



**Linnéuniversitetet**  
Kalmar Växjö

# Tvärsnittsstudie baserad på uppgifter om ensamkommande barn och unga i databasen IKMDOK



Mikael Dahlberg  
Mats Anderberg



## Innehållsförteckning

<b>1. Bakgrund</b>	<b>3</b>
<i>Syfte</i>	3
<i>Definitioner</i>	3
<b>2. Metod</b>	<b>4</b>
<i>Litteraturgenomgång</i>	4
<i>Urval</i>	4
<i>Instrument och material</i>	5
<i>Analys</i>	5
<b>3. Litteraturgenomgång</b>	<b>7</b>
<i>Ensamkommande barn och unga</i>	7
<i>Risk- och skyddsfaktorer</i>	8
Uppväxtvillkor	8
Familj och socialt nätverk	9
Skolgång och sysselsättning	9
Boendeförhållanden	9
Fysisk och psykisk hälsa	10
Våldsutsatthet	11
Kriminalitet	11
Asyl- och integrationsprocessen	11
Skyddsfaktorer	12
<i>Förekomst av alkohol- och narkotikaproblem</i>	13
<i>Behandling av alkohol- och narkotikaproblem</i>	14
<b>4. Resultat</b>	<b>16</b>
<i>Grundläggande uppgifter</i>	16
<i>Social situation och uppväxtvillkor</i>	16
<i>Användning av tobak, alkohol och narkotika</i>	17
<i>Kriminalitet och våldsutsatthet</i>	20
<i>Fysisk och psykisk hälsa</i>	21
<b>5. Slutsatser och analys</b>	<b>24</b>
<b>6. Implikationer för praktik och forskning</b>	<b>29</b>
<b>7. Referenser</b>	<b>32</b>



## 1. Bakgrund

Regeringen har uppdragit åt Folkhälsomyndigheten att i samråd med Socialstyrelsen kartlägga omfattningen och typen av narkotikavanor bland ensamkommande barn och unga upp till 21 år (Regeringskansliet 2017). I uppdraget framgår att ensamkommande barn och unga inte omfattas i tillräcklig utsträckning i de undersökningar som görs för att beskriva bruk och missbruk av narkotika och andra droger. Det finns även information från olika aktörer om förändringar i droganvändningen bland ensamkommande barn och unga.

Som en del i uppdraget att kartlägga situationen har Institutet för kunskapsutveckling inom ungdoms- och missbruks (IKM) vid Linnéuniversitetet av Folkhälsomyndigheten fått i uppdrag att sammanställa och analysera data om ensamkommande barn och unga till och med 21 år som finns i forskningsdatabasen IKMDOK. Sammanställningen omfattar ensamkommande barn och unga som påbörjat en vårdkontakt för missbruksproblem under perioden 2016-01-01 – 2017-06-30. Den kopplas även till relevant forskning inom området.

IKM är ett samhällsvetenskapligt kunskapscentrum vid Linnéuniversitetet, Institutionen för pedagogik, som bedriver forskning och kvalitets- och kompetensutveckling inom ungdoms- och missbruksvården. Miljön förvaltar även forskningsdatabasen IKMDOK som omfattar individuppgifter från ett 100-tal verksamheter inom missbruksvården, bl.a. Maria-mottagningar.

### Syfte

Att bidra till Folkhälsomyndighetens uppdrag att kartlägga omfattningen och typen av narkotikavanor bland ensamkommande barn och unga upp till 21 år genom att sammanställa information från databasen IKMDOK om ensamkommande barn och unga till och med 21 år som har påbörjat en vårdkontakt med en Maria-mottagning.

### Definitioner

Vanligtvis används följande definition av begreppet ensamkommande barn och ungdomar:

*Ett ensamkommande barn är ett barn under 18 år som vid ankomsten till Sverige är skild från båda sina föräldrar eller från någon annan vuxen person som får anses ha trätt i föräldrarnas ställe, eller som efter ankomsten står utan sådan ställföreträdare. Definitionen omfattar såväl asylsökande som icke-asylsökande barn. (Länsstyrelserna 2017, s. 7).*

I denna rapport har vi emellertid valt en något bredare definition, då några av de ensamkommande ungdomarna som kommer i kontakt med behandling är äldre än 18 år även om de oftast har varit under 18 år vid ankomsten till Sverige: “*unga flyktingar som har anlänt ensamma, utan sällskap av minst en förälder eller vårdnadshavare*” (se Manhica m.fl. 2017, s. 2-3, vår översättning).



## 2. Metod

I nedanstående avsnitt presenteras dels den metodik som använts för analys av texter som ligger till grund för litteraturgenomgången, dels det urval som sammanställningen baseras på, instrument och material samt de analysmetoder som har använts vid sammanställning av det underlag som presenteras i denna rapport.

### Litteraturgenomgång

Som empirisk utgångspunkt för litteraturgenomgången har en narrativ metodik använts vid såväl insamling och genomläsning som vid sammanställning och analys av texter. En narrativ kunskapsöversikt har som huvudsakligt mål att skapa en ökad förståelse för ett särskilt problemområde eller en specifik företeelse (Bryman 2011). Den bygger i högre utsträckning på subjektiv tolkning och flexibel analys av texter i jämförelse med en mer systematisk och strikt kunskapsöversikt eller s.k. metaanalys. Det har dock funnits en strävan efter en procedur som är grundlig och noggrann i sitt genomförande för att uppfylla krav på tillförlitlighet, giltighet och trovärdighet.

För texter som inkluderats i översikten användes följande kriterier:

- Innehåller begreppet ”ensamkommande ungdomar” eller motsvarande
- Texter som författats av forskare
- Texter publicerade på engelska eller nordiska språk

De sökord som användes var ”unaccompanied minors”, ”young refugees”, ”young asylum seekers” i kombination med ”substance use”, ”substance abuse”, ”substance misuse”, ”drug use”, ”drug abuse” och ”alcohol”. I ett första steg genomfördes generella litteratursökningar utifrån ovan angivna begrepp och inklusionskriterier i de tre databaserna PubMed, PsycInfo och Sociological Abstracts, men även via sökmotorn Google för att också finna vetenskapliga rapporter och s.k. ”grey papers” på temat. Efter närmare granskning av de olika texternas abstracts exkluderades ett flertal texter då de inte bedömdes vara relevanta för litteraturgenomgången. De texter som matchade studiens syfte skrevs sedan ut i fulltext och lästes. Denna mer systematiska sökning av texter kompletterades med en genomgång av särskilt relevanta artiklars referenslistor, vilket i några fall även ledde fram till andra betydelsefulla texter. Sammantaget har 34 olika vetenskapliga artiklar, avhandlingar eller rapporter legat till grund för sammanställningen. Litteraturgenomgången gör emellertid inte anspråk på att ge en heltäckande bild av den forskning som kan finnas inom området, utan tjänar huvudsakligen som en fond till sammanställningen.

### Urval

Uppdraget genomfördes som en tvärsnittsstudie baserad på intervjuuppgifter under tidsperioden 2016-01-01–2017-06-30 som inhämtades från IKMDOK:s databas<sup>1</sup> och som i sin tur rapporterats av öppenvårdsmottagningar i 12 svenska städer (Eskilstuna, Göteborg, Helsingborg, Hässleholm, Kristianstad, Linköping, Malmö,

---

<sup>1</sup> Forskningsdatabasen förvaltas av IKM, Institutionen för pedagogik, Linnéuniversitetet, Växjö.



Nacka, Norrköping, Solna, Stockholm och Södertälje). Dessa specialiserade öppenvårdsmottagningar bygger på samverkan mellan kommun och landsting och vänder sig till ungdomar eller unga vuxna som har, eller riskerar att utveckla, 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 kan bestå 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 som till och med 21 år när kontakten inleddes. Av dessa sorterades 30 individer bort, där uppgifterna var ofullständiga eller felaktigt kodade. Till sist kvarstod 1225 ungdomar som påbörjat någon form av behandling på de deltagande mottagningarna under den aktuella tidsperioden. Av dessa uppgav 93 individer att de kommit till Sverige som ensamkommande barn eller ungdom.

## 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. Den samlade informationen kan även utgöra underlag för uppföljning och lokal utvärdering av mottagningarnas insatser och resultat (Anderberg & Dahlberg 2014). UngDOK har i en nyligen genomförd reliabilitets- och validitetsstudie bedömts ha en tillfredsställande kvalitet (Dahlberg m.fl. 2017).

Inskrivningsintervjun innehåller sammanlagt 75 frågor fördelade på följande tio livsområden: boende och försörjning, sysselsättning och fritid, alkohol, droger och tobak, behandlingshistoria, kriminalitet, uppväxtmiljö, utsatthet för våld, familj och relationer, fysisk hälsa samt psykisk hälsa. Därutöver finns även administrativa uppgifter, sociodemografisk information, uppgifter om pågående behandlingskontakter samt några avslutande öppna frågor. 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 24.



I de avsnitt i resultatet som handlar om narkotikaanvändning samt alkoholanvändning och psykisk hälsa har det även genomförts en kvantitativ innehållsanalys av två öppna intervjufrågor. En sådan analys innebär att olika former av större textmaterial, som t.ex. tidningsartiklar eller intervjuutsagor sammanställs och kategoriseras. Vid analysen skapas i möjligaste mån entydiga och uteslutande kategorier. Teorier eller begrepp kan utgöra grund för konstruktion av kategorier, men i andra fall kan den istället vara mer baserad på det empiriska materialet (Bryman 2011). I den aktuella sammanställningen har den sistnämnda principen tillämpats.



