

# Ensamkommande ungdomar med alkohol- och narkotikaproblem – en riskgrupp?

Mikael Dahlberg

Mikael Dahlberg, fil dr i socialt arbete, socionom,  
Institutionen för pedagogik och lärande, Linnéuniversitetet.  
E-post: mikael.dahlberg@lnu.se

Droganvändning bland ensamkommande ungdomar har varit föremål för en omfattande rapportering i media de senaste åren och har ofta framställts som ett eskalerande socialt problem. I artikeln beskrivs likheter och skillnader mellan ensamkommande ungdomar och andra ungdomar som påbörjar öppenvård för missbruk i relation till social situation, användning av droger, brottslighet, våldsutsatthet samt fysisk och psykisk hälsa. Studien är baserad på strukturerade intervjuer med 1 255 ungdomar på tolv öppenvårdsverksamheter i Sverige, 93 av dessa individer är ensamkommande ungdomar. Studien visar att ensamkommande ungdomar, trots traumatiska upplevelser och betydande psykologiska besvär, använder alkohol och droger i mindre utsträckning än andra ungdomar som påbörjar öppenvård. Det kan således vara problematiskt att betrakta dessa ungdomar som en särskild högriskgrupp som utgör stora utmaningar för det svenska välfärdssystemet.

Drug use among unaccompanied minors has been covered extensively by the media in recent years and has often been characterised as an escalating social problem. The article describe similarities and differences between unaccompanied minors and other youths who begin outpatient treatment for substance abuse in relation to their social situations, use of drugs, criminal activity, exposure to violence and physical and mental health. The study is based on structured interviews with 1,225 youths at twelve outpatient clinics in Sweden, 93 of these individuals are unaccompanied minors. The study shows that unaccompanied minors, in spite of traumatic experiences and significant psychological distress, use alcohol and drugs to a lesser extent than other youths who begin outpatient treatment. It can thus be problematic to regard these young people as a particularly high-risk group who present major challenges to the Swedish welfare system.

## Introduktion

En stor andel ensamkommande barn har flytt till Sverige under det senaste decenniet. Från år 2005 då det var ca 400 som ansökte om asyl till drygt 35 000 under 2015. Efter att Sverige infört gränskontroller och striktare regler för uppehållstillstånd har antalet asylsökande åter minskat till ca 900 år 2019 (Migrationsverket, 2020). Ursprungsländerna är för merparten Afghanistan, Marocko, Somalia och Syrien (Migrationsverket 2017) och pojkar är påtagligt överrepresenterade (Çelikaksoy & Wadensjö 2016). De främsta orsakerna till deras flykt är krig och konflikter, våld och politisk förföljelse, etnisk diskriminering samt en önskan om ett bättre liv och en ljusare framtid med möjligheter till utbildning och välfärd (Hirani m.fl. 2016; Marquardt m.fl. 2016; Socialstyrelsen 2013; UNHCR 2016).

I medier och tidskrifter har ensamkommande ungdomars droganvändning de senaste åren fått stor uppmärksamhet och företeelsen har inte sällan lyfts fram som ett omfattande och eskalerande samhällsproblem. De lever på storstädernas gator, begår kriminella handlingar, utnyttjas sexuellt och är beroende av droger, vanligen av tyngre preparat som heroin och kokain. Särskilt pekats ungdomar från Afghanistan och Nordafrika ut som problemtyngda grupper (CAN 2017; Pettersson 2016). Dessa nyheter är ofta baserade på enskilda iakttagelser av poliser och socialarbetare, mer sällan utifrån större empiriska underlag. Denna artikel redogör för en studie av ensamkommande ungdomar som påbörjar en behandlingskontakt för alkohol- och narkotikaproblem.

Ensamkommande ungdomar beskrivs vanligen som en riskgrupp, särskilt när det gäller att utveckla psykisk ohälsa (Carlson m.fl. 2012; Derluyn m.fl. 2009; Eide & Hjern 2013; Fazel m.fl. 2012; Hodes m.fl. 2008; McCormack & Walker 2005; Ramel m.fl. 2015), eller alkohol- och narkotikaproblem (Mills & Knight 2007; Patel m.fl. 2004). Enligt flera studier har ensamkommande ungdomar generellt en högre risk för psykisk påfrestning och stress till följd av tidigare svårartade livsförhållanden, våldsutsatthet och återkommande traumatiska erfarenheter (Ekblad 2011; Huerner m.fl. 2009).

Genom att de ensamkommande ungdomarna samtidigt saknar emotionellt och socialt stöd från anhöriga eller andra vuxna i en betydelsefull utvecklingsfas i livet, ökar risken för att de kan utveckla såväl psykiska problem som missbruksproblem (Fazel m.fl. 2012; Hirani m.fl. 2016; Huerner m.fl. 2009; Manhica 2017; Marquardt m.fl. 2016; Mills & Knight 2007). Samtidigt har ett flertal studier visat att alkohol- och narkotikaanvändning hos flyktingar, asylsökande och ensamkommande ungdomar generellt är låg (Ekblad 2011; Fazel m.fl. 2012; Marquardt m.fl. 2016; Ramel m.fl. 2015; Ross Dawson 2003; Patel m.fl. 2004). Vistelsetid och social förankring tycks ha en avgörande betydelse för hur omfat-

tande droganvändningen eller -problematik utvecklas (Ekblad 2011; Manhica m.fl. 2016; Patel m.fl. 2004; Peters m.fl. 2004).

Det finns även studier som visar på en hög motståndskraft hos gruppen som dels kan utgöra skydd mot både psykisk ohälsa och missbruksproblem (Fazel m.fl. 2012; Posselt m.fl. 2015), dels främja framtida etablering i utbildning eller arbete (Çelikaksoy & Wadensjö 2016; Hessle 2009).

Det finns en relativt omfattande samlad forskning om ensamkommande ungdomar och deras psykiska hälsa. Nordiska studier om alkohol- och narkotikaproblem hos ensamkommande saknas i stor utsträckning (Manhica m.fl. 2017), och studier om gruppen är även i ett internationellt perspektiv begränsade (Hirani m.fl. 2016; McCormack & Walker 2005, SBU 2018).

