

# Vårdinsats som rättslig reaktion för unga som lagförs för narkotikabrott

En forskningsstudie om socialtjänstens insatser för  
barn och unga vuxna 15–20 år som under 2017  
lagförts för brott mot narkotikastrafflagen

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Artikelnummer 2022-6-7954

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), juni 2022

# Förord

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att genomföra en forskningsstudie i två delar om tidiga insatser för att motverka missbruk och kriminalitet (S2019/01651; S2020/05630/FS; S2021/00823). Uppdraget är tvådelat: *Dels* beskriva vilka barn och unga vuxna som lagförs för brott mot narkotikastrafflagen samt undersöka socialtjänstens bedömningar av deras behov av vård och vilka insatser de erbjuds för att motverka missbruk och kriminalitet. *Dels* studera och kartlägga effektiva modeller och samverkansformer som tagits fram för att uppmärksamma barn och unga vuxna 15–20 år som använt narkotika och som kan fungera som en brygga mellan brottsbekämpning, drogförebyggande och behandling.

Rapporten riktar sig till uppdragsgivaren regeringen till kommuner och socialtjänst samt forskarsamhället.

Socialstyrelsen vill främst tacka socialtjänsten i alla deltagande kommuner som tagit fram akter åt oss och funnits till hand för diverse frågor. Tack också till chefer och behandlare på Mariamottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö. Ni har möjliggjort denna studie.

I studien har professorerna Olof Bäckman och Torbjörn Forkby varit vetenskapliga experter. Vill också tacka Polismyndigheten, Åklagarmyndigheten och SKR för värdefulla inspel och diskussioner.

På Socialstyrelsen har utredare Gunnel Hedman Wallin, forskarna Marie Berlin och Anna Strandberg samt forskare och projektledare Johan Glad arbetat med forskningsstudien. Ansvarig enhetschef på Socialstyrelsen har varit Johanna Kumlin, enheten för kunskapsutveckling, och ansvarig tillförordnad avdelningschef har varit Beatrice Hopstadius, avdelningen för kunskapsstyrning för socialtjänsten.

Olivia Wigzell  
Generaldirektör



# Innehåll

Förord .....	3
Termer och begrepp.....	9
Sammanfattning .....	10
Rättsliga reaktioner med vårdinsats möjliggör upptäckt av begrännande narkotikaproblem.....	10
En forskningsstudie i två delar – byggt på flera olika datakällor.....	10
Barn och unga vuxna som lagförts för narkotikabrott .....	11
Narkotikabrottet och rättsliga reaktioner år 2017 .....	11
Vad kännetecknar dem som lagförs för narkotikabrott?.....	12
Vad gjorde socialtjänsten för de lagförda barnen? .....	15
Många lagförs på nytt.....	16
Motiverande samtal med substansbruksbedömning som rättslig reaktion.....	17
Sammanfattande slutdiskussion .....	17
Studien som ett underlag för fortsatt kunskapsutveckling .....	18
Uppdrag och syfte med studien .....	20
Bakgrund .....	20
Syfte.....	20
Droger och kriminalitet – hur ser utvecklingen ut bland barn och unga vuxna? .....	22
Narkotikasituationen i Sverige .....	22
Att utveckla missbruk och kriminalitet – risk- och skyddsfaktorer .....	26
Normbrytande beteende bland barn och unga vuxna .....	26
Sambandet mellan droganvändning och andra normbrytande beteenden.....	26
Riskfaktorer för narkotikabruk .....	27
Skyddsfaktorer narkotika .....	28
Kunskapsläget om insatser för att motverka missbruk och kriminalitet...29	
Socialtjänstens uppgifter när barn och unga vuxna begår brott.....	30
Barn 15–17 år .....	31
Unga 18–20 år .....	31
Samverkan mellan olika aktörer .....	32
Sekretess .....	33
Påföljdssystemet för barn och unga .....	36
De särskilda ungdomspåföljderna .....	36
Åtalsunderlåtelse .....	38
Strafföreläggande .....	39

Villkorlig dom, skyddstillsyn och fängelse .....	40
Resultat .....	42
Delstudie 1: Resultat från registerstudien .....	43
Introduktion till registerstudien .....	43
Studiepopulationen .....	43
Urvalsbrottet .....	45
Debutanter och tidigare lagförda.....	46
Rättsliga reaktioner .....	49
Flera riskfaktorer kännetecknande för gruppen .....	52
Hur gick det sen.....	55
Psykisk ohälsa inom målgruppen .....	65
Delstudie 1: Resultat från aktstudien .....	73
Frågeställningar .....	73
Vad gör socialtjänsten för barn som lagförs för narkotikabrott? .....	74
Socialtjänstens bedömning påverkar valet av rättslig reaktion .....	78
De flesta fick vård med fokus på substansbruk.....	82
Skillnader mellan flickor och pojkar .....	85
Pojkar med utländsk bakgrund erbjuds insatser i samma omfattning ...	87
Hur går det för barnen? .....	88
Sammanfattning av delpopulation 2.....	91
Delstudie 2: Modeller och samverkansformer för begynnande narkotikaproblem.....	92
Resultat från kartläggning av samverkansformer .....	92
Påverkansprogram med straffvarning .....	93
Mariamottagningar – en nyckelverksamhet .....	94
Mariamottagningarnas arbetsmodell – ett lärande exempel .....	95
Vägen in till en kontakt .....	95
Målgruppen för ungdomskontrakt .....	97
Kriminalitet och substansbruk.....	98
Ungdomskontraktets ramar.....	98
Motiverande samtal med substansbruksbedömning .....	98
Slutbedömning och uppföljning .....	103
Framgångsfaktorer, utmaningar och utvecklingsbehov .....	104
Slutdiskussion.....	107
Unga som lagförs för narkotikabrott är en heterogen grupp.....	107
Regionala skillnader i antalet lagförda .....	107
Sambandet mellan droganvändning och kriminalitet .....	108
Många riskfaktorer förekommer för unga som lagförs för narkotikabrott .....	109