## 3. Litteraturgenomgång

Litteratursökningen visar på att det finns en relativt omfattande samlad forskning om ensamkommande ungdomar och deras psykiska hälsa. Studier om alkohol- och narkotikaproblem hos ensamkommande i ett internationellt perspektiv är däremot mycket begränsad (Hirani m.fl. 2016; McCormack & Walker 2005), och det saknas i stor utsträckning även nordiska studier om ensamkommande ungdomars problem med droger (Manhica m.fl. 2017).

Följande genomgång av litteraturen har sammanställts under några specifika teman: en generell beskrivning av den aktuella gruppen, risk- och skyddsfaktorer, alkohol- och narkotikaanvändning samt behandling av ensamkommande ungdomar med missbruksproblem.

### Ensamkommande barn och unga

En stor andel ensamkommande barn och ungdomar har flytt till Sverige under det senaste decenniet. Sedan 2007 har drygt 62 000 av dem sökt asyl här, mer än hälften av dem under år 2015. Ungdomarna kommer i huvudsak från Afghanistan, Marocko, Somalia och Syrien (Migrationsverket 2017). Pojkar är påtagligt överrepresenterade bland de ensamkommande ungdomarna (Çelikaksoy & Wadensjö 2016).

De främsta orsakerna till ungdomarnas 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). Pojkar löper stor risk att tvångsrekryteras till soldater i de länder de är bosatta i (Çelikaksoy & Wadensjö 2016).

I en intervjustudie med 240 intervjuer med ensamkommande ungdomar från Afghanistan konstateras att merparten av dem har en grundskoleutbildning (UNHCR 2016).

Ensamkommande ungdomar beskrivs inom forskningen ofta som en riskgrupp, särskilt när det gäller risk för 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), men även för alkohol- och narkotikaproblem (Mills & Knight 2007; Patel m.fl. 2004). Ekblad (2011) menar, i ett bidrag till den svenska Missbruksutredningen i form av en litteraturoversikt kring etnicitet och missbruksproblem, att flyktingungdomar i allmänhet och ensamkommande ungdomar i synnerhet har en ökad sårbarhet för att utveckla alkohol- och narkotikaproblem. 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. Traumatiska upplevelser har en stark koppling till senare alkohol- och droganvändning (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 psykiska problem och missbruksproblem (Fazel



m.fl. 2012; Hirani m.fl. 2016; Huerner m.fl. 2009; Manhica 2017; Marquardt m.fl. 2016; Mills & Knight 2007).

Det finns emellertid även studier som visar på en hög motståndskraft hos gruppen som banar väg för en positiv utveckling med låga nivåer av psykiska symptom och missbruksproblem (Fazel m.fl. 2012; Posselt m.fl. 2015) samt en god etableringsnivå där en stor andel av dem befinner sig i utbildning eller arbete som ung vuxen (Çelikaksoy & Wadensjö 2016; Hessle 2009).

## Risk- och skyddsfaktorer

Ett socieologiskt utvecklingsperspektiv kan vara en relevant utgångspunkt som kan underlätta förståelsen för ensamkommande ungdomars behov och för att möta dessa med stöd av lämpliga interventioner som rör boende och lokalsamhälle, vuxnas omsorg, skolengagemang och prosociala vänner (se Fazel m.fl. 2012; Manhica 2017). Perspektivet kännetecknas av ett fokus på personlig utveckling i relation till, och i samspel med den omkringliggande miljön, där ungdomar inte ses som passiva objekt utan både agerar och reagerar i relation till sin omgivning (Bronfenbrenner 1977; Petraitis m.fl. 1995; Richman & Bowen 1997).

För preventions- och behandlingsinsatser riktade till ungdomar som riskerar att utveckla eller har olika typer av psykosociala problem, som t.ex. alkohol- och narkotikaproblem, är det teoretiska perspektivet *risk- och skyddsfaktorer* användbart och väletablerat. Med utgångspunkt i tidigare forskning har ett antal risk- och skyddsfaktorer, som kan minska respektive öka risken för en ogynnsam utveckling och fortsatta problem, identifierats (Hawkins m.fl. 1992; Stone m.fl. 2012). Dessa faktorer anges i relation till fyra nivåer: lokalsamhället, skolan, familjen samt individen och dennes vänner. Det finns även en märkbar kumulativ effekt genom att ju fler riskfaktorer som föreligger, desto större är sannolikheten för att utveckla psykosociala problem (Hawkins m.fl. 1992; Sundell 2008). Grundtanken i behandling av missbruksproblem är att reducera de riskfaktorer som finns hos individerna och samtidigt förstärka deras skyddsfaktorer. Om dessa förhållanden kan påverkas under behandlingstiden finns potential för en positiv utveckling (Fleming m.fl. 2010; Shekhtmeyster m.fl. 2011).

Ett flertal studier och översikter har identifierat ett flertal risk- och skyddsfaktorer som är relaterade till psykiska problem och missbruksproblem specifikt för flyktingungdomar, både de som kommit med familjemedlemmar och de som är ensamkommande (Carlson m.fl. 2012; Fazel m.fl. 2012; Hirani m.fl. 2016; Huerner m.fl. 2009; Patel m.fl. 2004; Posselt m.fl. 2015). Faktorerna är ofta knutna till tre olika faser; före flykten, under flykten samt under vistelsen i det nya landet (Bronstein m.fl. 2012; Hirani m.fl. 2016; Lustig m.fl. 2003; Posselt m.fl. 2015).

## Uppväxtvillkor

Riskfaktorer i den första fasen handlar t.ex. om att man växt upp i fattigdom, men också under andra svåra umbäranden som t.ex. försummelse, undernäring, familjevåld, krig, förföljelse, bevitnande av våld, tortyr och död (Hirani m.fl. 2016; Lustig m.fl. 2003; Marquardt m.fl. 2016; Patel m.fl. 2004; Posselt m.fl. 2015; Ramel m.fl. 2015). I en svensk studie konstateras att vissa ensamkommande ungdomar har





svårare uppväxtförhållanden, ofta med en uppväxt på gatan utan föräldrars stöd samt tidiga erfarenheter av trauman och övergrepp (Kaunitz & Jacobsson 2016).

## **Familj och socialt nätverk**

En för denna målgrupp unik och påtaglig riskfaktor för droganvändning är att de saknar föräldrars stöd p.g.a. att de inte finns närvarande i deras liv. De kan t.ex. ha försvunnit, fängslats eller avlidit (Marquardt m.fl. 2016; Posselt m.fl. 2015; Ramel m.fl. 2015). Även om föräldrarna fortfarande finns kvar i livet har många ungdomar helt förlorat kontakten med sina familjer i sina hemländer och uttrycker stor oro över de anhöriga som är kvar (Patel m.fl. 2004). Alkohol och droger kan ses som sätt att hantera förluster, separationer eller skuld känslor gentemot sina föräldrar (Posselt m.fl. 2015). Att ensamkommande ungdomar i högre grad, än flyktingungdomar som kommit till Sverige tillsammans med föräldrar, får problem med alkohol och droger kan även hänga samman med att de saknar de rollmodeller som föräldrar kan utgöra eller den sociala kontroll som de kan stå för (Manhica m.fl. 2017). Avsaknaden av vuxnas stöd och tillsyn kan hos ensamkommande ungdomar vara särskilt mottagliga för negativ kamratpåverkan, gruppträck och involveras i droganvändning och brottslighet (Lustig m.fl. 2003; Posselt m.fl. 2015).

Att ryckas upp från sina rötter kan också innebära förlust av andra viktiga personer, vänner och skolkamrater (Derluyn & Broekaert 2008). I en engelsk studie uppgav många asylsökande ungdomar att det var svårt att få engelska vänner och vände sig därför istället till andra ungdomar med flyktingbakgrund (Patel m.fl. 2004).

## **Skolgång och sysselsättning**

Många ensamkommande ungdomar har en begränsad utbildningsnivå och en del av dem även läs- och skrivsvårigheter, något som försvårar pågående studier och utgör en märkbar riskfaktor för framtida missbruksproblem. I vissa fall råder det oklarhet om utbildningsnivå eller en avsaknad av dokumentation om tidigare skolgång, vilket kan vara ytterligare hinder för fortsatt utbildning eller framtida möjligheter på arbetsmarknaden (Fazel m.fl. 2012; Hirani m.fl. 2016; Posselt m.fl. 2015). I en engelsk studie med 67 asylsökande ungdomar, varav cirka hälften var ensamkommande, konstaterades att merparten av dem hade erfarenheter av skolgång i sina hemländer. Flera av dem fick dock inte möjlighet att påbörja utbildning under asylprocessen, trots ett starkt önskemål om det (Patel m.fl. 2004). Några av dem arbetade illegalt till låg lön.

## **Boendeförhållanden**

En annan viktig faktor handlar om de ensamkommande ungdomarnas boendesituation. Av ett flertal internationella studier framgår det att de ofta placeras 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 är ofta 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). Ensamkommande ungdomar bor och lever många gånger med ett begränsat eller



helt utan professionellt och socialt stöd (Jacobsen m.fl. 2017). Många ungdomar upplever också sina bostadsområden som otrygga och farliga platser (Patel m.fl. 2004).

## **Fysisk och psykisk hälsa**

När det gäller fysisk hälsa har sjukdomar som undernäring, tuberkulos, malaria, tarmsjukdomar, blodsmitta, sexuellt överförbara sjukdomar, hörselskador och tandsjukdomar identifierats hos ensamkommande ungdomar även om merparten av dem är relativt ovanligt förekommande (Hamed & Bradby 2017; Hirani m.fl. 2016; Marquardt m.fl. 2016).