Som en följd av larmrapporter om en allvarlig och ökande droganvändning hos ensamkommande ungdomar, i kombination med en bristfällig kunskap om problematikens förekomst, genomförde Folkhälsomyndigheten på uppdrag av Sveriges regering en kartläggning av ensamkommande barn och ungdomars droganvändning (Regeringskansliet 2017). Den aktuella studien genomfördes inom ramen för nämnda kartläggning där ett flertal svenska städers öppenvårdsmottagningar för ungdomar med missbruksproblem medverkade.

Syftet med denna artikel är att beskriva likheter och skillnader mellan ensamkommande ungdomar och de övriga ungdomar som påbörjar en öppenvårdskontakt för missbruksproblem i relation till deras sociala situation, alkohol- och narkotikaanvändning, brottslighet och våldsutsatthet samt fysiska och psykiska hälsa.

I denna studie används följande definition: ensamkommande ungdomar är unga flyktingar som anlänt ensamma, utan sällskap av en minst en förälder eller vårdnadshavare. Merparten har varit under 18 år vid ankomsten till Sverige.

## Tidigare forskning

Ensamkommande ungdomar har ofta växt upp i fattigdom, men också under andra svåra umbäranden som t.ex. försummelse, undernäring, familjevåld, krig, förföljelse, bevittnande av våld, tortyr och död (Hirani m.fl. 2016; Kaunitz & Jacobsson 2016; Lustig m.fl. 2003; Marquardt m.fl. 2016; Patel m.fl. 2004; Posselt m.fl. 2015; Ramel m.fl. 2015).

De saknar stöd från föräldrar som sällan finns närvarande i deras liv. De kan ha försvunnit, fängslats eller avlidit (Marquardt m.fl. 2016; Posselt m.fl. 2015; Ramel m.fl. 2015). Avsaknaden av vuxnas stöd och tillsyn kan hos ensamkommande ungdomar bidra till att de är särskilt mottagliga för negativ kamratpåverkan, gruppträck och involvering i droganvändning och brottslighet (Lustig m.fl. 2003; Posselt m.fl. 2015).

Många ensamkommande ungdomar har en begränsad utbildningsnivå, något

som kan försvåra pågående studier och utgöra en riskfaktor för framtida missbruksproblem (Fazel m.fl. 2012; Hirani m.fl. 2016; Posselt m.fl. 2015). Andra studier har dock visat på att merparten av dem har erfarenheter av skolgång i sina hemländer (Patel m.fl. 2004).

Ensamkommande ungdomar placeras ofta tillsammans med vuxna flyktingar i segregerade och socialt utsatta bostadsområden, vilket kan leda till en ökad risk för framtida missbruksproblem (Fazel m.fl. 2012; Hirani m.fl. 2016; Patel m.fl. 2004; Posselt m.fl. 2015). En del forskare menar att en huvudsaklig orsak till att en del asylsökande ungdomar använder droger är att deras boendeformer är direkt olämpliga. De kan vara bosatta i områden där många individer med allvarlig drogproblematik finns och vissa ungdomar är t.o.m. inhysta tillsammans med dessa (Patel m.fl. 2004; Peters m.fl. 2004; Ross Dawson 2003). Ofta saknas även professionellt socialt stöd kopplat till boendet (Jacobsen m.fl. 2017).

När det gäller fysisk hälsa har vissa typer av sjukdomar identifierats hos ensamkommande ungdomar även om det är relativt ovanligt förekommande hos merparten av dem (Hamed & Bradby 2017; Hirani m.fl. 2016; Marquardt m.fl. 2016). En stor andel av dem rapporterar dock psykiska problem, ofta till följd av traumatiska erfarenheter av krig, våld, tortyr eller att en nära anhörig har försvunnit, fängslats eller dödats. Traumatiska upplevelser under en farlig och ofta lång flykt, är händelser som i sin tur kan leda till depression, ångest och posttraumatisk stress (Bronstein m.fl. 2013; Derluyn m.fl. 2009; Ekblad 2011; Hodes m.fl. 2008; Fazel m.fl. 2012; Jensen m.fl. 2015; Lustig m.fl. 2003; Marquardt m.fl. 2016; Patel m.fl. 2004; Posselt m.fl. 2015; Ramel m.fl. 2015; Socialstyrelsen 2013). Konsekvenser är ofta sömnsvårigheter, mardrömmar, koncentrationssvårigheter och psykosomatiska problem (Derluyn & Broekaert 2008; Lustig m.fl. 2003). Flera studier visar även en betydligt högre risk för självska debeteende och självmord, särskilt de som bär på krigsupplevelser (Hagström m.fl. 2018; Kaunitz & Jacobsson 2016; Ramel m.fl. 2015). Generellt tycks externaliserande psykiska problem och utagerande beteende emellertid vara mindre vanligt förekommande hos ensamkommande ungdomar (Eide & Hjern 2013; Jensen m.fl. 2015).

Ensamkommande ungdomar har i stor utsträckning bevittnat våld i olika former, ofta till följd av krig och konflikter (Fazel m.fl. 2012; Jensen m.fl. 2015; Posselt m.fl. 2015). Det är inte heller ovanligt att de själva har utsatts för fysiska, psykiska eller sexuella övergrepp i sitt ursprungsland eller under flykten, t.ex. av vakter i flyktingläger eller av människosmugglare (Derluyn m.fl. 2009; Hirani m.fl. 2016; Marquardt m.fl. 2016; Patel m.fl. 2004; Ramel m.fl. 2015).

En komplicerad och utdragen asylprocess kan skapa känslor av stress, oro, osäkerhet och hopplöshet, vilket kan leda till alkohol- och droganvändning. Det kan ses som en copingstrategi för att hantera och lindra svåra erfarenheter och

upplevelser (Derluyn & Broekaert 2008; Ekblad 2011; Marquardt m.fl. 2016; Patel m.fl. 2004; Posselt m.fl. 2015; Ramel m.fl. 2015). Ett avslag på asylansökan kan även utgöra en påtaglig riskfaktor för akuta krisreaktioner (Jacobsen m.fl. 2017).

