systematic-narrative review of reviews. Global Health. 2016;12(1):47.
62. Dykxhoorn J, Hollander AC, Lewis G, et al. Family networks during migration and risk of non-affective psychosis: a population-based cohort study. Schizophr Res. 2019;208:268-75.
63. 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.