Det finns en omfattande kunskap om ensamkommande ungdomars psykiska hälsa och ohälsa. En stor andel av dem rapporterar flera psykiska problem, ofta till följd av traumatiska erfarenheter av krig, våld, tortyr eller att en nära anhörig har försvunnit, fängslats eller dödats, separation från föräldrar eller traumatiska upplevelser under en farlig och ofta lång flykt, vilket i sin tur kan leda till depression, ångest och PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) (Bronstein m.fl. 2012; 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; Socialstyrelsen 2013). De besväras ofta av sömnsvårigheter, mardrömmar, koncentrationssvårigheter och psykosomatiska problem (Derluyn & Broekaert 2008; Lustig m.fl. 2003). Flyktingungdomar har enligt vissa studier även en högre risk för självska debeteende och självmord, särskilt för de som bär på krigsupplevelser (Kaunitz & Jacobsson 2016; Ramel m.fl. 2015). Sammantaget utgör dessa psykiska tillstånd en riskfaktor för fortsatt psykisk ohälsa (Carlson m.fl. 2012; Hirani m.fl. 2016), men också för alkohol- och narkotikaanvändning eller missbruk av receptbelagda läkemedel som copingstrategier för att hantera och lindra svåra erfarenheter och upplevelser (Ekblad 2011; Posselt m.fl. 2015).

Generellt tycks externaliserande psykiska problem och utagerande beteende vara mindre vanligt förekommande hos ensamkommande ungdomar (Eide & Hjern 2013; Jensen m.fl. 2015).

I en tysk studie omfattande 102 asylsökande ensamkommande ungdomar (77 % pojkar, medelålder 16 år) uppfyllde flickor i högre grad än pojkar kriterierna för en psykiatrisk diagnos (25 % i jämförelse med 10 % hos pojkar) och totalt led 6 % av depression och 5 % av PTSD (Marquardt m.fl. 2016).

Ramel m.fl. (2014) genomförde en svensk studie där 56 ensamkommande ungdomar (95 % pojkar, medelålder 15,9) som skrevs in för psykiatrisk vård jämfördes med en grupp ungdomar som saknade denna erfarenhet. Forskarna fann att de ensamkommande ungdomarna var överrepresenterade både vad gäller frivillig psykiatrisk vård och tvångsvård, vilket enligt forskargruppen troligen hängde samman med en osäker asylstatus som skapar akut stress och förtvivlan. De hade en högre förekomst av stressrelaterade symptom i jämförelse med övriga ungdomar, men samtidigt en lägre förekomst av merparten av de övriga undersökta tillstånden, t.ex. för beteendeproblem och ångest. Troligen förvärrades även symptomen till följd av en sämre tillgång till psykiatrisk öppenvård än infödda.



En del ensamkommande ungdomar tvångsvårdsplaceras på särskilda ungdomshem via Statens institutionsstyrelse, dels p.g.a. kriminalitet och missbruk, dels för omfattande psykiska problem (Kaunitz & Jacobsson 2016). I en rapport från Länsstyrelserna i Stockholm och Västra Götaland anges att den mer restriktiva asyltagstiftning som nyligen införts har medfört en ökad psykisk ohälsa hos ungdomar i form av depression, ångest, psykosomatiska symptom, uppgivenhetssyndrom och suicidtankar (Länsstyrelserna 2017).

## **Våldsutsatthet**

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). Många ungdomar har också erfarenheter av att själva ha utsatts för fysiska, psykiska eller sexuella övergrepp både i sitt ursprungsland av närstående och 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).

## **Kriminalitet**

I en svensk studie visade det sig att ensamkommande ungdomar av manlig kön hade en förhöjd risk för brottslighet i jämförelse med manliga svenskfödda ungdomar, medan relationen var den omvända för kvinnor (Manhica m.fl. 2016). Risken för drogrelaterad brottslighet ökade med vistelsetid i Sverige och var förknippad med en lägre socioekonomisk status. Denna risk minskade emellertid väsentligt när justering gjordes för socioekonomisk status, som generellt var högre hos de svenskfödda ungdomarna. I en engelsk studie var förekomsten av kriminella handlingar hos asylsökande ungdomar generellt låg i jämförelse med inhemska ungdomar (Patel m.fl. 2004).

## **Asyl- och integrationsprocessen**

Även villkor och förutsättningar i det nya landet kan ha stor påverkan på den psykiska hälsan och på utveckling av alkohol- och drogproblematisering hos ensamkommande ungdomar. En komplicerad och utdragen asylprocess kan skapa känslor av stress, oro, osäkerhet och hopplöshet, vilket kan leda till alkohol- och droganvändning som ett sätt att fly från dessa känslor (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 utgör en påtaglig riskfaktor för en kvarstående psykisk problematik (Jacobsen m.fl. 2017).

Att bo och leva i länder med en mer liberal drogpolitik som dels bidrar till en ökad exponering för och tillgänglighet till alkohol och droger i sin lokalmiljö, dels ger en större individuell frihet, är ytterligare en riskfaktor (Ekblad 2011). Det kan också innebära att de successivt blir en del av en kultur som "normaliserar" droger som används av ungdomar generellt i rekreationssyfte och att integrationen samtidigt medför en acceptans av lokala droganvändningsmönster (Patel m.fl. 2004).

En faktor som också 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). Resultat från en svensk studie visar att ju längre tid ensamkommande ungdomar har vistats i sitt nya land, desto större är risken för narkotikaproblem (Manhica m.fl. 2016). Forskargruppen tolkade det som att det hos de invandrade hade skett en ackulturation, där de successivt övertagit svenska normer kring ungdomar och droger.

För en del ungdomar kan det dock finnas en kvarvarande känsla av utanförskap (Derluyn & Broekaert 2008; Patel m.fl. 2004). En bristfällig social integration till följd av långtidsarbetslöshet 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).

Språk- och anpassningssvårigheter till ett nytt land och en ny kultur kan också skapa stress (Carlson m.fl. 2012; Posselt m.fl. 2015). Det är inte heller ovanligt att ensamkommande ungdomar möter diskriminering och rasism i det nya landet (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). I en longitudinell studie av 302 relativt nyanlända ungdomar i Miami och Los Angeles (52 % pojkar, medelålder 14,5 med 1-3 års vistelsetid), huvudsakligen från Kuba och Mexico, undersöktes förekomsten av kulturell stress och hur den påverkar psykisk hälsa och ett ökat riskbeteende (Schwartz m.fl. 2015). I studien konstateras att erfarenheter av diskriminering och kulturell stress predicerar såväl ett sämre psykiskt välbefinnande med depressiva och aggressiva symptom som hög alkoholkonsumtion och användning av marijuana.

## **Skyddsfaktorer**

Vid sidan av de många riskfaktorer för alkohol- och narkotikaproblem hos ensamkommande ungdomar, som den samlade forskningen har identifierat, finns det även ett flertal skyddsfaktorer. Sådana faktorer kan dels handla om avsaknad av tidigare nämnda riskfaktorer, dels om specifikt identifierade skyddande faktorer. Flera studier visar på en stark motståndskraft, eller s.k. resiliens, hos ensamkommande ungdomar som trots traumatiska erfarenheter varken utvecklar en psykisk problematik 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 tacksamhet mot de livchanser som det nya landet erbjuder samt har höga ambitioner för sitt framtida liv (Carlson m.fl. 2012; Lustig m.fl. 2003).

Skolgång är en nyckelfaktor för framgång i det nya landet och en hög nivå av engagemang för skolan bildar ett skydd genom att den bidrar till ett normalt vardagsliv, där ungdomarna tillägnar sig språk, normer och skapar nya sociala nätverk (Eide & Hjern 2013; Fazel m.fl. 2012; Lustig m.fl. 2003). Många ensamkommande ungdomar uttrycker en stark vilja att lära sig det nya språket, vidareutbilda sig och har en positiv attityd till utbildning i värdlandet, något som det inte alltid har funnits tillgång till i ursprungslandet. Skolgång gynnar också psykosocialt välbefinnande (Carlson m.fl. 2012; Hirani m.fl. 2016) och utgör en skyddande faktor mot framtida droganvändning (McCormack & Walker 2005). Uppnådd gymnasiekompetens hos dessa ungdomar ökar väsentligt deras chanser till



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). Starka och goda relationer med prosociala vänner är en skyddande faktor som kan bidra till allmänt välbefinnande, medan diskriminering och mobbning hindrar en positiv utveckling (Carlson m.fl. 2012; Hirani m.fl. 2016). Det finns även studier som har visat att en stor andel av ensamkommande ungdomar är aktiva på fritiden och utövar ofta idrott av olika slag (Marquardt m.fl. 2016). Härigenom får de möjligheter att möta andra ungdomar och kan på så sätt även utvidga sitt sociala nätverk. Religiös tro eller ideologisk tillhörighet, normer och attityder som tar avstånd från alkohol och narkotika kan också utgöra skyddande faktorer (Carlson m.fl. 2012; Ekblad 2011; Lustig m.fl. 2003; Ní Raghallaigh & Gilligan 2009).

## Förekomst av alkohol- och narkotikaproblem

Som tidigare nämnts är det ovanligt med studier om förekomst av alkohol- och narkotikaanvändning hos ensamkommande ungdomar. Här följer en sammanställning av den forskning som har varit tillgänglig.