En faktor som har en stark koppling till droganvändning är vistelsetiden i det nya landet. När ungdomar blir alltmer integrerade i de lokalområden där de bor kan deras eventuella droganvändning också spegla kommuninvånarnas drogvanor (Peters m.fl. 2004). Ju längre tid ensamkommande ungdomar har vistats i sitt nya land, desto större är risken för narkotikaproblem (Manhica m.fl. 2016). En bristfällig social integration till följd av arbetslöshet och en svag socioekonomisk status visar också på tydliga samband med drogproblem (Ekblad 2011; Fazel m.fl. 2012; Hirani m.fl. 2016; Manhica m.fl. 2016; Posselt m.fl. 2015). Risken för brottslighet hos ensamkommande ungdomar ökar också med vistelsetiden i det nya landet och kan även den förknippas med en lägre socioekonomisk status (Manhica m.fl. 2016). I en engelsk studie var dock förekomsten av kriminella handlingar hos asylsökande ungdomar generellt låg i jämförelse med inhemska ungdomar (Patel m.fl. 2004).

Ensamkommande ungdomar möter ofta diskriminering och rasism i sina nya länder (Carlson m.fl. 2012; Derluyn & Broekaert 2008; Ekblad 2011; Fazel m.fl. 2012; Hirani m.fl. 2016; Lustig m.fl. 2003; Posselt m.fl. 2015). Erfarenheter av diskriminering och kulturell stress har visat sig predicera såväl ett sämre psykiskt välbefinnande som hög alkoholkonsumtion och användning av marijuana (Schwartz m.fl. 2015).

Flera studier visar emellertid på en stark motståndskraft, s.k. resiliens, hos ensamkommande ungdomar som trots traumatiska erfarenheter varken utvecklar psykiska problem eller missbruksproblem (Fazel m.fl. 2012; Lustig m.fl. 2003; Ní Raghallaigh & Gilligan 2009; Posselt m.fl. 2015). En övervägande del av dessa ungdomar ser optimistiskt på framtiden och uttrycker ofta uppskattning över de möjligheter som deras nya länder erbjuder samt har höga ambitioner för sitt framtida liv (Carlson m.fl. 2012; Lustig m.fl. 2003).

Skolgång gynnar psykosocialt välbefinnande och bildar ett skydd genom att den bidrar till ett normalt vardagsliv, där ungdomarna tillägnar sig språk, normer och skapar nya sociala nätverk (Carlson m.fl. 2012; Eide & Hjern 2013; Fazel m.fl. 2012; Hirani m.fl. 2016; Lustig m.fl. 2003). Uppnådd gymnasiekompetens ökar väsentligt deras chanser till ett framtida inträde på arbetsmarknaden (Çelikaksoy & Wadensjö 2016; Manhica 2017).

En stabil boendesituation med ett socialt stöd från vuxna har en positiv effekt på ensamkommandes hälsa och välbefinnande (Bronstein m.fl. 2012; Fazel m.fl. 2012; Hamed & Bradby 2017). Prosociala vänner är också en skyddande faktor som kan bidra till allmänt välbefinnande (Carlson m.fl. 2012; Hirani m.fl. 2016; Marquardt m.fl. 2016). Religiös tro eller ideologisk tillhörighet, normer och at-

tityder som tar avstånd från alkohol och narkotika kan tillika utgöra skyddande faktorer (Carlson m.fl. 2012; Ekblad 2011; Lustig m.fl. 2003; Ní Raghallaigh & Gilligan 2009).

## Metod

### *Urval*

Denna tvärsnittsstudie baseras på intervjuuppgifter för tidsperioden 20160101–20170630 som rapporterats av Maria-mottagningar i 12 svenska städerna Eskilstuna, Göteborg, Helsingborg, Hässleholm, Kristianstad, Linköping, Malmö, Nacka, Norrköping, Solna, Stockholm och Södertälje. Dessa specialiserade öppenvårdsmottagningar bygger på samverkan mellan socialtjänsten och sjukvården och vänder sig till ungdomar som har olika typer av missbruksproblem. Verksamheterna har ett brett utbud av interventioner, från rådgivande och stödjande samtal med ungdomar och anhöriga till specifika behandlingsprogram eller medicinska insatser. Den genomsnittliga vårdtiden är 4-6 månader och personalen består av socionomer, sjuksköterskor, psykologer och läkare

Genomförda UngDOK-intervjuer överförs till en gemensam databas via de behandlingsenheter som deltar i systemet och totalt fanns det inrapporterade uppgifter om 1255 ungdomar. Av dessa sorterades 30 individer bort, där uppgifterna var ofullständiga eller felaktigt kodade. Till sist kvarstod 1225 ungdomar som påbörjat en behandlingskontakt på de deltagande mottagningarna under den aktuella tidsperioden. I detta urval fanns det 93 individer som kunde identifieras som ensamkommande ungdomar.

Endast en av de 93 ensamkommande ungdomarna är flicka, medan andelen flickor för övriga ungdomar är 28 procent. Följaktligen gjordes inga specifika analyser av könsskillnader. Genomsnittsålder för både ensamkommande och övriga är 16,8 år (12-21 år) när behandlingskontakten påbörjas. Merparten av de ensamkommande ungdomarna har kontakt med en mottagning i en storstad: Stockholm (46 procent); Göteborg (26 procent); Malmö (20 procent), och övriga städer (8 procent). Avseende födelseland uppger de ensamkommande ungdomarna följande: Afghanistan (37 procent), Somalia (14 procent), Eritrea (10 procent), Iran (10 procent), Syrien (9 procent), Marocko (8 procent) och övriga länder (12 procent, Bangladesh, Etiopien, Irak, Saudiarabien, Sudan, Tunisien samt Uganda). Beträffande huvudsaklig boendeform de senaste 3 månaderna för de ensamkommande ungdomarna uppger 59 procent institution/stödboende, 28 procent familjehem, 7 procent eget boende och 6 procent andra boendeformer som t.ex. tillsammans med släktingar. För 87 procent av gruppen ensamkommande är den huvudsakliga sysselsättningen någon form av skolgång, resterande 13 procent saknar ordnad sysselsättning.

