



Gullers Grupp
Rapport

Narkotikabruk bland ensamkommande barn och unga

En fokusgruppstudie



Innehåll

1	INLEDNING	3
2	KÄNNEDOM OCH UPPFATTNINGAR OM NARKOTIKABRUKET	4
3	ORSAKER OCH RISKFAKTORER	7
4	PAPPERSLÖSA	11
5	ÅTGÄRDER FÖR ATT FÖREBYGGA NARKOTIKABRUK	12
6	METOD OCH GENOMFÖRANDE	17



1 Inledning

Föreliggande rapport är en presentation av de resonemang som förts under fyra fokusgrupper. Fokusgrupperna genomfördes med representanter ifrån polismyndigheten, ideella organisationer, beroendemottagningar, HVB-hem, kommuner, vård- och stödföreningar för papperslösa, socialtjänsten, SiS, länsstyrelser, landsting och regioner.

Att föreliggande rapport är en presentation av de resonemang som förts under fokusgrupperna innebär att den inte innehåller några slutsatser eller någon analys gjord av undersökarna. Åsikter som återkommit i flera fokusgrupper eller tydligt lyfts av flera respondenter presenteras i rapporten. I de fall som enstaka respondenter har lyft kompletterande tankar eller relevanta invändningar så presenteras även dessa i rapporten, då med markören "en respondent".

Resultaten som presenteras i rapporten är av kvalitativ art och därmed inte generaliserbara på en större population. Däremot kan vi säga att resultaten i viss mån är överförbara på en population som liknar de vi talat med – med andra ord, det är rimligt att anta att den kunskap som respondenterna vi pratat med har liknar den kunskap som andra inom gruppen har. De åsikter som uttrycks kan dock endast tillskrivas respondenterna.

Fokusgrupperna behandlade fyra teman:

- Kännedom om narkotikabruk bland ensamkommande
- Orsaker och risk- och skyddsfaktorer för narkotikabruk bland ensamkommande
- Papperslösa – vad vet vi här?
- Åtgärder för att förebygga narkotikabruk bland ensamkommande barn och unga

I rapporten nedan behandlas varje tema i ett eget kapitel.

Där tydliga regionala eller professionella skillnader finns kopplat till rapportens fyra teman lyfts dessa. Om inga tydliga skillnader lyfts kan läsaren förutsätta att grupperna var samstämmiga. Respondenterna har bjudits in att delta i fokusgruppen i sina professionella roller och frågorna som legat till grund för diskussionerna har relaterat till deltagarnas yrkesmässiga uppfattningar. Därmed antas de svar som respondenterna gett spegla deras yrkesmässiga erfarenhet. Det finns dock en tendens till att respondenter från ideell sektor inte har en lika skarp gräns mellan personliga åsikter och yrkesmässiga.



2 Kännedom och uppfattningar om narkotikabruket

Bilden om att det finns ett narkotikabruk bland ensamkommande stämmer med samtliga representanters erfarenheter. Dock är de noga med att påpeka att det även finns ett narkotikabruk bland svenska ungdomar och det är svårt att avgöra om bruket är större bland ensamkommande barn och ungdomar till och med 21 år än bland de svenska ungdomarna.

Däremot är de flesta respondenter eniga om att riskfaktorerna är fler hos de ensamkommande barnen och ungdomarna.

2.1 VILKA SUBSTANSER SOM ANVÄNDS

De vanligaste substanserna som används över hela landet är hasch/cannabis, tramadol och tradolan.

I Stockholm är också rökheroin en vanligt förekommande drog. Utmärkande för just rökheroin är, enligt respondenterna, att de som brukar det ofta inte upplever rökheroinet lika allvarligt som att injicera heroin. I viss utsträckning förekommer rökheroin även i Göteborg, men i stort sett inte alls i Malmö eller Sundsvall.

Tre av respondenterna menar att den främsta anledningen till att heroin inte brukas i Sundsvall – oavsett form – är att det just nu är svårt att få tag på substansen på marknaden. Kokain förekommer – i något mindre utsträckning – och nämndes endast av representanterna från Sundsvall och Stockholm.

”Det är farligt med amfetamin, heroin och kokain. Det vet alla, även de afghanska killarna, därför tar de till alkohol och cannabis och blir beroende – och sen tar de ett steg till.”

Det är vanligt också att man använder medicinskt klassad narkotika, så som bensadiazepiner. En respondent lyfter att personer (i detta fall afghaner) som fått avslag på sin asylansökan åker till Frankrike och köper ”benso” – där substansen går att köpa på vanliga apotek – för att sedan återvända till Sverige igen.

Alkohol berörs även det som ett relativt vanligt missbruk. Flera respondenter erfarenhet är att alkoholbruket ofta mer skuldbelagt än narkotikabruk. Tobak är också vanligt förekommande och används av barn och unga. Vanliga anledningar till ett tobaksbruk är enligt respondenterna att det används som en metod för stresshantering liksom som ett sätt att komma in i vuxenvärlden.