Ett flertal studier har visat på att alkohol- och narkotikaanvändning hos flyktingar, asylsökande och ensamkommande ungdomar generellt är låg (Ekblad 2011; Fazel m.fl. 2012; Ross Dawson 2003; Patel m.fl. 2004). Det föreligger även könsskillnader och flickor har vanligen en lägre alkoholkonsumtion och en avsevärt mindre narkotikaanvändning än pojkar (Manhica m.fl. 2016; Marquardt m.fl. 2016). Anledningar som anges är dels normer och attityder som tydligt tar avstånd från alkohol och narkotika, men också att de vill sköta sig och lyckas i sitt nya land. En mindre andel ungdomar förefaller ha använt alkohol eller provat narkotiska preparat i sina hemländer. Vistelsetid och social förankring tycks som tidigare nämnts ha en avgörande betydelse för hur omfattande användningen eller problematiken är (Ekblad 2011; Manhica m.fl. 2016; Patel m.fl. 2004; Peters m.fl. 2004).

I en tysk studie omfattande 102 asylsökande ensamkommande ungdomar (77 % pojkar, medelålder 16 år) undersöktes deras aktuella alkohol- och droganvändning (Marquardt m.fl. 2016). De flesta av dem kom från Afghanistan, Guinea och Marocko. Av ungdomarna uppgav 9 % att de drack alkohol och 10 % att de använde cannabis, samtliga var av manligt kön. I en annan studie av 67 unga asylsökande i London, varav hälften var ensamkommande ungdomar huvudsakligen från Afghanistan, Irak, Turkiet och Zimbabwe, bedömde forskargruppen att förekomst av droganvändning i gruppen generellt var låg och oproblematisk (Patel m.fl. 2004). Dock hade cirka en tredjedel av ungdomarna använt både alkohol och cannabis efter att de kommit till England.

Manhica (2017) har med stöd av omfattande registeruppgifter studerat förekomsten av sjukhusbaserad beroendevård för alkohol- respektive narkotikaproblem hos 4 000-5 000 ensamkommande ungdomar från tidigare Jugoslavien, Somalia och Mellanöstern som har sökt asyl i Sverige. I en av studierna visade resultaten att ensamkommande ungdomar i högre grad blir föremål för någon form av vård till



följd av alkoholproblem i jämförelse med de ungdomar som kommit till Sverige tillsammans med sina föräldrar (Manhica m.fl. 2017). Andelen skiljde sig dock inte från svenskfödda ungdomars och de ensamkommande flickorna hade generellt en mindre risk för beroendevård än pojkarna.

När det gäller narkotikaproblem hade de ensamkommande ungdomarna av manligt kön en tre gånger så hög risk för narkotikarelaterad beroendesjukvård och brottslighet i jämförelse med manliga svenskfödda ungdomar, medan relationen var den omvända för kvinnor (Manhica m.fl. 2016).

Ramel m.fl. (2014) genomförde en studie där 56 ensamkommande ungdomar (95 % pojkar, medelålder 15,9) som skrevs in för psykiatrisk vård jämfördes med en grupp ungdomar som saknade denna erfarenhet. De ensamkommande ungdomarna hade en lägre förekomst av drogproblem än övriga ungdomar och andelen uppgick till 3,6 %.

I en rapport från Länsstyrelserna i Stockholm och Västra Götaland anges att den mer restriktiva asyllagstiftning som nyligen införts kan ha medfört en ökad narkotikaanvändning (Länsstyrelserna 2017).

En mindre del ensamkommande ungdomar i Sverige har dock en mer omfattande drogproblematik och blir därför tvångsvårdsplacerade via Statens institutionsstyrelse. I en kartläggning beskrivs behoven hos 87 ungdomar (nästan uteslutande pojkar som i genomsnitt var cirka 16 år) som akutplacerades på särskilda ungdomshem under åren 2014 och 2015 (Kaunitz & Jacobsson 2016). För cirka 75 procent av dem var narkotikamissbruk en huvudsaklig anledning till placering. Över hälften av ungdomarna kom från Marocko eller Algeriet, men flera hade också Afghanistan som ursprungsland. Mer än hälften av ungdomarna befann sig i en pågående asylprocess, medan en knapp tredjedel hade permanent uppehållstillstånd och cirka en femtedel av dem hade fått beslut om avvísning.

## Behandling av alkohol- och narkotikaproblem

Forskningsresultat som redogör för behandlingsutfall för ensamkommande ungdomar saknas. Några studier berör dock aspekter som kan relateras till vård och behandling. En studie indikerar att merparten av de ensamkommande aldrig har haft kontakt med missbruksvård även om de skulle ha behov av det (Patel m.fl. 2004). Det kan handla om att de har en begränsad tillgång till information eller okunskap om var stöd för problematiken kan fås (McCormack & Walker 2005; Mills & Knight 2007; Posselt m.fl. 2015), men också om att de vill vara skötsamma och inte riskera avslag på sin asylansökan för att de uppger eller uppvisar missbruksproblem (Ekblad 2011; Patel m.fl. 2004).

Hinder för att ta emot stöd för psykiska problem eller alkohol- och narkotikaproblem kan vara kopplade till kulturell bakgrund med ungdomar som kan hysa en generell skepsis till myndigheter, men även på grund av en oro för att bli stigmatiserade (Lustig m.fl. 2003; McCormack & Walker 2005). Andra identifierade hinder är avsaknaden av socialt nätverk runt den unge, vilket kan försvåra missbruksbehandling som vanligtvis har en familjeterapeutisk inriktning (CAN 2017). Språksvårigheter och brist på tolkar har också angetts som försvärande omständigheter i behandling (CAN 2017; Ekberg 2011; Kaunitz & Jacobsson 2016).



I studien om ensamkommande ungdomar som placerats inom SiS, genomfördes också intervjuer med avdelningsföreståndare, där ett flertal gemensamma behandlingsaspekter kring målgruppen framkom (Kaunitz & Jacobsson 2016). Efter akutplaceringen följde en frivillig HVB-hemsplacering för merparten av ungdomarna. En bristfällig skolgång upplevdes generellt som ett stort hinder i behandlingen. Ungdomar med självskadebeteende och suicidförsök bedömdes vara särskilt vårdkrävande. Andra identifierade problem var att akutplaceringar tenderade att bli alltför långvariga för de ensamkommande ungdomarna p.g.a. oklart uppdrag och inaktivitet hos socialtjänsten jämfört med för andra placerade ungdomar, men även bristfällig samverkan med Migrationsverket, psykiatrin och gode män. I vissa fall handlar det snarare om förvaring för de ungdomar som ska avvisas från Sverige.

Maria-mottagningen i Malmö har inom ramen för ett projekt utvecklat en specifik modell för ensamkommande ungdomar som syftar till att förebygga, upptäcka och hantera alkohol- och narkotikaproblem, den s.k. PID-modellen (Preventiva Insatser mot Droger). Modellen tar särskilt fasta på att målgruppen saknar närvarande föräldrar och ofta har erfarenheter av trauman samt vikten av att skapa en fungerande samverkan mellan de olika professionella som finns kring den unge. En handbok om PID-modellen som vänder sig till andra professionella har också tagits fram (Malmö stad 2016).



## 4. Resultat

I detta avsnitt presenteras kartläggningens resultat i följande områden: grundläggande uppgifter, social situation och uppväxtvillkor, användning av tobak, alkohol och narkotika, kriminalitet och våldsutsatthet samt fysisk och psykisk hälsa.

### Grundläggande uppgifter

Den totala undersökningsgruppen omfattar 1225 ungdomar som under tidsperioden 1 januari 2016 till 30 juni 2017 påbörjade vårdkontakt med en Maria-mottagning, varav ensamkommande ungdomar utgörs av 93 individer (8 procent). Det finns en betydande variation när det gäller hur många ensamkommande ungdomar som har påbörjat en kontakt med städernas respektive öppenvårdsmottagning, från enstaka ungdomar till att andelen ensamkommande utgör 9-10 procent av det totala antalet ungdomar vid en Maria-mottagning. 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). Som främsta initiativtagare till kontakten anges socialtjänst (59 procent), sjukvård (18 procent), eget initiativ (8 procent) eller övriga parter (15 procent, t.ex. HVB-hem, skola eller vänner). Så gott som samtliga ensamkommande ungdomar (98 procent), har en pågående kontakt med socialtjänsten.

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.

När det gäller könsfördelning föreligger signifikanta skillnader. Endast en av de 93 ensamkommande ungdomarna är flicka, medan andelen flickor för övriga ungdomar är 28 procent. Följaktligen har inga specifika analyser av könsskillnader gjorts. Genomsnittsåldern för både ensamkommande och övriga är 16,8 år (12-21 år) när behandlingskontakten påbörjas.

### Social situation och uppväxtvillkor

I nedanstående tabell återfinns uppgifter om ensamkommande ungdomar, övriga ungdomar och den totala undersökningsgruppen avseende social situation och uppväxtvillkor.





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	*

Det framgår av tabell 1 att det finns skillnader mellan ensamkommande och övriga ungdomar vad gäller skolrelaterade uppgifter. Andelen med behörighet till gymnasiet är signifikant lägre bland ensamkommande jämfört med övriga ungdomar (24 respektive 65 procent). När det gäller problem i skolan som påverkar närvaro, resultat och trivsel är förhållandet det omvända. En signifikant högre andel bland övriga ungdomar, 66 procent, uppger att de har eller har haft olika former av skolproblem. I gruppen ensamkommande anger 46 procent motsvarande problem. Det finns även skillnader avseende rapporterade läs- och skrivsvårigheter; 10 procent hos ensamkommande jämfört med 18 procent bland övriga. En något större andel av de ensamkommande ungdomarna har en regelbunden fritidsaktivitet (minst en gång per vecka); 42 procent jämfört med 36 procent för övriga ungdomar.