*Instrument och material*

UngDOK är en strukturerad intervju som tagits fram särskilt för ungdomar med olika former av alkohol- och narkotikaproblem. Syftet med UngDOK är att kartlägga den unges problem, behov och aktuella situation för att kunna göra relevant bedömning, planering och genomförande av behandling. Intervjumetoden är validerad och har en tillfredsställande psykometrisk kvalitet (Dahlberg m.fl. 2017).

Den huvudvariabel som har använts i den genomförda kartläggningen för att identifiera och kategorisera den aktuella målgruppen baseras på följande intervjufråga: *Har du kommit till Sverige som ensamkommande barn/ungdom?* De övriga 40 valda variablerna beskriver ungdomarnas karakteristika inom följande områden: Social situation och uppväxtvillkor, Användning av tobak, alkohol och narkotika, Kriminalitet och utsatthet samt Fysisk och psykisk hälsa. I denna studie användes endast anonymiserad data och för lagring och bearbetning av uppgifter i forskningssyfte finns tillstånd från forskningsetisk kommitté vid Socialstyrelsen.

*Analys*

Med stöd av huvudvariabeln kategoriserades urvalet i två grupper; ensamkommande ungdomar och övriga ungdomar. De ingående variablerna analyserades avseende likheter och skillnader. De statistiska tester som användes var Chi2-test och t-test, bearbetning och analys utfördes med stöd av IBM SPSS Statistics 26.

**Resultat**

I tabell 1 framgår att andelen med behörighet till gymnasiet är påtagligt lägre bland ensamkommande jämfört med övriga ungdomar (24 respektive 65 procent). En signifikant högre andel bland övriga ungdomar, 66 procent, uppger att de har eller har haft skolproblem som påverkar närvaro, resultat och trivsel. I gruppen ensamkommande anger 46 procent motsvarande problem. Rappor- terade läs- och skrivsvårigheter är 10 procent hos ensamkommande och 18 procent för övriga. En något större andel av de ensamkommande ungdomarna har en regelbunden fritidsaktivitet; 42 procent jämfört med 36 procent för övriga ungdomar.

Det finns tydliga skillnader när gäller förekomsten av olika problem i uppväxt- miljön. Ekonomiska problem och förekomst av misshandel eller våld uppges i högre utsträckning av ensamkommande i jämförelse med övriga ungdomar. Missbruksproblem och psykiska problem hos föräldrar eller andra närstående anges i högre grad bland övriga ungdomar än av ensamkommande ungdomar.

Tabell 1. Social situation och uppväxtvillkor för ensamkommande ungdomar, övriga ungdomar och den totala undersökningsgruppen samt p-värde (\*= $p < 0,05$ ). Procentuell fördelning.

	EKB N=93	Övriga N=1132	Totalt N=1225	p
Gymnasiebehörighet	24	65	62	*
Skolproblem	46	66	65	*
Läs- och skrivsvårigheter	10	18	17	NS
Regelbunden fritidsaktivitet	42	36	36	NS
Problem i uppväxtmiljön				
Ekonomi	71	24	26	*
Missbruk	19	28	27	NS
Psykiska problem	17	32	32	*
Misshandel/våld	52	22	24	*

Tabell 2 visar att skillnaden mellan ensamkommande och övriga ungdomar som regelbundet röker eller snusar är obetydlig. När det gäller riskfylld alkoholkonsumtion enligt AUDIT-C, finns det dock påtagliga skillnader mellan grupperna och i jämförelse med övriga ungdomar har ensamkommande i betydligt lägre grad en riskfylld alkoholanvändning, 16 jämfört med 39 procent.

Beträffande primär drog finns det snarare likheter än skillnader mellan ensamkommande och övriga ungdomar. Cannabis är vanligast förekommande (84 procent) följt av alkohol (10 procent) och övriga preparat som t.ex. opiater, kokain och bensodiazepiner (6 procent). Det finns dock en signifikant skillnad när det gäller genomsnittlig debutålder för primär drog och ensamkommande har påbörjat användandet av huvuddrogen vid 15,8 års ålder, medan motsvarande ålder för övriga ungdomar är 14,9 år. Andelen ensamkommande som använder den primära drogen 2-3 dagar per vecka eller mer är något lägre än för övriga ungdomar, 33 respektive 37 procent.

Motsvarande skillnad gäller även för användning av andra droger än huvuddrogen. Andelen ensamkommande som anger blandmissbruk är också betydligt lägre än för övriga ungdomar, 16 respektive 28 procent. Det är totalt 2 procent av samtliga ungdomar som någon har injicerat narkotika och här ses inga skillnader mellan grupperna. Ensamkommande ungdomar har i något mindre utsträckning varit föremål för tidigare insatser inom missbruksvården än övriga ungdomar, 16 respektive 25 procent.

I tabell 3 framgår att ensamkommande ungdomar i mindre utsträckning än övriga ungdomar har blivit gripna som misstänkta för brott, 49 procent jämfört med 58 procent. Även när det gäller om ungdomen är dömd för brott är skillnaden tydlig; 12 procent för ensamkommande i jämförelse med 30 procent för övriga. Ensamkommande ungdomar har i avsevärt högre grad varit utsatta för brott jämfört med övriga ungdomar. De ensamkommande ungdomarna umgås i lägre grad med vänner som begår brott eller använder droger. Det finns vissa mindre skillnader mellan ensamkommande ungdomar och övriga när det gäller



Tabell 2. Användning av tobak, alkohol och narkotika för ensamkommande ungdomar, övriga ungdomar och den totala undersökningsgruppen samt p-värde (\*= $p < 0,05$ ). Procentuell fördelning.

	EKB N=93	Övriga N=1132	Totalt N=1225	p
Regelbunden användning av tobak	71	67	67	NS
Risikfylld alkoholkonsumtion <sup>1</sup>	16	39	38	*
Primär drog				
Alkohol	10	14	14	NS
Cannabis	84	80	80	NS
Övriga preparat	6	6	6	NS
Debutålder (år)	15,8	14,9	15,0	*
Användningsfrekvens, 2-3 dagar/vecka eller mer	33	37	37	NS
Sekundär drog (annan drog)	22	28	28	NS
Blandmissbruk	16	28	27	*
Injicerat någon gång	2	2	2	NS
Tidigare missbruksvård	16	25	24	NS

Tabell 3. Kriminalitet och våldsutsatthet för ensamkommande ungdomar, övriga ungdomar och den totala undersökningsgruppen samt p-värde (\*= $p < 0,05$ ). Procentuell fördelning.