Bland ensamkommande som börjat använda droger i hemlandet finns en grupp som använder substanser som är mer okända i Sverige. Bruket av kat (kat som substans omnämns endast i Sundsvall och Stockholm) och lim påbörjas ofta i hemlandet, enligt respondenternas erfarenhet. Även metamfetamin med batterisyra nämns som en substans barn och unga har börjat med redan i hemlandet.

Det betonas av respondenterna att narkotikabruket i mångt och mycket speglar vad som finns på marknaden.



2.2 HUR GRUPPEN ENSAMKOMMANDE BARN OCH UNGA TILL OCH MED 21 ÅR ANVÄNDER NARKOTIKA

Respondenterna uppger att de flesta ensamkommande barn och unga vill undvika de stigmat som är förknippade med narkotikabruk och försöker därmed undvika droger som är synliga, så som lim eller injicerande av heroin.

Respondenternas erfarenhet visar på att det finns två övergripande tendenser i hur/när ensamkommande barn och unga använder narkotika. Vad gäller exempelvis cannabis är det ofta fråga om ett socialt umgänge, medan tabletter och tyngre droger främst handlar om självmedicinering. Att narkotikabruket i stor utsträckning handlar om just självmedicinering är något som återkommer i samtliga fokusgrupper. De ensamkommande barnen och ungdomarna använder ofta substanser som är ångestdämpande och lättillgängliga.

”Kan du prata med boendepersonalen? Berätta att det är så här vi umgås, vi röker hashish.”

”De självmedicinerar med det de känner igen från hemlandet.”

”Så det handlar inte bara om avslag och långa väntetider. Även dåligt bemötande spelar in, så många utgår ifrån att personen ljuger. Många ensamkommande har då utvecklat självmedicinering under alla dessa år som en konsekvens. En del utvecklar alkoholmissbruk (över 21 år) och det fortsätter även när man väl fått uppehållstillstånd.”

”Det är lätt att förstå att de hamnar fel om de har upplevt trauman. Det är en slags självmedicinering med droger.”

”De som har stor psykisk ohälsa ofta unga män som har psykosliknande, där har jag haft tre killar som har självmedicinerat som egentligen behöver något helt annat. De som självmedicinerat har blivit torterad eller sett sin familj dö på nära håll. Det är min erfarenhet, att de självmedicinerar.”

Samtidigt menar några respondenter ifrån Sundsvall att filtret som tidigare gjorde att de ensamkommande barnen och ungdomarna gick undan och brukade i smyg har försvagats under de senaste åren. Vilket medfört att narkotikabruket har blivit mer öppet.

Om man tittar på vilka substanser som används så ser respondenterna inga tydliga skillnader baserat på ålder. Dock ser respondenterna att yngre barn oftare placeras i familjehem och får ett större stöd, vilket minskar riskfaktorerna.

Respondenterna kan också se tendenser som pekar mot att vissa substanser kombineras mer än andra. Lim och kokain samt hasch och tramadol är vanliga exempel.

2.3 SKILLNADER MELLAN OLIKA GRUPPER AV ENSAMKOMMANDE

När det kommer till nationalitet visar respondenternas erfarenhet att de stora skillnaderna finns mellan barn och unga från Mellanöstern (Afghanistan, Syrien etc.) och de från Nordafrika (t.ex. Marocko). Skillnaderna rör vilka substanser som används, hur de brukas och när bruket påbörjas.

”Marockanska ungdomar sniffar till exempel lim.”

”De flesta har gjort sin drogdebut i Sverige, men vissa redan i Afghanistan och då kan det vara rökopium eller metamfetamin med batterisyra.”

”Det är ovanligt att afghanska pojkar brukar alkohol.”



Respondenterna har sett att bruket av lim är vanligare bland barn unga från Nordafrika, vilket också innebär att det är vanligare att de har påbörjat bruket redan innan ankomst till Sverige. Några respondenter lyfter att det även finns en annan problematik kopplad till de marockanska ungdomarna.

”De har problem med missbruk och de vill ofta dra vidare, så hur ska kommunerna hantera dessa ensamkommande då?”

Även faktorer som PUT och TUT påverkar, men respondenternas uppfattning går isär kring vilken gruppen är som löper störst risk för narkotikabruk. Några respondenter menar att risken är större för barn och unga med TUT då de fortfarande lever i stor ovisshet, medan andra menar att risken ökar efter de fått PUT. Anledningen att risken för ett narkotikabruk skulle öka efter att ensamkommande barn eller unga fått ett permanent uppehållstillstånd är, enligt några respondenter, att de då står inför utmaningen att etablera sig i Sverige – och får en bild av hur lång och komplicerad den processen kommer att bli.

”Det finns en skillnad mellan de som väntar på svar och de som fått tillstånd. De som fått tillstånd kan uppleva en tomhet efteråt – vad händer nu?”

Respondenternas erfarenheter visar att det hos flickor kan finnas en tendens till ett i jämförelse större narkotikabruk i form av tabletter. Dock har respondenterna en mycket begränsad erfarenhet av ensamkommande flickor.

”Lugnande mediciner är avdramatiserat även hos flickor.”