Det finns signifikanta skillnader när gäller förekomsten av olika problem i uppväxtmiljön. Ekonomiska problem och förekomst av misshandel eller våld uppges i signifikant 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.

## Användning av tobak, alkohol och narkotika

Tabell 2 beskriver ungdomarnas användning av tobak, alkohol och narkotika utifrån ett flertal olika aspekter.



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
Riskfylld alkoholkonsumtion <sup>2</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

Den totala andelen ungdomar som regelbundet röker eller snusar ligger på en hög nivå, 67 procent, men i detta avseende är skillnaden mellan ensamkommande och övriga ungdomar obetydlig. När det gäller riskfylld alkoholkonsumtion enligt AUDIT-C, finns det signifikanta skillnader mellan grupperna. I jämförelse med övriga ungdomar har ensamkommande i betydligt lägre grad en riskfylld alkoholanvändning, 16 jämfört med 39 procent.

Med primär drog avses det preparat som kliniskt bedömts utgöra huvudproblemet och därmed anledningen till vårdkontakten med en Maria-mottagning. Beträffande primär drog finns det snarare likheter än skillnader mellan ensamkommande och övriga ungdomar. Bland ensamkommande ungdomar uppger 84 procent cannabis, 10 procent alkohol och 6 procent övriga preparat (t.ex. opiater, kokain och bensodiazepiner) som primär drog. Det finns dock en signifikant skillnad när det gäller den genomsnittliga debutåldern för primär drog. 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.

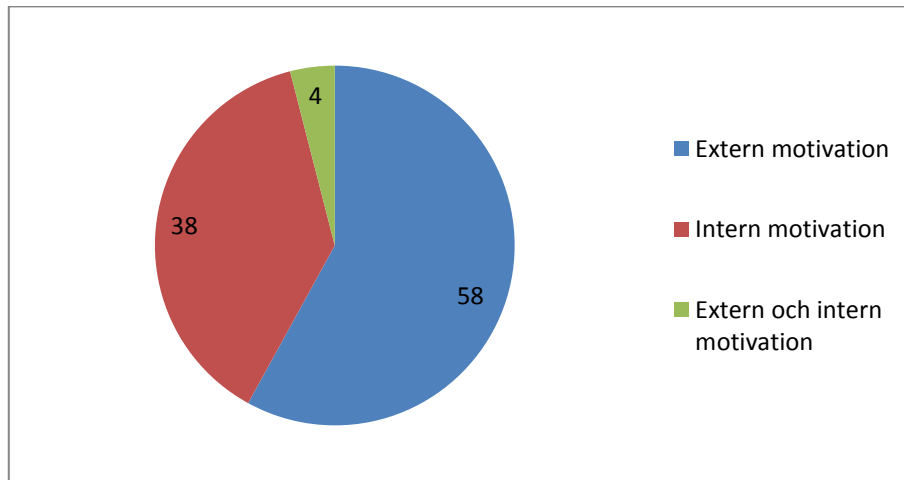
Motsvarande skillnad gäller även för användning av andra droger än huvuddrogen (sekundär drog). Som annan drog anger ungdomarna framförallt alkohol eller cannabis. Totalt sett uppger drygt en fjärdedel av samtliga ungdomar att de kombinerar olika preparat (blandmissbruk) för att åstadkomma önskad effekt. Andelen ensamkommande som anger blandmissbruk är signifikant lägre än för övriga ungdomar, 16 respektive 28 procent. Det är totalt 2 procent av samtliga

<sup>2</sup> 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).



ungdomar som någon har injicerat narkotika och här finns inga skillnader mellan grupperna. Ensamkommande ungdomar har i något mindre utsträckning sedan tidigare varit föremål för insatser inom missbruksvården än övriga ungdomar, 16 respektive 25 procent.

I den avslutande delen av kartläggningsintervjun ställs följande fråga till ungdomen: *Vilken är din egen främsta anledning till kontakten med vår enhet?* Det finns sammantaget 73 utsagor från ensamkommande ungdomar som har använts för en kvantitativ innehållsanalys. Dessa utsagor har kopplats till ett centralt begrepp inom missbruksforskningen: motivation. Det är vanligt att man skiljer på två huvudsakliga former av motivation, dels en *inre motivation* där individen uttrycker en egen önskan om förändring och dels en *yttre motivation* där individen känner sig pressad eller tvingad till förändring av andra personer eller organisationer (Breda & Heflinger 2007). Nedanstående diagram illustrerar hur utsagorna fördelas på de tre kategorierna: intern motivation, extern motivation samt en tredje kategori där utsagan både handlar om intern och extern motivation.



Figur 1. Ensamkommande ungdomar och deras utsagor om anledningen till vårdkontakten, procentuell fördelning (N=73).

En betydande del, 58 procent, av utsagorna kan tolkas som uttryck för *extern motivation*. Ungdomarna uppfattar att de hänvisas, rekommenderas eller tvingas till kontakt med Maria-mottagningen av parter som finns i deras nätverk. Det kan vara personal på boenden, en socialsekreterare eller en psykolog. Nedan följer några exempel:

- Jag fick den rekommendationen av familjehemsmamman som upptäckte drogbruket.
- Det är boendet som tror att jag använder droger.
- Jag kommer hit för att de tvingar mig.
- Min psykolog vill att jag visar drogfrihet.
- För att boendet och min socialsekreterare ska tjata mindre.

Den andra kategorin *intern motivation* utgör 38 procent och innefattar utsagor som handlar om att ungdomen själv uttrycker en form av eget hjälpbehov. Hjälpbehovet



kan vara utvecklat och artikulerat i olika grad, några ungdomar uttrycker behov som direkt kan relateras till droganvändning medan andra beskriver att de snarare önskar hjälp och stöd med sin psykiska hälsa.

- Jag kan få komma och prata, vara ärlig och kan få hjälp.
- Jag vill sluta röka cannabis.
- Det är ett stöd för mig att lämna prover.
- Få veta mer om cannabis och varför det inte är bra.
- Jag vill sluta med droger.

Det finns även några enstaka utsagor, 4 procent, som handlar om både *extern* och *intern motivation*:

- Jag vill kunna uppvisa drogfrihet. Vill också ha hjälp med att må psykiskt bättre.
- Vill få hjälp här, kolla om jag använder något eller inte.
- Socialtjänsten och jourhemmet tror att jag använder droger. Jag vill ha stöd med måendet och suget.

## Kriminalitet och våldsutsatthet

I tabell 3 redovisas uppgifter om ungdomarnas brottsliga aktiviteter samt utsatthet för brott och olika former av våld.

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	*
Psykiskt	43	33	34	NS
Sexuellt	8	11	11	NS

Ensamkommande ungdomar har i mindre utsträckning än övriga ungdomar blivit gripna som misstänkta för egen, eller för att ha varit delaktig i, brottslig aktivitet; 49 procent jämfört med 58 procent. Motsvarande förhållande gäller även för om ungdomen är dömd för brott och här är skillnaden signifikant, 12 procent för ensamkommande i jämförelse med 30 procent för övriga. Ensamkommande ungdomar har i signifikant högre grad varit utsatta för brott jämfört med övriga ungdomar. Att umgås med vänner som begår brott eller använder droger är betydelsefulla risk- och skyddsfaktorer att ta hänsyn till när sociala interventioner ska planeras och genomföras. De ensamkommande ungdomarna har i signifikant lägre grad ett sådant umgänge.

I kartläggningssintervjun finns även frågor om ungdomen någon gång i livet varit utsatt för våld eller övergrepp. Som framgår finns det vissa mindre skillnader mellan



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

## Fysisk och psykisk hälsa

I tabell 4 återfinns uppgifter om ungdomarnas fysiska och psykiska hälsa.

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.

	EKB N=93	Övriga N=1132	Totalt N=1225	p
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
Ätstörningar	7	7	7	NS
Självskadeteende	9	6	6	NS
Traumatisk upplevelse	64	27	30	*
Medicinering	10	18	19	NS
Pågående psykiatrisk kontakt	13	23	22	*

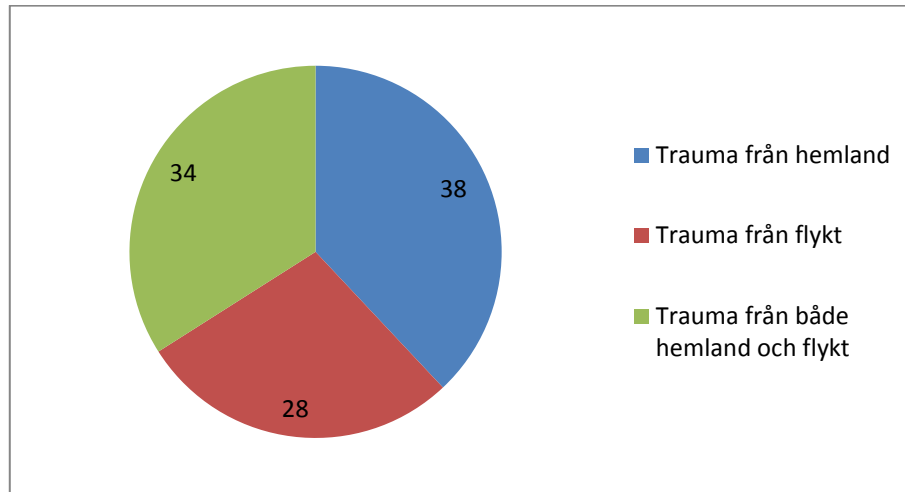
Ensamkommande ungdomar uppger i signifikant högre utsträckning än övriga ungdomar att de har allvarliga sjukdomar eller andra fysiska problem som påverkar deras livsföring, 21 respektive 13 procent.