	EKB N=93	Övriga N=1132	Totalt N=1225	p
Gripen för brott	49	58	57	NS
Dömd för brott	12	30	28	*
Varit utsatt för brott	54	42	43	*
Umgänge med vänner som begår brott	14	32	30	*
Umgänge med vänner som använder droger	45	66	64	*
Varit utsatt för våld/övergrepp				
Fysiskt	68	42	44	*
Psyiskt	43	33	34	NS
Sexuellt	8	11	11	NS

våldsutsatthet av psykisk eller sexuell karaktär. När det gäller fysiskt våld är skillnaden mellan grupperna påtaglig, 68 procent av de ensamkommande jämfört med 42 procent för övriga har sådana erfarenheter.

Ensamkommande ungdomar uppger i högre utsträckning än övriga ungdomar att de har allvarliga sjukdomar eller andra fysiska problem som påverkar deras livsföring, 21 respektive 13 procent (se Tabell 4). Beträffande psykisk hälsa rapporterar ensamkommande ungdomar en högre grad av sömnproblem, depression och ångest jämfört med övriga ungdomar (66, 49 och 49 procent respektive 46, 30 och 41 procent). När det gäller problem med koncentration och aggression är förhållandet det motsatta (40 och 16 procent jämfört med 53 och 21 procent), där denna typ av besvär i större utsträckning rapporteras av övriga ungdomar.

Skillnaderna mellan ensamkommande och övriga ungdomar är mindre beträffande suicidtankar, suicidförsök, ätstörningar, självskadebeteende och medicinering.

1. AUDIT-C består av de tre konsumtionsfrågorna i det ursprungliga screeninginstrumentet AUDIT och syftar till att identifiera riskfyllt drickande. Siffrorna representerar den andel som bedöms ha en riskfylld alkoholkonsumtion utifrån gränsvärdena 4 för flickor och 5 för pojkar i AUDIT-C (Reinert & Allen 2007; Socialdepartementet 2013).

Tabell 4. Fysisk och psykisk hälsa de senaste 30 dagarna för ensamkommande ungdomar, övriga ungdomar och den totala undersökningsgruppen samt p-värde (\*= $p < 0,05$ ). Procentuell fördelning

	<b>EKB</b> <b>N=93</b>	<b>Övriga</b> <b>N=1132</b>	<b>Totalt</b> <b>N=1225</b>	<b>p</b>
Fysiska problem	21	13	14	*
Psykiska problem				
Sömn	66	46	47	*
Depression	49	30	31	*
Ångest	49	41	42	NS
Koncentration	40	53	52	*
Aggression	16	21	20	NS
Suicidtankar	10	7	8	NS
Suicidförsök	1	1	1	NS
Åtstörningar	7	7	7	NS
Självskaadebeteende	9	6	6	NS
Traumatisk upplevelse	64	27	30	*
Medicinering	10	18	19	NS
Pågående psykiatrisk kontakt	13	23	22	*

Ensamkommande ungdomar uppger i avsevärt högre grad att de har varit med om en traumatisk upplevelse jämfört med övriga ungdomar, 64 jämfört med 27 procent. Det kan handla om våld, olyckshändelser eller katastrofer som fortfarande påverkar ungdomens mående. När det gäller pågående psykiatrisk kontakt är andelen som uppges mycket lägre för ensamkommande än för övriga ungdomar.

## Diskussion

Sammantaget visar studien generellt på en mindre allvarlig alkohol- och narkotikaanvändning hos ensamkommande ungdomar i jämförelse med övriga ungdomar som påbörjar en öppenvårdskontakt. Resultaten överensstämmer med flera tidigare studier som visat på generellt låga nivåer av missbruksproblem hos gruppen (Fazel m.fl. 2012; Ross Dawson 2003; Patel m.fl. 2004; Posselt m.fl. 2015; Ramel m.fl. 2015). Studien visar, i likhet med annan forskning, på en ”flyktingparadox”, genom att ensamkommande ungdomar – trots traumatiska erfarenheter och stress – använder alkohol- och droger i mindre utsträckning än övriga ungdomar (jfr. Almeida m.fl. 2012; Di Cosmo m.fl. 2011). Det är emellertid en heterogen grupp där vissa individer har en mer omfattande drog-användning, som troligen kan relateras till svåra uppväxtvillkor och negativa erfarenheter som har skapat betydande psykosociala problem.

Av resultaten framgår att ensamkommande ungdomar i mindre utsträckning än övriga ungdomar har blivit gripna och dömda för brott, vilket ligger i linje med en tidigare studie (Patel m.fl. 2004). Studien visar även att de i mycket lägre grad har ett umgänge med vänner som begår brott eller använder droger jämfört med övriga ungdomar. De ensamkommande ungdomarna har däremot i påtagligt högre grad varit utsatta för brott och för fysiskt våld än övriga

ungdomar, vilket överensstämmer med tidigare studier som har konstaterat att ensamkommande ungdomar i högre grad än andra ungdomar har erfarenheter av att ha blivit utsatta för våld och övergrepp (Derluyn m.fl. 2009; Hirani m.fl. 2016; Marquardt m.fl. 2016; Patel m.fl. 2004; Ramel m.fl. 2015).

Resultaten visar även att merparten av de ensamkommande ungdomarna har en ordnad boendeform och huvudsakligen bor på institution, stödboende eller i familjehem. Dessa uppgifter skiljer sig från internationella studier som visat på att många ensamkommande ungdomar bor med ett obefintligt eller begränsat professionellt stöd, ofta i segregerade och socialt utsatta bostadsområden med närhet till droger (Fazel m.fl. 2012; Hirani m.fl. 2016; Jacobsen m.fl. 2017; Patel m.fl. 2004; Posselt m.fl. 2015).