”Jag har bara sett en tjej som varit på HVB-hem. Men den gången var det samma droger.”

I samband med diskussionerna om skillnader i narkotikabruket mellan olika grupper påpekar respondenter från samtliga grupper och professioner att man ska vara försiktig med generaliseringar – både gällande ensamkommande barn och unga som grupp och olika segment inom gruppen. En av anledningarna till detta är att det generellt upplevs som svårt att se konkreta skillnader mellan olika grupperingar ensamkommande – oavsett hur du väljer att segmentera dessa – då narkotikan sprider sig mellan grupperingar. Initiala skillnader kan efter ett tag suddas ut.

2.4 NÄR PÅBÖRJAS NARKOTIKABRUKET

Det är svårt att få en entydig bild över när narkotikabruket påbörjas då respondenternas erfarenheter skiljer.

Hos många ensamkommande barn och unga påbörjas narkotikabruket efter ankomst till Sverige, medan andra har haft med sig bruket från hemlandet. Vissa substanser så som kat och lim har vanligtvis börjat nyttjas redan i hemlandet. Åsikterna går isär om det gäller även rökheroin.



3 Orsaker och riskfaktorer

3.1 ORSAKS- OCH RISKFAKTORER FÖR NARKOTIKABRUK I GRUPPEN ENSAMKOMMANDE BARN OCH UNGDOMAR

Dålig psykisk hälsa är, enligt respondenterna i samtliga grupper, den största riskfaktorn när det gäller brukande av narkotika hos ensamkommande barn och unga (läs mer om den psykiska hälsan nedan, avsnitt 3.2).

Flertalet respondenter upplever att den långa asylprocessen och tillhörande väntan på besked skapar "migrationsångest" och förstärker den psykiska ohälsan hos ensamkommande.

"Asylprocessen är skadlig för den psykiska hälsan. Processen är långdragen i Sverige."

En annan tydlig riskfaktor som respondenterna lyfter är avsaknaden av en trygg bas och ett stabilt kontaktnät. Respondenterna lyfter behovet av att stabilisera vardagen för de ensamkommande barnen och ungdomarna. En respondent drar paralleller till det "boende först"-program som förts med hemlösa personer med beroendeproblematik.

Boendeformat, boendets storlek m.m. är ytterligare riskfaktorer som lyfts i samtliga fokusgrupper. Stora boenden med få vuxna är en tydlig riskfaktor för narkotikabruk, visar respondenternas erfarenheter. De barn och unga som placeras i mindre boenden eller familjer tycks löpa en något mindre risk för att börja med narkotika. Den främsta anledningen till detta är, enligt respondenterna, att det finns bättre tillgång till stöd på de mindre boendena.

"På Migrationsverkets boenden förekommer det mycket droganvändning."

"Idag är det alldeles, alldeles för stora boenden. De ska vara mindre."

Samtidigt lyfter några respondenteter att kunskapen hos personalen på boendena kan variera kraftigt. Riskfaktorerna kopplade till boendet hänger alltså även samman med vilken kunskap som finns hos boendepersonalen.

"Förutsättningarna ser olika ut. Det kan finnas ett bättre stöd i mindre sammanhang och när det är samma personer, men å andra sidan skiljer sig kunskapen åt i nätverkshem [boende i din familjs släkt eller nätverk, t ex mor- eller farföräldrar eller en kompis familj] och familjehem väldigt mycket."

När det kommer till ungdomar upplever respondenterna att 18-årsdagen är en stor riskfaktor. Respondenterna i samtliga fokusgrupper vittnar om en oro bland ungdomarna kring vad som kommer hända med dem efter 18-årsdagen. Rädslan över att få sin ålder uppskriven är en riskfaktor.

"Många ungdomar följer medierna där de läser hemska saker om ungdomar från samma länder som dem [som fyllt 18] och då uppstår en rädsla för att råka ut för samma sak."

Bor ungdomen dessutom i en kommun där de måste byta boende efter att de fyllt 18 år så höjs risken ytterligare uppger respondenterna. Respondenterna uppger att detta hänger samman med att ungdomen förlorar sitt kontaktnät och trygghet, vilket lätt leder till att de börjar må sämre och riskerar att börja med narkotika.



I flertalet av fokusgrupperna lyfts även att risken för att börja med narkotika ökar om det förekommer bruk av narkotika på det boende där ungdomen blir placerad, vilket det enligt några respondenters erfarenhet oftare gör på de större boendena för vuxna. En önskan att hitta tillhörighet i den nya miljön genom att imponera på de äldre ökar risken för att börja med narkotika, enligt dessa respondenter.

En riskfaktor som lyfts av några respondenter är att somliga kulturer till viss del har en annan syn på narkotikabruk. Det finns ensamkommande barn och unga som är uppvuxna med att se vuxna i sin omgivning sitta och röka narkotikaklassade substanser socialt.

Flera respondenter lyfter att behovet av pengar – både för att försörja sig själv och för att sända till familjen i hemlandet– gör att kriminalitet och försäljning av narkotika kan upplevas som enkel väg.