När det gäller psykiska problem efterfrågas det om förekomst av olika former av besvär eller symptom de senaste 30 dagarna. Besvären ska vara av allvarlig karaktär och ska ha förekommit under en tidsperiod av en vecka eller längre. Frågorna syftar till att kartlägga ungdomens egen uppfattning om sitt psykiska mående. Ensamkommande ungdomar rapporterar 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 av lägre grad beträffande suicidtankar, suicidförsök, ätstörningar, självskadeteende och medicinering. Däremot finns det signifikanta skillnader mellan grupperna vad gäller traumatisk upplevelse och pågående psykiatrisk kontakt. När det gäller pågående psykiatrisk kontakt är andelen som uppges mycket lägre för ensamkommande än för övriga ungdomar. Ensamkommande ungdomar uppger i betydligt 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 i form av t.ex. mardrömmar, vaksamhet eller undvikande. I kartläggningsintervjun finns det en efterföljande fråga där ungdomen ombeds att specificera vad det är för typ av trauma eller allvarlig händelse som avses. Det finns sammantaget 50 utsagor från ensamkommande ungdomar om denna typ av händelser. I figur 2 redovisas utsagorna uppdelade i de tre olika kategorierna: trauma från hemland, trauma från flykt samt trauma från både hemland och flykt.



Figur 2. Ensamkommande ungdomars utsagor om allvarlig händelse som fortfarande påverkar deras psykiska hälsa, procentuell fördelning (N=47).

I kategorin *trauma från hemlandet* återfinns utsagor, 38 procent, som beskriver erfarenheter där ungdomarna varit om olika former av traumatiska krigshändelser som t.ex. att föräldrar eller närstående dödats eller försvunnit. Men det kan även handla om våld, övergrepp och kränkningar som kan relateras till uppväxtmiljön.

- *Min äldre bror blev mördad i mitt hemland.*
- *Jag har sett när vänner blivit ihjälskjutna.*
- *Jag blev tillfångatagen av en terrororganisation för att rekryteras till barnsoldat.*
- *Har blivit utsatt för våld av min pappa.*
- *Min pappa försvann när jag var liten.*

Den andra kategorin *trauma från flykten* innehåller 28 procent av utsagorna och här uppges att exempelvis att själva flykten från hemlandet innebar en mycket svår situation, i några utsagor uttrycks bara själva ordet flykt utan att innebörden närmare specificeras. Nedan följer några exempel på utsagor:



- Jag har varit om händelser under flykten till Sverige.
- Flykten, med en traumatisk situation där jag tappade bort min mamma och mina bröder.
- Det var många av mina kompisar som dog under resan till Sverige, drömmer ibland om deras ansikten.
- Flykten, vill inte prata mer ingående om det.
- Flyktingsituationen.

Det är 34 procent av utsagorna där upplevelser och erfarenheter beskriver allvarliga händelser som relateras till en kombination av *trauma från hemland* och *flykt*. Nedan följer några exempel:

- Flykten från Afghanistan. Jag är ensamkommande och min familj är kvar där. Har oro för dom och min egen framtid.
- Kriget i Syrien och jag var häktad i Tyskland under flykten.
- Själva flykten. Jag har levt på gatan och dessförinnan växte jag upp i en dålig familj.
- Jag blev misshandlad under flykten och min fader blev mördad i mitt hemland.
- Själva flykten, men också att jag blev övergiven som barn.



## 5. Slutsatser och analys

Analysen inleds med en redogörelse för sammanställningens huvudsakliga resultat i relation till tidigare forskning och därefter ett avslutande avsnitt om implikationer som kan anses vara av betydelse för praktik och forskning i det fortsatta arbetet med ensamkommande ungdomar.

Ensamkommande ungdomar som har flytt till Sverige utgörs av 93 individer (8 procent) av totalt 1225 ungdomar i den aktuella kartläggningen vid de tolv öppenvårdsmottagningarna. Att merparten av dem har kontakt med en Maria-mottagning i någon av Sveriges tre storstäder kan bero på att det finns fler ensamkommande i storstäderna och att dessa troligen har fler tillgängliga resurser för att erbjuda relevanta insatser för gruppen. Det finns även exempel på mottagningar som har utvecklat särskilda samarbetsformer med exempelvis socialtjänst, boenden och skola för den aktuella målgruppen (Malmö stad 2016). Dessa kunskaper och erfarenheter har även spridits till flera av de andra Maria-mottagningarna.

Bland de 93 ensamkommande ungdomarna finns det endast en flicka medan andelen flickor för övriga ungdomar är 28 procent. Genomsnittsåldern för både ensamkommande och övriga är 16,8 år. De födelseländer som uppges av ungdomarna överensstämmer till stor del med svenska myndigheters uppgifter om de vanligast förekommande ursprungsländerna bland ensamkommande ungdomar, även om andelarna i vissa avseenden skiljer sig åt (Migrationsverket 2017). Det handlar huvudsakligen om ungdomar från Afghanistan, Somalia, Eritrea, Iran, Syrien och Marocko.

Det huvudsakliga syftet med denna kartläggning är att belysa narkotikaproblem hos ensamkommande ungdomar. En annan viktig folkhälsoaspekt är tobaksanvändning och resultaten visar att den totala andelen ungdomar som regelbundet röker eller snusar ligger på en generellt hög nivå, där två tredjedelar har ett dagligt eller så gott som dagligt bruk av tobak, något som gäller för både för ensamkommande och övriga ungdomar.

När det gäller alkoholanvändning, har ensamkommande jämfört med övriga i avsevärt lägre grad en riskfylld alkoholkonsumtion enligt AUDIT-C. Beträffande den drog som utgör huvudsaklig anledning till kontakt med mottagningen, finns det snarare likheter än skillnader mellan ensamkommande och övriga ungdomar. Bland ensamkommande uppges 84 procent cannabis, 10 procent alkohol och 6 procent övriga preparat (t.ex. opiater, kokain och bensodiazepiner) som primär drog. Det finns dock en signifikant skillnad när det gäller den genomsnittliga debutåldern för primär drog. Ensamkommande ungdomar har påbörjat användandet av huvuddrogen vid 15,8 år och övriga ungdomar vid 14,9 år. Andelen ensamkommande som använder den primära drogen 2-3 dagar per vecka eller mer, är något lägre än bland övriga ungdomar. Motsvarande gäller även för användning av andra droger än huvuddrogen (sekundär drog, framförallt alkohol eller cannabis). Andelen ensamkommande som anger blandmissbruk är betydligt lägre än för övriga ungdomar. Det är totalt 2 procent av samtliga ungdomar som någon har injicerat narkotika och några skillnader mellan grupperna förligger inte. Ensamkommande





ungdomar har i något mindre utsträckning sedan tidigare varit föremål för insatser inom missbruksvården än övriga ungdomar.

Sammantaget visar kartläggningen generellt på en genomgående mindre allvarlig alkohol- och narkotikaanvändning hos ensamkommande ungdomar, resultat som överensstämmer väl 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). Denna kartläggning visar, i likhet med flera andra studier, 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). Eftersom de har kommit ifråga för behandling i relativ tidig ålder, samtidigt som de har en senare debutålder (i många fall sannolikt efter ankomsten till Sverige) och en lägre användningsfrekvens, finns det goda förutsättningar för en positiv utveckling och en högre grad av drogfrihet efter avslutad behandling (Chen m.fl. 2009).

Ensamkommande ungdomar är emellertid en heterogen grupp och en mindre grupp av dem har en mer omfattande droganvändning, huvudsakligen till följd av svårartade uppväxtvillkor och negativa erfarenheter som har skapat betydande psykosociala problem.

Det är osäkert hur länge de ensamkommande ungdomarna har vistats i Sverige, då denna uppgift saknas i UngDOK. Men merparten tycks vara kommunplacerade och har sannolikt befunnit sig i Sverige under några år. Just vistelsetiden i det nya landet har visat sig ha en stark koppling till en ökad droganvändning och ju längre en flyktingungdom har vistats i sitt nya land, desto oftare anpassar de sig till de normer som finns när det gäller alkohol och narkotika och i detta fall svenska ungdomars droganvändningsmönster (Di Cosmo m.fl. 2011; Manhica m.fl. 2016; Patel m.fl. 2004; Peters m.fl. 2004). En annan orsak kan handla om bristfällig integrering till följd av arbetslöshet och en svag socioekonomisk status, vilket också har visat på starka samband med drogproblem hos ensamkommande ungdomar (Fazel m.fl. 2012; Hirani m.fl. 2016; Manhica m.fl. 2016; Posselt m.fl. 2015). Ytterligare en riskfaktor för droganvändning är om ensamkommande ungdomar utsätts för rasism och diskriminering, något som kan bana väg för en ökad kontakt med andra socialt utsatta grupper (Carlson m.fl. 2012; Derluyn & Broekaert 2008; Ekblad 2011; Fazel m.fl. 2012; Hirani m.fl. 2016; Lustig m.fl. 2003; Patel m.fl. 2004; Posselt m.fl. 2015; Schwartz m.fl. 2015). En byråkratisk och utdragen asylprocess kan också hänga samman med en ökad droganvändning som ett sätt att hantera otrygghet och ovisshet (Derluyn & Broekaert 2008; Ekblad 2011; Jacobsen m.fl. 2017; Marquardt m.fl. 2016; Patel m.fl. 2004; Posselt m.fl. 2015; Ramel m.fl. 2015). Permanenta uppehållstillstånd har visat sig skapa en ökad trygghet, förutsebarhet och avsevärt bättre integrationsmöjligheter hos flyktingungdomar (Derluyn & Broekaert 2008; Joelsson & Dahlin 2005; SOU 2006).