Enligt studien har merparten av de ensamkommande ungdomarna även en ordnad sysselsättning i form av skolgång, en skyddande faktor som utgör en viktig integrationsarena och möjlighet till sociala relationer (se Carlson m.fl. 2012; Çelikaksoy & Wadensjö 2016; Eide & Hjern 2013; Fazel m.fl. 2012; Hirani m.fl. 2016; Lustig m.fl. 2003; Manhica 2017). Förekomsten av skolproblem är också avsevärt lägre än för övriga ungdomar och det finns motsvarande skillnader avseende läs- och skrivsvårigheter, vilket ger förutsättningar för positiva skolresultat. Att inte lyckas genomföra gymnasiestudier är en inflytelserik riskfaktor med avgörande betydelse för barns och ungdomars framtidsutveckling och för svårigheter med att etablera sig på arbetsmarknaden (Engdahl & Forslund 2016), framtida psykisk ohälsa (Björkenstam m.fl. 2011; Socialstyrelsen 2010), alkohol- och narkotikaproblem (Bryant m.fl. 2003; Gauffin m.fl. 2013; 2015; Stone m.fl. 2012), och kriminalitet (Bäckman m.fl. 2014; Christle m.fl. 2005).

Det framgår att ensamkommande ungdomar i betydligt högre utsträckning har fysiska problem än övriga ungdomar, vilket även tidigare studier har identifierat (Hirani m.fl. 2016; Marquardt m.fl. 2016). När det gäller psykiska problem rapporterar de ensamkommande ungdomarna i högre grad sömnproblem, depression och ångest jämfört med övriga ungdomar. Problem med koncentration och aggression anges i lägre grad av ensamkommande (jfr Derluyn & Broekaert 2008; Eide & Hjern 2013; Jensen m.fl. 2015; Lustig m.fl. 2003; Ramel m.fl. 2015). Skillnaderna mellan ensamkommande och övriga ungdomar beträffande rapportering av suicidtänkar, suicidförsök, ätstörningar och självskadebeteende är små, men avviker från en del studiers resultat som anger högre risk för självskadebeteende och självmord hos denna grupp (Kaunitz & Jacobsson 2016; Ramel m.fl. 2015). När det gäller medicinering och pågående psykiatrisk kontakt är andelarna som uppges avsevärt lägre för ensamkommande än för övriga ungdomar. Deras psykiska problem beror sannolikt inte enbart på att de har varit med om traumatiska upplevelser, utan kan även påverkas av asylprocessen och en osäker asylstatus (Ramel m.fl. 2015).

Ensamkommande uppger i betydligt högre grad att de har varit med om traumatiska upplevelser jämfört med övriga ungdomar (se Marquardt m.fl. 2016; Posselt m.fl. 2015; Ramel m.fl. 2015). Traumatiska upplevelser från krig i ursprungslandet eller erfarenheter av olika typer av övergrepp under flykten kan ge PTSD-symptom, där alkohol eller narkotika kan ha en självmedicinerande funktion (Ekblad 2011; Huerner m.fl. 2009).

En viktig slutsats är att gruppen ensamkommande ungdomar är heterogen och att det finns flera undergrupper med mycket varierande behov (Fazel m.fl. 2012; Hirani m.fl. 2016; Kaunitz & Jacobsson 2016; Ross Dawson 2003). Det finns inte någon anledning att generellt förstora ensamkommande ungdomars alkohol- och narkotikaanvändning och tillskriva dem en allvarligare drogproblematik än övriga ungdomar när det gäller val av preparat, mängd, frekvens och allvarlighetsgrad. Enligt denna studie förhåller det sig snarare tvärtom. Det kan således vara problematiskt att betrakta dessa ungdomar som en särskild riskgrupp som ställer sjukvården, socialtjänsten, polisen och missbruksvården inför stora utmaningar.

Utifrån det mycket stora antal ensamkommande ungdomar som anlänt Sverige de senaste åren är det en begränsad andel av dem som får problem med alkohol och narkotika. Trots de traumatiska erfarenheter och svåra umbäranden som de vanligtvis bär med sig tycks merparten av dem ha en stark motståndskraft, eftersom de varken utvecklar missbruksproblem, psykisk problematik eller kriminalitet (jfr. Fazel m.fl. 2012; Lustig m.fl. 2003; Posselt m.fl. 2015). Många ensamkommande ungdomar har också påtagligt höga ambitioner och en positiv syn på sin framtid (se Carlson m.fl. 2012; Lustig m.fl. 2003). Riskgruppsdefinitionen är således något vilseledande och kan istället riskera att gruppen ”pekas ut” och stigmatiseras. Det finns även en risk att etnicitet och kultur blir överordnade faktorer och att man blundar för de sociala och socioekonomiska förhållanden som en stor andel av de ensamkommande ungdomarna lever under (Nordgren 2017).

## **Klinisk relevans**

Den genomförda studien pekar på några implikationer för det fortsatta arbetet med ensamkommande ungdomar. Om det framkommer uppgifter om erfarenheter av allvarliga händelser kan det föreligga särskilda behov av att den ordinarie alkohol- och narkotikabehandlingen kombineras med interventioner för att hantera posttraumatisk stress och för att lindra och minska den psykiska påfrestningen. En god strategi kan vara att samarbeta nära med specialistverksamheter när det gäller behandling av trauma och PTSD, alternativt utbilda egna behandlare i specifika kunskaper om hur man möter ungdomar med dessa erfarenheter. En viktig faktor i behandlingsprocessen är att de olika aktörer-

na samverkar på ett konstruktivt sätt. PID-modellen är exempel på en modell som kan underlätta detta samarbete (Malmö stad 2016). Interventioner för ensamkommande ungdomar med alkohol- och narkotikaproblem behöver vara multimodala och även omfatta insatser för socialt stödjande nätverk, skolgång, fritid och vänner (Huerner m.fl. 2009). I detta avseende finns inga skillnader i behandlingsstrategier för ungdomar generellt.