”Men kan jag sälja droger utan att missbruka?”

Respondenterna har upplevt att de materiella tingen är ofta viktiga för tonåringar – de vill se bra ut och ha samma saker som vännerna. Även viljan att passa in bidrar till det upplevda behovet av pengar.

Bristen på en meningsfull fritid är ytterligare en riskfaktor som lyfts i tre av fokusgrupperna. Respondenterna lyfter att i dagens system saknas pengar till fritidsaktiviteter, vilket leder till att barnen och ungdomarna antingen hänger på boendet eller driver runt på gatorna efter skolan. Det är därmed lätt för dem att hamna i dåligt sällskap. Några respondenter lyfter att det till och med finns kriminella gäng som håller ögonen öppna efter den här typen av unga killar att rekrytera. Dåligt umgänge och kriminalitet leder i sin tur till ett narkotikabruk.

I vissa kommuner och städer finns det även en riskfaktor kopplad till geografiska områden. Det är platser där narkotikabruket sker relativt öppet och narkotikahandel pågår. Respondenterna ser en risk i att börjar ensamkommande barn eller unga hänga på dessa platser ökar risken för att de börjar bruka narkotika. Det handlar exempelvis om Nordstan i Göteborg och Sergels torg i Stockholm.

Flertalet av respondenterna är också eniga om ett skifte skedde år 2015. Innan dess mådde de ensamkommande bättre och narkotikabruket var mindre.

”Riskmiljöerna är ofta en reflektion av den rådande samhällsstrukturen – nu träffar vi barn och unga med en ovisshet eller som redan fått negativt beslut och alla har en hög ångestnivå.”

”Alla barn med ökad risk står inför en ovisshet. De som har mer resurser klarar sig bättre.”

Respondenterna är också noga med att poängtera att många av de ensamkommande barnen och ungdomarna är tonåringar, vilket är en riskfaktor i sig.

3.2 DEN PSYKISKA HÄLSAN BLAND ENSAMKOMMANDE

Den psykiska ohälsan hos ensamkommande barn och unga har, enligt respondenterna, flera orsaker och kan innefatta allt ifrån trauman och PTSD till depression och sömnproblem. Ofta finns en ovilja hos barnen och ungdomarna att prata om eller identifiera dessa som psykiska besvär.

”Egentligen tycker jag att regeringen ska tänka på kärnproblematiken. Drogerna är ett symptom och det är själva hälsan som är i fara.”



”Vi får också unga som är lite mer trasiga nu. Det är klart att det är så. De har levt länge i krig [Syrien].”

”Det handlar om svår ångest, sömnstörningar, ätstörningar och hela spektrat av självskadebeteende.”

Upplevelser i hemlandet och resan till Sverige är självklara orsaker till psykisk ohälsa. Respondenternas erfarenhet visar att långa väntetider och osäkra boendeformer intensifierar den ytterligare.

”De har svårt att lita på någon och så fort de kan börja lita på någon så ska de flyttas. Det är psykiskt ansträngande.”

” Mycket oro och ångest....Många vi träffar beskriver att problemen här i Göteborg är värre, att de upplever situationen här som värre än färden hit och hur det var hemma.”

Just behovet av en grundtrygghet – en fast bas i livet – beskrivs av respondenternas som stor bland ensamkommande barn och unga. Avsaknaden av trygghet i kombination med väntan på ett beslut skapar vad en respondent kallar ”migrationsverksångest” – psykisk ohälsa föranledd av den situation barnen och ungdomarna lever i efter ankomst till Sverige.

Avsaknaden av en grundtrygghet hänger, enligt respondenterna, också samman med att ensamkommande barn och unga inte har någon familj med sig. De har inget sammanhang att naturligt delta i efter skolan.

Några respondenter lyfter att den psykiska ohälsan skiljer sig åt beroende på barnens och ungdomarnas situation nu och i hemlandet.

”Marockanska ungdomar har en annan psykisk ohälsa än de som söker asyl.”

Flera av respondenterna belyser att det är skillnad på den behandling som erbjuds ensamkommande och svenska barn/unga i samma situation. Deras erfarenhet är att vården är ibland ovillig att starta långa behandlingar för de barn och unga som inte har fått uppehållstillstånd. Är ungdomen nära sin 18-årsdag ökar osäkerheten kring vilken behandling som ska erbjudas då de inte längre tillhör BUP.

”Det är problem med sjukvården och söka hjälp där när man är ensamkommande, så det är inte tal om psykiatrisk hjälp. Du har rätt till och med 18 år att få samma sjukvård som svenska barn. Men det funkar inte så med BUP och psykiatrin. Har du inte dina 4 sista [siffror i personnumret] så startar man inte långa behandlingar.”

”De kan inte få de åtgärder som svenskar kan få i form av missbruksprogram. Programmen genomförs på svenska och det går inte att använda tolk i de sammanhangen.”

”Det är stor skillnad på hur svenska ungdomar blir omhändertagna jämfört med ensamkommande. Många har injicerat under flera år och blir inte omhändertagna, men om en svensk 16-åring skulle göra det så hade den blivit omhändertagen direkt.”