I sammanställningen genomfördes även en kvantitativ innehållsanalys av de ensamkommande ungdomarnas utsagor om anledningen till kontakt med enheten. Merparten, d.v.s. 58 procent av utsagorna, ger uttryck för en *extern motivation* där ungdomarna beskriver att de hänvisas, rekommenderas eller tvingas till kontakt med en Maria-mottagning av någon part som finns i deras nätverk. Den andra kategorin *intern motivation* handlar istället om att ungdomen själv uttalar ett slags eget



hjälpbehov och utgör här 38 procent. Några ungdomar formulerar behov som direkt kan relateras till deras droganvändning medan andra beskriver att de snarare önskar hjälp och stöd med sin psykiska hälsa. Det finns även några utsagor, 4 procent, som handlar om både *extern* och *intern motivation*.

Resultaten kan troligen förklaras med att professionella i viss mån övertar frånvarande föräldrars roll och ansvar genom att de sörjer för att en kontakt med mottagningarna inleds efter att en problematisk alkohol- och droganvändning uppdagats. Även om många ungdomar inte på egen hand har tagit initiativ till kontakt med mottagningarna så kan en positiv behandlingskontakt successivt ändå skapas och etableras (Breda & Heflinger 2007; Yeterian m.fl. 2013).

Det framgår även av sammanställningen att merparten av ungdomarna har en ordnad boendeform och bor huvudsakligen på institution, stödboende eller i familjehem. Dessa uppgifter skiljer sig stort från internationella studier som visat på att många ensamkommande ungdomar bor med ett obefintligt eller begränsat professionellt stöd 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).

En stor majoritet av de ensamkommande ungdomarna har en ordnad sysselsättning i form av skolgång, en skyddande faktor som utgör en viktig integrationsarena genom att den möjliggör språkutveckling, utvidgning av sociala relationer och erbjuder ett normalt vardagsliv (se Eide & Hjern 2013; Fazel m.fl. 2012; Lustig m.fl. 2003). Skolgången bidrar också till välbefinnande och bättre psykisk hälsa (Carlson m.fl. 2012; Hirani m.fl. 2016), samt ökar möjligheten till framtida etablering på arbetsmarknaden (Çelikaksoy & Wadensjö 2016; Manhica 2017). Förekomsten av skolproblem är också avsevärt lägre än för övriga ungdomar och det finns motsvarande skillnader avseende läs- och skrivsvårigheter, vilket är lovande förutsättningar för goda skolresultat.

Behörigheten till gymnasiestudier är dock betydligt lägre för ensamkommande jämfört med övriga ungdomar. 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), utveckla 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).

Resultatet indikerar att en något större andel av de ensamkommande ungdomarna har en regelbunden fritidsaktivitet, vilket även överensstämmer med en tidigare studie (Marquardt m.fl. 2016). Härigenom möjliggörs också prosociala kontakter och relationer med andra ungdomar samt deltagande i föreningslivet, något som på längre sikt bidra till integration.

Av sammanställningen framgår det att det finns betydande skillnader mellan grupperna när det gäller förekomsten av olika problem i uppväxtmiljön. Ekonomiska problem och misshandel eller våld uppges i avsevärt högre grad av ensamkommande jämfört med övriga ungdomar. Drogmissbruk och psykiska problem hos föräldrar eller andra närstående anges i lägre grad av ensamkommande



ungdomar i jämförelse med övriga ungdomar. Dessa resultat överensstämmer i hög grad med tidigare studier som visar på att såväl fattigdom och knapp ekonomi som erfarenheter av familjevåld är vanligt förekommande hos gruppen (Hirani m.fl. 2016; Lustig m.fl. 2003; Marquardt m.fl. 2016; Patel m.fl. 2004; Posselt m.fl. 2015; Ramel m.fl. 2015).

Sammanställningen visar på 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). En longitudinell studie visar dock på en något högre brottslighet på längre sikt hos unga män som kommit till Sverige som ensamkommande i jämförelse med andra ungdomar (Manhica m.fl. 2016). Denna skillnad kunde emellertid förklaras av skillnader i socioekonomisk status, som generellt var lägre hos de ensamkommande ungdomarna. Sammanställningen visar även att ensamkommande 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. Resultaten visar att det finns mindre skillnader mellan ensamkommande ungdomar och övriga när det gäller våldsutsatthet av psykiska eller sexuella övergrepp eller kränkningar. Ensamkommande har i mycket större utsträckning varit utsatta för fysiskt våld någon gång i livet än övriga ungdomar. Resultaten uppvisar en överensstämmelse med tidigare studier som har konstaterat att ensamkommande ungdomar i högre grad än andra ungdomar har erfarenheter av att ha blivit utsatta för fysiska, psykiska eller sexuella övergrepp både i sitt ursprungsland av föräldrar och under flykten av t.ex. 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). Många ungdomar har också bevittnat våld av olika slag, ofta i samband med krig och konflikter (Fazel m.fl. 2012; Jensen m.fl. 2015; Posselt m.fl. 2015).

I sammanställningen 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. Detta överensstämmer även med iakttagelser från den tidigare forskningen som anger att de oftare besväras av mardrömmar och sömnsvårigheter (Derluyn & Broekaert 2008; Lustig m.fl. 2003), medan mer externaliserande psykiska problem och utagerande beteende emellertid tycks vara mindre vanligt förekommande hos ensamkommande ungdomar (Eide & Hjern 2013; Jensen m.fl. 2015; Ramel m.fl. 2014). Skillnaderna mellan ensamkommande och övriga ungdomar beträffande rapportering av suicidtankar, suicidförsök, ätstörningar och självskadebeteende är små, något som avviker från resultat i andra studier som anger högre risk för självskadebeteende och självmord i 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. 2014).

Ensamkommande uppger i betydligt högre grad att de har varit med om en traumatisk upplevelse jämfört med övriga ungdomar. Det finns sammantaget 50 utsagor från ensamkommande ungdomar om deras traumatiska upplevelser. I kategorin *trauma från hemlandet*, 38 procent, beskrivs erfarenheter där ungdomarna varit med om olika former av traumatiska krigshändelser som t.ex. att föräldrar eller närstående dödas eller försvunnit, något som är vanligt förekommande i denna grupp (se Marquardt m.fl. 2016; Posselt m.fl. 2015; Ramel m.fl. 2015). Utsagorna handlar även om våld, övergrepp och kränkningar som kan relateras till uppväxtmiljön. Det är 34 procent av utsagorna som beskriver allvarliga händelser som relateras till en kombination, *trauma från hemland och flykt*. Den tredje kategorin *trauma från flykten* innehåller 28 procent av utsagorna och här uppges att exempelvis att själva flykten från hemlandet innebar en mycket svår situation. 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).

Denna sammanställning har i likhet med andra undersökningar vissa begränsningar. En sådan är att det saknas uppgifter i UngDOK-intervjun om när i tiden ungdomen kom till Sverige samt om ungdomens legala status beträffande asyl och uppehållstillstånd. Å andra sidan har nästan samtliga ensamkommande ungdomar i sammanställningen en pågående kontakt med socialtjänsten, en stabil boendesituation och i hög grad en ordnad sysselsättning genom skolgång. Sammantaget innebär det att de officiellt finns inom det sociala välfärdsystemet. Däremot återfinns varken de ensamkommande ungdomar som tvångsvårdas eller de som illegalt vistas i Sverige i denna rapport. Den genomförda sammanställningen ger troligen ändå en relativt utförlig och relevant bild av gruppen ensamkommande ungdomar som påbörjar kontakt med en öppenvårdsmottagning för narkotikaproblem och deras livsvillkor.



## 6. Implikationer för praktik och forskning

Sammanställningen och genomgång av forskningslitteratur har utmynnat i ett flertal implikationer för det fortsatta praktiska arbetet med ensamkommande ungdomar och för forskningen kring gruppen. En viktig slutsats är att gruppen är heterogen och att det finns flera undergrupper med troligen mycket olika typer av behov (Fazel m.fl. 2012; Hirani m.fl. 2016; Kaunitz & Jacobsson 2016; Ross Dawson 2003). Inledningsvis anser vi därför – med utgångspunkt i både litteraturgenomgång och sammanställning– att det kan vara problematiskt att betrakta ensamkommande ungdomar som en särskild riskgrupp som ställer sjukvården, socialtjänsten, polisen och missbruksvården inför stora utmaningar. Utifrån det mycket stora antal ensamkommande ungdomar som anlärt 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 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 kan finnas problem med att rikta sökarljuset på en specifik utvald grupp eller kategori och till denna grupp hänföra problematiska egenskaper och behov. 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). Den drogproblematik som några av dem ändå uppvisar kan kanske ha mer med en utdragen asylprocess, en osäker framtid eller en svag socioekonomisk status att göra, än med deras etniska eller kulturella bakgrund (Derluyn m.fl. 2009; Manhica 2017). Det finns dock ensamkommande ungdomar som lever under särskilt svåra förhållanden t.ex. ungdomar som vistas i Sverige illegalt, antingen för att de inte har sökt asyl eller för att de har fått avslag på sin asylansökan. Andra särskilt utsatta grupper är ungdomar som av olika skäl omhändertas enligt lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och därmed tvångsvårdas.