Ytterligare en implikation är att ensamkommande ungdomar behöver ha ett tryggt boende och ofta ett fortsatt professionellt stöd i någon form, även efter att de fyllt 18 år. En stabil boendesituation med både stöd och social kontroll från vuxna har visat sig ha en positiv effekt på hälsa och välbefinnande (Bronstein m.fl. 2012; Fazel m.fl. 2012; Luster m.fl. 2010). Insatser för att stödja ensamkommande ungdomars skolgång och möjliggöra fortsatt utbildning är av stor betydelse för deras framtida möjligheter på arbetsmarknaden (Çelikaksoy & Wadensjö 2016; Fazel m.fl. 2012; Hirani m.fl. 2016; Manhica 2017; Posselt m.fl. 2015).

Men framtiden för de ensamkommande ungdomarna ter sig oviss. Regelverket för den så kallade nya gymnasielagen, som trädde i kraft den 1 juli 2018 och som gav unga ensamkommande över 18 år en möjlighet att ansöka om tillfälligt uppehållstillstånd för studier på gymnasial nivå, anses vara så komplext att både de unga själva och professionella aktörer behöver extra information för att förstå lagens förutsättningar (Socialstyrelsen 2019).

## Referenser

- Almeida, J., Johnson, R.M., Matsumoto, A. & Godette, D.C. (2012). Substance use, generation and time in the United States: the modifying role of gender for immigrant urban adolescents. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2069-2075.
- Björkenstam, C., Ringbäck Weitoft, G. Hjern, A., Nordström, P., Hallqvist, J. & Ljung, R. (2011). School grades, parental education and suicide – a national register-based cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(11), pp. 993-998.
- Bronstein, I., Montgomery, P. & Ott, E. (2013). Emotional and behavioural problems amongst Afghan unaccompanied asylum-seeking children: results from a large-scale cross-sectional study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(5), 285-294.
- Bryant, A.L., Schulenberg, J.E., O'Malley, P.M., Bachman, J.G. & Johnston, L.D. (2003). How Academic Achievement, Attitudes, and Behaviors Relate to the Course of Substance Use During Adolescence: A 6-Year, Multiwave National Longitudinal Study. *Journal of Research on Adolescence*, 13(3), 361-397.
- Bäckman, O., Estrada, F., Nilsson, A. & Shannon, D. (2014). The Life Course of Young Male and Female Offenders: Stability or Change Between Different Birth Cohorts? *British Journal of Criminology*, 54(3), 393-410.
- CAN (2017). Självmedicinering i ovisshetens skugga. *Alkohol & Narkotika*, nr. 1, 6-10.
- Carlson, B.E., Cacciatore, J. & Klimek, B. (2012). A Risk and Resilience Perspective on Unaccompanied

## forskning och teori

- Refugee Minors. *Social Work*, 57(3), 259-269.
- Çelikaksoy, A. & Wadensjö, E. (2016). Hur har de ensamkommande barnen det i Sverige? *Socialmedicinsk tidskrift*, 93(1), 28-36.
- Christle, C. A., Jolivet, K., & Nelson, C. M. (2005). Breaking the school to prison pipeline: Identifying school risk and protective factors for youth delinquency. *Exceptionality*, 13(2), 69-88.
- Dahlberg, M., Anderberg, M. & Wennberg, P. (2017). Psychometric properties of the UngDOK – a structured interview for adolescents with substance use problems. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 34(2), 160-172.
- Derluyn, I. & Broekaert, E. (2008). Unaccompanied refugee children and adolescents: The glaring contrast between a legal and a psychological perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(4), 319-330.
- Derluyn, I., Mels, C. & Broekaert, E. (2009). Mental Health Problems in Separated Refugee Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 44(3), 291-297.
- Di Cosmo, C., Milfont, T.L., Robinson, E., Denny, S.J., Ward, C., Crengle, S., & Ameratunga, S.N. (2011). Immigrant paradox, acculturation and substance use among New Zealand youth: Results from a nationally representative survey. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 35(5), 434-441.
- Eide, K. & Hjern, A. (2013). Unaccompanied refugee children – vulnerability and agency. *Acta Paediatrica*, 102(7), 1-3.
- Ekblad, S. (2011). Etnicitet och missbruks- och beroendevård. I *Bättre insatser vid missbruk och beroende. In dividen, kunskapen och ansvaret*. Slutbetänkande av Missbruksutredningen. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.
- Engdahl, M. & Forslund, A. (2016). *En förlorad generation? Om ungas etablering på arbetsmarknaden*. Uppsala: Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU).
- Fazel, M., Reed, R.V., Panter-Brick, C. & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet*, 379(9812), 266-282.
- Gauffin, K., Vinnerljung, B., Fridell, M., Hesse, M. & Hjern, A. (2013). Childhood socio-economic status, school failure and drug abuse: a Swedish national cohort study. *Addiction*, 108(8), 1441-1449.
- Gauffin, K., Vinnerljung, B. & Hjern, A. (2015). School performance and alcohol-related disorders in early adulthood: a Swedish national cohort study. *International Journal of Epidemiology*, Mar 22.
- Hagström, A., Hollander, A.C. & Mittendorfer-Rutz, E. (2018). *Kartläggning av självskadebeteende, suicidförsök, suicid och annan dödlighet bland ensamkommande barn och unga*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Hamed, S. & Bradby, H. (2017). Asylsökande barns hälsobehov i Sverige. *Socialmedicinsk tidskrift*, 94(5), 546-555.
- Hesse, M. (2009). *Ensamkommande men inte ensamma. Tioårsuppföljning av ensamkommande asylsökande flyktingbarns livsvillkor och erfarenheter som unga vuxna i Sverige*. Stockholm: Stockholms universitet.
- Hirani, K., Payne, D., Mutch, R. & Cherian, S. (2016). Health of adolescent refugees resettling in high-income countries. *Archives of Disease in Childhood*, 101(7), 670-676.
- Hodes, M., Jagdev, D., Chandra, N. & Cunniff, A. (2008). Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(7), 723-732.