”Man gör skillnad på svenskar och ensamkommande – det är problemet. De måste gå och vänta på traumabehandling men man behöver det ju nu – det hade ju inte hänt en svensk.”

Kunskap om den psykiska ohälsan hos de ensamkommande får respondenterna genom de vuxna som finns runt omkring barnen och ungdomarna. Det kan vara alltifrån boendepersonal, skolsköterska, skolkurator, gode man, socialsekreteraren m.fl. Ofta



säger inte barnet eller ungdomen rakt ut att de mår dåligt – det kan istället yttra sig i sömnsvårigheter, magont, oro etc.

3.3 SKILLNADER I PSYKOSOCIAL SITUATION

Respondenterna är i stort sett eniga om att de ensamkommande barn och unga som brukar narkotika ofta mår sämre än andra ensamkommande. Däremot är respondenterna inte eniga om ifall barnen och ungdomarna brukar narkotika eftersom de mår sämre eller om de mår sämre eftersom de brukar narkotika.

”Asylprocessen och väntan, de kan inte sova, längtar efter mamma, har ett hål i magen. När man mår så dåligt är nog inte steget så långt till droger och alkohol.”

” Det är många som pratar om ångest, att man använder droger för att döva ångest.”

” Det finns en stor grupp ensamkommande som upplever en sämre psykisk hälsa på grund av det de har i bagaget; trauma av flykten och sen är asyltiden ännu ett trauma.”

Det finns även tendenser till andra tydliga skillnader i den psykosociala situationen mellan ensamkommande barn och unga som brukar narkotika och de som inte gör det.

I avsnittet ovan omnämndes en sådan skillnad kopplad till boendesituation. En tendens som respondenterna lyfter är att barn och ungdomar som bor på mindre boenden och har en bra relation med boendepersonalen, i mindre utsträckning brukar narkotika.

”Jag kan se skillnader mellan ett litet HVB-hem, där man har lättare att skapa anknytning, och ett större HVB-hem. Det behöver finnas personal som har tid att lyssna.”

Boendets storlek är inte den enda skillnaden utan respondenternas erfarenheter visar att det även finns skillnader i boendeformat, där exempelvis ensamkommande barn och unga placerade i familjehem i mindre utsträckning brukar narkotika. Boendeformen är ofta nära förknippad med boendets storlek. De ungdomar som är över 18 år och har fått ett eget boende kan, enligt respondenterna, också löpa större risk att bruka narkotika då de saknar ett stabilt kontaktnät.

Några respondenter lyfter att kulturen på boendena är ytterligare en social faktor där tendenser till skillnader kan ses. Boenden där de finns ett etablerat narkotikabruk bland de boende medför en större risk för nya barn och unga som kommer dit.

Att de som börjar bruka narkotika har ett svagare kontaktnät och en mindre stabil social situation är ytterligare en tendens som respondenterna berör.



4 Papperslösa

Det finns ett narkotikabruk bland papperslösa, men huruvida det är större än hos övriga ensamkommande barn och unga har respondenterna svårt att säga. Det hänger till viss del ihop med att alla respondenter inte har insikt i om barn och unga de kommer i kontakt med är papperslösa eller inte.

Respondenterna är dock eniga om att det finns fler och större riskfaktorer kopplade till de papperslösa. I förlängningen kan fler riskfaktorer innebära ett mer utbrett narkotikabruk. De respondenter som aktivt arbetar med just papperslösa vittnar om att det både finns personer som aldrig rört narkotika och personer som har ett svårt narkotikabruk.

”Det betyder inte att alla papperslösa använder narkotika. Både de som är utan papper och de som väntar känner ’hur ska jag orka göra en förändring nu?’. De som väntar på sitt avslag har ändå lite hopp. Men är man papperslös så är det kört. Personerna blir väldigt utsatta och är ekonomiskt pressade.”



5 Åtgärder för att förebygga narkotikabruk

5.1 ERFARENHETER KRING HUR ENSAMKOMMANDE BARN OCH UNGA MED NARKOTIKABRUK FÅNGAS UPP AV MYNDIGHETER OCH ANDRA AKTÖRER

Respondenternas erfarenhet är att de personer som fångar upp barn och unga med ett misstänkt narkotikabruk ofta är socialsekreterare, kontaktpersoner på boende, skolan, polisen, familjehem osv. Vem som har upptäckt narkotikabruket varierar. Centralt är dock att barnet eller ungdomen har fått kontakt med en vuxen.

Skolan betonas av respondenterna ha en extra viktig roll just i att fånga upp barn och unga med narkotikabruk av den enkla anledningen att det är här de tillbringar mest tid.

Enligt respondenterna är det viktigt att de som kommer i kontakt med de ensamkommande barnen och ungdomarna har kunskap om hur man ska agera vid misstänkt narkotikabruk. Respondenter vittnar om boendepersonal med bristande erfarenhet som inte vågar lyfta frågan om misstänkt narkotikabruk innan de har det bekräftat. Personal som däremot fått utbildning i hur de ska hantera misstankar om narkotikabruk har blivit bättre på att fånga upp barn och ungdomar.