Det finns således inte någon anledning att generellt förstora ensamkommande ungdomars alkohol- och narkotikaanvändning och tillskriva dem en allvarigare drogproblematik än övriga ungdomar när det gäller val av preparat, mängd, frekvens och allvarlighetsgrad. Enligt denna sammanställning förhåller det sig snarare tvärtom. För den mindre grupp av de ensamkommande ungdomarna med alkohol- och narkotikaproblem som ingår i kartläggningen kan man emellertid behöva ta hänsyn till några viktiga aspekter.

En sådan är att den ansvarige behandlaren, med stöd av en strukturerad intervju som t.ex. UngDOK, kan få både specifika uppgifter om själva droganvändningen men även en helhetsbild av ungdomens behov med betydelsefulla uppgifter om t.ex. fysisk och psykisk hälsa. 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 (PTSD) 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 och upplevelser. Sådana kunskaper kan också vara användbara för övriga ungdomar, eftersom det finns även en hög förekomst av denna typ av problem även hos dem.

En annan implikation vid behandling och användning av strukturerade intervjuer är att behandlare försäkras om att ungdomen kan tillgodogöra sig insatsen, med tanke på att ensamkommande ungdomar kan ha bristfälliga språkkunskaper. Följaktligen krävs både en god tillgång till tolk och en grundläggande kompetens att tillämpa tolktjänster i behandlingssammanhang. Andra verksamheter som kommer i kontakt med dessa ungdomar bör ha tillgång till informationsmaterial på olika språk om alkohol och narkotika samt var stödinsatser kan erbjudas.

Interventioner för ensamkommande ungdomar med alkohol- och narkotikaproblem behöver vara multimodala och, utöver den unge själv, omfatta insatser beträffande socialt stödande nätverk, skolgång, fritid och vänner (Huerner m.fl. 2009). I detta avseende finns inga skillnader i behandlingsstrategier för ungdomar generellt. En del av de ensamkommande ungdomarna har emellertid fler skydds- än riskfaktorer, vilket innebär att de med fördel kan erbjudas en kortare intervention som t.ex. MET (Motivational Enhancement Therapy), en metod som har vetenskapligt stöd när det gäller ungdomar med alkohol- och narkotikaproblem (Socialstyrelsen 2015). Det är även betydelsefullt att stödja en fortsatt kontakt med de ensamkommande ungdomarnas föräldrar, då ungdomarna ofta känner oro för deras situation i hemlandet (Patel m.fl. 2004).

Ensamkommande ungdomar som får problem med alkohol och narkotika kan ha en mängd olika professionella från flera myndigheter runt sig. Det kan handla om gode män, socialsekreterare, personal på hvb-hem etc. En viktig faktor i en behandlingsprocess är att dessa personer drar åt samma håll och att de olika aktörerna samverkar på ett konstruktivt sätt. PID-modellen är exempel på en modell som kan underlätta detta samarbete (Malmö stad 2016).

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). Denna aspekt kan motverkas av ändrade regelverk där ensamkommande tvingas bryta upp från en trygg miljö p.g.a. att man fyllt 18 år eller att man blivit placerad i annan kommun.

En annan viktig implikation är att undvika placering av ensamkommande ungdomar på HVB-hem tillsammans med mer problembelastade ungdomar p.g.a. den ”smittorisk” som då kan föreligga. En negativ institutionskultur innebär att mindre erfarna ungdomar skolas in i negativa värderingar och erfarenheter från personer



med en allvarigare problematik och är ”en av de starkaste prediktorerna för att utveckla och upprätthålla beteendeproblem” (Andreassen 2003, s. 344).

Insatser för att stödja ensamkommande ungdomars skolgång och möjliggöra fortsatt utbildning är av stor betydelse för deras – i likhet med svenskfödda ungdomars – framtida möjligheter på arbetsmarknaden (Çelikaksoy & Wadensjö 2016; Fazel m.fl. 2012; Hirani m.fl. 2016; Manhica 2017; Posselt m.fl. 2015). Fullföljda gymnasiestudier är en mycket betydelsefull skyddsfaktor mot framtida alkohol- och narkotikaproblem och i det avseendet skiljer sig inte ensamkommande ungdomar från övriga ungdomar (McCormack & Walker 2005). Det är således viktigt att främja samarbete med skola och tillgodose att pedagogiskt stöd vid behov kommer till stånd (Hirani m.fl. 2016). Sannolikt behöver kommunerna, p.g.a. inledande språksvårigheter, ha ett mer långsiktigt utbildningsperspektiv för ensamkommande ungdomar, t.ex. i form av förlängd gymnasieutbildning. Detta bör rimligen gälla även efter att ungdomen har fyllt 18 år.

Den befintliga forskningen om missbruksproblem bland ensamkommande ungdomar är mycket begränsad i både ett internationellt och ett svenskt perspektiv. Vi ser följaktligen behov dels av framtida studier med större empiriska material där det också går att följa upp hur det går för dem efter genomförd en behandling, dels av kvalitativa studier som fördjupar den kunskap som t.ex. denna kartläggning har kunnat bidra med. Studier med större empiriskt underlag kan bidra till att nyansera de mytbildningar som kan uppstå kring vissa målgrupper, t.ex. ”ensamkommande ungdomar” som en särskilt problematisk grupp.

Avslutningsvis pekar slutsatser från den tillgängliga forskningen på att det krävs långsiktiga och hållbara insatser som beaktar att den ensamkommande, efter ankomsten till Sverige, övergår från att vara barn till att bli en ung vuxen person, och att dennes specifika behov rimligen bör kunna tillgodoses oavsett ålder. Det innebär bl.a. att den unges, omgivningens och samhällets investeringar i relationer och skolgång riskerar att gå om intet om en positiv utveckling avbryts eller försvåras efter att ungdomen fyllt 18 år. Det är därför av stor vikt att samhällets åtaganden kvarstår över tid, i annat fall riskerar de ensamkommande ungdomarna i högre grad att bli socialt exkluderade med den problematik det kan medföra.



## 7. 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.
- Anderberg, M. & Dahlberg, M. (2014). Ungdomar med missbruksproblem – en deskriptiv studie av Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö. *Socialmedicinsk tidskrift*, 91(4), 348-359.
- Andreassen, T. (2003). *Institutionsbehandling av ungdomar. Vad säger forskningen?* Stockholm: Statens institutionsstyrelse och Förlagshuset Gothia AB.
- 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.
- Breda, C.S. & Heflinger, C.A. (2007). The Impact of Motivation to Change on Substance Use Among Adolescents in Treatment. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 16(3), 109-124.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an Experimental Ecology of Human Development. *American Psychologist*, July, 513-531.
- 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.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.
- 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), pp. 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 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.
- Chen, C-Y., Storr, C.L. & Anthony, J.C. (2009). Early-onset drug use and risk for drug dependence problems. *Addictive Behaviors*, 34(3), 319-322.
- 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.
- Eklblad, S. (2011). Etnicitet och missbruks- och beroendevård. I *Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individ, 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.
- Fleming, C. B., Catalano, R. F., Haggerty, K. P., & Abbott, R. D. (2010). Relationships between level and change in family, school, and peer factors during two periods of adolescence and problem behavior at age 19. *Journal of youth and adolescence*, 39(6), 670-682.
- 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.
- Hamed, S. & Bradby, H. (2017). Asylsökande barns hälsobehov i Sverige. *Socialmedicinsk tidskrift*, 94(5), 546-555.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. & Miller, J.Y. (1992). Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105.
- Hessle, 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. & Cunliffe, 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.
- Joelsson, L. & Dahlin, K. (2005). Asylprocess grogrund för apati hos vissa barn. *Läkartidningen*, 102(48), 3646-3650.
- 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.
- Länsstyrelserna (2017). *På flykt och försvunnen. Sammanställning av åtgärdsförslag till Regeringen om barn som försvinner i Sverige*. Stockholm: Länsstyrelsen i Stockholms län.
- 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.
- 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.
- 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.
- Petratis, J., Flay, B.R. & Miller, T.Q. (1995). Reviewing Theories of Adolescent Substance Use: Organizing Pieces in the Puzzle. *Psychological Bulletin*, 117(1), 67-86.
- 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.
- Richman, J.M. & Bowen, G.L. (1997). School-failure: An Ecological-Interactional-Development Perspective. I Fraser, M.W. (red). *Risk and Resilience in Childhood. An Ecological Perspective*. Washington: National Association of Social Workers (NASW).
- 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.
- Shekhtmeyster, Z., Sharkey, J. & You, S. (2011). The Influence of Multiple Ecological Assets on Substance Use Patterns of Diverse Adolescents. *School Psychology Review*, 40(3), 386-404.
- 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 (2015). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU (2006). *Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – trauma, kultur, asylprocess. Rapport från den nationella samordnaren för barn i asylprocessen med uppgivenhetssymtom. SOU 2006:49. Statens offentliga utredningar*. Stockholm: Fritzes.



- 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.
- Sundell, K. (2008). Risk- och skyddsfaktorer för narkotikabruk. I (red.). Andreasson, S. *Narkotikan i Sverige. Metoder för förebyggande arbete. En kunskapsöversikt*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- 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).
- Yeterian, J.D., Greene, M.C., Bergman, B.G. & Kelly, J.F. (2013). Does Mandated Treatment Benefit Youth? A Prospective Investigation of Adolescent Justice System Involvement, Treatment Motivation, and Substance Use Outcomes. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 31(4), 431-449.