- Huerner, J., Karnik, N. & Steiner, H. (2009). Unaccompanied refugee children. *The Lancet*, 373(9664), 612-614.
- Jacobsen, M., Ashley Meyer DeMott, M., Wentzel-Larsen, T. & Heir, T. (2017). The impact of the asylum process on mental health: a longitudinal study of unaccompanied minors in Norway. *BMJ Open*, 7(6), 1-8.
- Jensen, T.K., Fjermestad, K.W., Granly, L. & Wilhelmsen, N.H. (2015). Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(1), 106-116.
- Kaunitz, C. & Jakobsson, J. (2016). Ensamkommande barn och ungdomar placerade inom Statens institutionsstyrelse (SiS). *Socialmedicinsk tidskrift*, 93(1), 43-51.
- Luster, T., Qin, D., Bates, L., Rana, M. & Ah Lee, J. (2010). Successful adaptation among Sudanese unaccompanied minors: Perspectives of youth and foster parents. *Childhood*, 17(2), 197-211.
- Lustig, S.L., Kia-Keating, M., Grant-Knight, W., Geltman, P., Ellis, H., Birman, D., Kinzie, J.D., Keane, T. & Saxe, G.N. (2003). *Review of Child and Adolescent Refugee Mental Health. White Paper from the National Child Traumatic Stress Network and Refugee Trauma Task Force*. Boston: The National Child Traumatic Stress Network.
- Malmö stad (2016). *PID Preventiva Insatser mot Droger. En handbok för dig som i ditt arbete möter ensamkommande barn och unga*. Malmö: Sociala Resursförvaltningen, Malmö stad.
- Manhica, H. (2017). *Mental health, substance misuse and labour market participation in teenage refugees in Sweden – A longitudinal perspective*. Stockholm: Center for Health Equity Studies (CHESS), Stockholm University.
- Manhica, H., Gauffin, K., Almquist, Y.B., Rostila, M. & Hjelm, A. (2016). Hospital Admission and Criminality Associated with Substance Misuse in Young Refugees - A Swedish National Cohort Study. *PLoS One*, 11(11), 1-12.
- Manhica, H., Gauffin, K., Almquist, Y.B., Rostila, M., Berg, L., Garcia de Cortazar, A.R. & Hjelm, A. (2017). Hospital admissions due to alcohol related disorders among young adult refugees who arrived in Sweden as teenagers – national cohort study. *BMC Public Health*, 17(1), 1-8.
- Marquardt, L., Krämer, A., Fischer, F. & Prüfer-Krämer, L. (2016). Health status and disease burden of unaccompanied asylum seeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study. *Tropical Medicine and International Health*, 21(2), 210-218.
- McCormack, M. & Walker, R. (2005). *Drug Prevention for Young Asylum Seekers and Refugees. A Review of Current Knowledge*. London: Mentor UK.
- Migrationsverket (2017). *Aktuellt om ensamkommande barn & ungdomar*. Stockholm: Migrationsverket.
- Migrationsverket (2020). *Inkomna ansökningar om asyl, 2019*. Migrationsverket: <https://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Asyl.html>. 2020-03-30.
- Mills, K. & Knight, T. (2007). *Beyond Boundaries: offering substance misuse services to new migrants in London*. Hatfield: University of Hertfordshire.
- Ní Raghallaigh, M. & Gilligan, R. (2009). Active survival in the lives of unaccompanied minors: coping strategies, resilience, and the relevance of religion. *Child & Family Social Work*, 15(2), 226-237.
- Nordgren, J. (2017). Making Up the “Drug-Abusing Immigrant”: Knowledge Production in Swedish Social Work and Drug Treatment Contexts, 1960s-2011. *Contemporary Drug Problems*, 44(1), 49-68.

## forskning och teori

- Patel, K., Buffin, J., Underwood, S., Khurana, J., McQuade, C., Brako, M., Keeling, P. & Crawley, H. (2004). *Young refugees and asylum seekers in Greater London: vulnerability to problematic drug use*. London: Greater London Authority City Hall.
- Peters, E., McQuade, C., Fountain, J. & Patel, K. (2004). *Drug use amongst refugees and asylum seekers using the Rapid Assessment and Response method (RAR)*. Preston: University of Central Lancashire.
- Petterson, M. (2016). Polisens arbete med ensamkommande barn som begår brott. *Socialmedicinsk tidskrift*, 93(1), 37-42.
- Posselt, M., Procter, N., Galletly, C. & de Crespigny, C. (2015). Aetiology of Coexisting Mental Health and Alcohol and Other Drug Disorders: Perspectives of Refugee Youth and Service Providers. *Australian Psychologist*, 50(2), 130-140.
- Ramel, B., Täljemark, J., Lindgren, A. & Johansson, B.A. (2015). Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care. *SpringerPlus*, 4(131), 1-6.
- Regeringskansliet (2017). *Narkotikavanor bland ensamkommande barn och unga ska kartläggas*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Reinert, D.F. & Allen, J.P. (2007). The Alcohol Use Disorders Identification Test: An Update of Research Findings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(2), 185-199.
- Ross Dawson, C. (2003). *Drugs Scoping Study: Asylum seekers and refugee communities report*. London: Home Office.
- Schwartz, S.J., Unger, J.B., Baezconde-Garbanati, L., Zamboanga, B.L., Lorenzo-Blanco, E.I., Des Rosiers, S.E., Romero, A.J., Ángel Cano, M., Gonzales-Backen, M.A., Córdova, D., Piña-Watson, B.M., Huang, S., Villamar, J.A., Soto, D.W., Pattarroyo, M. & Szapocznik, J. (2015). Trajectories of Cultural Stressors and Effects on Mental Health and Substance Use Among Hispanic Immigrant Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 56(4), 433-439.
- SBU (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering). (2018). *Stöd till ensamkommande barn och unga – effekter, erfarenheter och upplevelser. Systematisk litteraturoversikt och etiska och samhällsliga aspekter*. Stockholm: SBU.
- Socialdepartementet (2013). *Åtgärdsprogram för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2013*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen (2010). *Social rapport 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013). *Ensamkommande barns och ungas behov. En kartläggning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2019). *Unga som fått uppehållstillstånd enligt den nya gymnasielagen – lägebild i maj 2019*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stone, A.L., Becker, L.G, Huber, A.M. & Catalano, R.F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 37(7), 747-775.
- UNHCR (2016). *This is who we are. A study of the profile, experiences and reasons for flight of unaccompanied or separated children from Afghanistan seeking asylum in Sweden in 2015*. UN High Commissioner for Refugees (UNHCR).