”Vissa boenden har personal med utbildning i HAP och har vi inte ett boende som kan hjälpa så vänder vi oss utanför kommunen.”

Respondenter från olika behandlingshem lyfter att det är viktigt att komma ihåg att det i slutändan inte är så stora skillnader mellan ensamkommande barn och unga och svenska ungdomar. De verktyg som finns för att fånga upp och hjälpa ungdomar generellt fungerar ofta väldigt bra även för ensamkommande, trots fler riskfaktorer.

När det kommer till att fånga upp ensamkommande barn och ungdomar med ett misstänkt narkotikabruk är kontakten med vuxna viktig, visar respondenternas erfarenhet. Har man inte ett gemensamt språk så kräver det ofta närvaro av en tolk. Respondenterna lyfter att idag är dock kvaliteten på tolkar mycket varierande och det finns även en problematik med olika dialekter inom ett språk som kan försvåra tolkningen. Det kan även vara så att ett gemensamt språk till trots så tillhör barnet eller ungdomen har en annan bakgrund än tolken, vilket gör att de inte känner sig bekväma att prata öppet.

”Vikten av att det finns bra tolkar som kan möta. Det är avgörande för hur ensamkommande öppnar upp sig.”

Några respondenter lyfter att traumaperspektivet har kommit in mer och mer på sista tiden, vilket också underlättar processen med att fånga upp ensamkommande barn och unga som mår dåligt.

En fungerande samverkan mellan de myndigheter och aktörer som finns runt ensamkommande barn och ungdomar lyfts av respondenterna som en vanlig framgångsfaktor i att fånga upp personer med ett narkotikabruk.

”När samverkan har fungerat, från upptäckt av missbruk och hela vägen genom systemet. Det gäller att hitta tidigt och att de inte ska få vänta.”

Några respondenter har erfarenhet av att det ibland finns brister i åtgärdskedjan efter upptäckt narkotikabruk. Bristerna kan handla om att ärendet inte tas vidare, att insatser inte sätts in eller finns tillgängliga. Respondenternas upplever det som att bristerna ofta hänga samman med en okunskap eller regler kring vilken hjälp som får ges.



”Vi fångar upp och sänder en orosanmälan till socialsekreteraren som inte vet hur hen ska gå vidare. Det finns ingen åtgärdslista.”

”I många kommuner råder en tvekan inför vad nästa steg är efter svar på urinprovet.”

Enligt respondenterna finns idag merparten av behandlingar och stödprogram endast på svenska, vilket innebär att de inte är tillgängliga för ensamkommande barn och unga som ännu inte lärt sig språket.

”Att uttrycka dina känslor på ett språk du inte helt förstår, det blir inte en bra behandling. Även om du får tolk så blir det inte samma sak.”

Oklarheter kring lagar, regler och struktur – vad som egentligen gäller – försvårar enligt några respondenter också arbetet med att fånga upp ungdomarna.

”Lagstiftningen fungerar inte idag. Den ändras hela tiden och det blir svårt att stödja ungdomarna i asylprocessen, uppskrivning av ålder och vad som gäller med gymnasium efter att ha fått avslag. Nya lagar kommer och man hinner knappt lära sig eller implementera innan det kommer något nytt. Det är en osäkerhet på alla myndigheter. Då tappar och missar man saker. Det är många ungar som vi tappar i samband med det.”

”Nu finns det nya regler kring uppehållstillstånd. Vad kommer de nya tillstånden i Sverige egentligen innebära i fortsättningen?”

”Socialsekreteraren vet inte hur hen ska gå vidare, vad är det som gäller?”

”Det behöver byggas en tillit till systemet och myndigheter så man inte behöver upprepa sin historia eller en problematik - att det inte förs vidare mellan aktörer. Att man inte tappar dem [barnen och ungdomarna] på grund av strukturen.”

”Det skulle behövas nån funktion där man kan höra av sig som vet internt. Vad är det som gäller? Att det inte är tolkningsbart.”

5.2 INSATSER SOM AKTÖRERNA HAR MÖJLIGHET ATT ERBJUDA IDAG

Det är svårt att skapa en heltäckande bild av vilka insatser som aktörerna har möjlighet att erbjuda ensamkommande barn och unga idag. På en övergripande nivå går det dock att skilja ut olika typer av stöd kopplat till de olika verksamheterna. Listan nedan ska dock inte ses som komplet utan mer som ett finger i luften.

Behandlingshem:

- Stöd
- Samtal
- Behandling (olika typer)

Polisen:

- Fångar upp
- Samtal
- Orosanmälan

HVB-hem:

- Stödjande samtal
- Kurator
- HAP - en kognitiv-beteendeterapeutisk (KBT) orientering med fokus på integration av känslor, kognitiv utveckling och beteendeförändring



Kommun/Socialtjänst:

- Boende med specialistkompetens kring narkotikabruk
- Kontakt med BUP
- Framtagande av en behandlingsplan

Landsting/Länsstyrelse:

- Stöd till kommuner, projekt m.m.
- Kunskapshöjande åtgärder

Ideell sektor:

- Stödjande samtal
- Ett kontaktnätverk
- Förebilder

SIS

- Stödjande samtal
- Kurator
- Individanpassade behandlingar

5.3 BEHÖVS UTIFRÅN ETT VERKSAMHETSPERSPEKTIV

Flera respondenter betonar att det finns mycket forskning kring och bra metoder för vad barn och unga med narkotikaproblem behöver. Genom att utgå från dessa, istället för att förutsätta att ensamkommande har andra behov än ungdomar generellt, så skulle en bättre behandling kunna ges.

Ett starkare samarbete med andra inblandade aktörer är ett behov som flera respondenter från olika verksamheter lyfter. Sekretesslagen är något som kan försvåra samverkan mellan myndigheter och andra aktörer när det kommer till informationsdelning. För att arbetet med narkotikabruk hos ensamkommande barn och unga ska bli framgångsrikt krävs det, enligt respondenterna, att inblandade aktörer finner en fungerande metod för informationsdelning.

”Vi arbetade så att vi frågade ungdomarna om det var ok att alla myndigheterna pratade med varandra om dem. I stort sett alla sa ja. Det var inget problem för dem att man bryter sekretessen. Det viktiga är att man är tydligt med vilka som pratar och i vilket sammanhang.”

Respondenterna lyfter att verksamheterna också behöver bli bättre på att ta tillvara på de erfarenheter och den kunskap som finns om narkotikabruk hos ungdomar generellt och ensamkommande specifikt.

”Vi har nationella riktlinjerna och vi vet vad som krävs. Vi har så mycket kunskap, varför gäller det inte ensamkommande barn? Varför gör man en skillnad på barn och barn?”

”Ta till vara den kunskap som finns inom utvecklingspsykologi och vad som hjälper när man ska utveckla barn och unga.”

”De [kommunerna] vill ha verktyg för att kunna hantera drogmissbruk. Men egentligen är det inte så speciellt med droger kopplat till ensamkommande. Det räcker att undersöka droger kopplat till ungdomar generellt. Så många kommuner vet nog redan mer än vad de tror. Det som skiljer ensamkommande från andra ungdomar är nätverket kring ensamkommande, det är en större riskfaktor. Annars finns samma strukturer hos de andra kommuner redan.”



Kompetenshöjande åtgärder är ytterligare något respondenterna är eniga om behövs. Det är kompetensen hos de personer som arbetar med ensamkommande som behöver höjas, och den rör alltifrån kompetens om narkotikabruk till bemötande och kulturkompetens.

”Det vill säga kompetenshöjande för att stärka verktyg hos vuxna som kan upptäcka missbruk, men även samverkan med andra aktörer. Och det gäller att upprätthålla detta arbete.”

”Ökad medvetenhet om varför ungdomar missbrukar. Det kanske inte skiljer sig så mycket men traumamedveten omsorg och bearbetning behövs.”

En respondent lyfter ett lyckat projekt där man i behandling – om det varit lämpligt – involverat eventuella föräldrar i hemlandet. Projektet framhålls som framgångsrikt och mycket kan vara vunnet i att involvera föräldrarna, om möjligt. Det stora hindret är dock att få barnen och ungdomarna att erkänna att de har kontakt med föräldrarna, då det finns en rädsla för att ett sådant erkännande når Migrationsverket.

”De är rädda att om Migrationsverket får reda på att de har kontakt med sina föräldrar så kommer de få avslag.”

5.4 PRIORITERADE STÖDÅTGÄRDER OCH SAMHÄLLSINSATSER

När respondenterna ombeds nämna stödåtgärder och samhällsinsatser som de anser prioriterade centrerar dessa kring områdena systemet och strukturen, kompetenshöjning, samverkan, resurser samt stöd och trygghet.

Systemet och strukturen:

- Kortare asylprocess
- Tydligare och transparenta asylprocesser
- Se över migrationspolitiken
- Använd befintliga strukturer för vård kopplad till narkotikabruk som finns i kommunerna.

Kompetenshöjning:

- Utbildning och kompetenshöjning hos de som arbetar med ensamsökande (ex. kunskap kring beroendeproblematik och hur man lyfter misstankar om narkotikabruk, om verktyg och arbetssätt som alla kan göra i sina befintliga verksamheter samt generell kunskap om de ensamkommandes situation och asylprocessen.)
- Ta lärdom ifrån andra länder, exempelvis kring traumaarbete på begränsad tid
- På olika instanser där man arbetar med behandling behövs större kunskap om ensamkommande (ex. i utvecklingspsykologi, framgångsrika behandlingsmetoder, kulturkompetens samt om asylprocessen.)
- Ge utbildningar där aktörerna går tillsammans

Samverkan:

- Starkare samarbete mellan aktörer
- Ökad samverkan
- Bättre samarbete med ideella aktörer, bland annat kring fritidsaktiviteter

Resurser:

- Bättre förutsättningar för boendepersonal och socialtjänst
- Mer personal i skolan
- Mindre boenden
- Möjlighet till fritidsaktiviteter



- Resurser till organiserat mottagande

Stöd och trygghet:

- Bättre kvalitet på tolkar och gode män
- Utveckling av boendeformer och kontaktpersonens roll på boendet
- Bevilja kontaktfamiljer och kontaktpersoner även för de ungdomar som inte fått uppehållstillstånd

5.5 SAMVERKAN MELLAN MYNDIGHETER OCH AKTÖRER

En fungerande samverkan mellan de myndigheter och aktörer som arbetar med ensamkommande barn och unga framhålls av alla respondenter som avgörande. På de flesta platser tycks det idag finnas en fungerande samverkan, även om den kan förbättras.

”Bred samverkan är A och O! En samverkan mellan alla aktörer och med polisen.”

Ett bra samarbete med polisen betonas av respondenterna som extra viktigt för att klargöra vilka de ungdomar som brukar narkotika öppet är. Ofta glöms polisen bort i dessa samarbeten, i alla fall i den funktion som jobbar nära barnen och ungdomarna.

En av de saker som kan förbättras är informationsdelningen mellan myndigheter, menar samtliga respondenter. För att etablera en fungerande behandling och åtgärdskedja är det viktigt att inblandade myndigheter och aktörer kan prata om barnet/ungdomen vid namn.

”Sekretesslagen får inte bli ett hinder för samverkan. Vi måste kunna prata med varandra.”

En annan viktig aspekt av samverkan är enligt respondenterna den information som ges till vidare till barnet eller ungdomen.

”Mycket kan förbättras. Exempelvis är det viktigt hur ett avslagsbeslut kommuniceras till en ungdom. Det ska alltid finnas en myndighetsperson i närheten och beslutet ska inte levereras med post.”

Några respondenter uppger att det är viktigt att personerna som ingår i samverkan är prestigelösa och ser mer till barnens och ungdomarnas bästa än sin egen position.



6 Metod och genomförande

6.1 METOD

Fokusgruppen är en metod med många fördelar – inte minst att den skapar dialog och delaktighet genom att deltagarna känner att de har möjlighet att påverka. Andra fördelar är att resultaten snabbt kan sammanställas och redovisas och att kostnaden för att få fram viktig kunskap om sin målgrupp är låg i förhållande till andra metoder.

I föreliggande studie genomfördes fyra fokusgrupper med respondenter från olika verksamheter. Fokusgrupperna var geografiskt sprida över landet och täckte in de geografiska områdena Syd (Malmö), Väst (Göteborg), Öst/Mitt (Stockholm) och Norr (Sundsvall).

6.2 GENOMFÖRANDE

Deltagarantalet vara mellan 8 och 12 personer. Gruppens storlek anpassades så att olika uppfattningar kan komma fram och att alla i gruppen kan delta i diskussionen. Det exakta antalet deltagare styrdes av antal personer som kunde delta på utsatt dag och tid.

De utvalda deltagarna vara representativa för den aktuella målgruppen och vi säkerställde att det fanns en blandning av aktörer i samtliga fokusgrupper. Gullers Grupp genomförde rekryteringen av deltagare utifrån de listor med kontaktuppgifter som Folkhälsomyndigheten försåg oss med.

För att motivera deltagande i studien var vi i rekryteringsfasen tydliga med fokusgruppernas syfte.

Samtalet under fokusgruppen styrdes av en samtalsguide som togs fram tillsammans med Folkhälsomyndigheten för att skapa de bästa förutsättningarna för att klargöra den kännedom om narkotikaanvändning som finns hos målgrupperna.

Fokusgrupperna ledes av en erfaren moderator. Moderatoren leder och ansvarar för kvalitetssäkringen av samtalet, bland annat genom att intervjuguidens samtliga områden tas upp till prövning och att samtliga deltagare kommer till tals. En dokumentalist fanns med för att observera och dokumentera det som sades under fokusgruppen. När samtalet närmade sig slutet summerade dokumentalisten diskussionerna. På så sätt gavs deltagarna möjlighet att kommentera och förtydliga om så önskades. Varje fokusgrupp tog ca 2 timmar att genomföra.

6.3 URVAL

I Stockholm deltog 10 representanter från:

- Polismyndigheten
- Ideella organisationer
- Beroendemottagningar
- Socialtjänsten
- HVB-hem
- Länsstyrelsen
- Landsting/Kommun

I Göteborg deltog 11 representanter från:

- Polismyndigheten
- Ideella organisationer
- Beroendemottagningar
- Socialtjänsten
- HVB-hem



- Landsting/Kommun
- Vård- och stödförmedlingar för papperslösa
- Västra Götalandsregionen

I Malmö deltog 9 representanter från:

- Polismyndigheten
- Ideella organisationer
- Beroendemottagningar
- HVB-hem
- Länsstyrelsen
- SiS

I Sundsvall deltog 11 representanter från:

- Polismyndigheten
- Ideella organisationer
- Socialtjänsten
- HVB-hem
- Landsting/Kommun
- Fältassistent i Sundsvall