Rättsliga reaktioner med vårdinsats – en möjlighet att tidigt upptäcka ett begynnande narkotikaproblem? .....	112
Motiverande samtal med substansbruksbedömning som rättslig reaktion.....	115
Referenser .....	117
Bilaga 1. Metod delstudie 1 .....	121
Syfte och frågeställningar.....	121
Registerstudien.....	122
Aktstudien .....	128
Bilaga 2. Metod delstudie 2.....	135
Övergripande syfte .....	135
Kartläggning – fas 1 .....	135
Fördjupning – fas 2 .....	137
Bilaga 3. Mariamottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö.....	140
Definition .....	140
Uppdrag .....	140
Bilaga 4. Tabeller och figurer.....	143
Tabeller .....	143
Figurer .....	162





# Termer och begrepp

**Studiepopulation:** Samtliga 15–20 år lagförda för brott mot NSL år 2017.

**Barn:** Personer i den yngre åldersgruppen, dvs. som var 15–17 år då de lagfördes för urvalsbrottet.

**Unga vuxna:** Personer i den äldre åldersgruppen, dvs. som var 18–20 år då de lagfördes för urvalsbrottet.

**Unga:** Personer i studiepopulationen, dvs båda åldersgrupperna.

**Urvalsbrott/-lagföring:** Första lagföring år 2017 där brott mot NSL ingick.

**Lagföring:** Med Lagföringsbeslut avses fällande domslut i tingsrätten, godkänt strafföreläggande eller meddelade åtalsunderlåtelse.

**Lagföringsålder:** Uppnådd ålder vid första lagföring år 2017 där brott mot NSL ingick.

**Debutlagföring:** Individens första lagföring dittills.

**Återfall:** Minst en ny lagföring efter urvalsbrottet till och med år 2020.

**NSL:** Narkotikastrafflagen (1968:64)

**Rättslig reaktion:** Används som övergripande begrepp för de straffrättsliga reaktionerna som beslutas av åklagare (åtalsunderlåtelse, straffvarning, strafföreläggande) eller efter fällande dom (böter, skyddstillsyn, fängelse samt de särskilda ungdomspåföljderna).

**Rättslig reaktion med vårdinsats:** Straffvarning enligt LUL, ungdomstjänst, skyddstillsyn, ungdomsvård och slutna ungdomsvård.

**Vårdinsats:** Används som övergripande begrepp för alla insatser som socialtjänsten tillhandahåller, dvs. både vård, behandlingsinsatser och andra åtgärder.

# Sammanfattning

## Rättsliga reaktioner med vårdinsats möjliggör upptäckt av begynnande narkotikaproblem

När barn och unga lagförs för narkotikabrott kan det vara en indikation på begynnande narkotikaproblem. När narkotikabrottet är ett ringa brott som handlar om eget bruk eller innehav för eget bruk kan rättsväsendets ingripande bli en *möjlighet för samhällets aktörer att uppmärksamma om den unge håller på att utveckla ett narkotikaproblem, och erbjuda stöd och hjälp*. Inom ramen för påföljdssystemet finns förutsättningar för socialtjänsten att fånga upp barn som har ett begynnande narkotikaproblem genom att de kan lagföras till en vårdinsats. Socialtjänsten har här en central roll, där socialnämndens bedömning av barnets vårdbehov och förslag till insatser har stor betydelse för åklagarens beslut och domstolens val av påföljd. Samordningen mellan rättsvårdande myndigheter och socialtjänsten är således väsentlig för att kunna motverka substansbruk bland barn.

Även om de legala förutsättningarna finns är det oklart huruvida och i vilken utsträckning rättssystemet och socialtjänsten lyckas uppmärksamma barn med begynnande narkotikaproblem. Kunskapen är begränsad, både om hur denna grupp ser ut och om vad socialtjänsten gör för denna grupp. Dessa frågor är i fokus för denna studie. Studien anknyter alltså till strategin för ANDTS-politiken, som kompletterats med mål som bland annat omfattar förebyggande arbete, tidiga insatser, vård och behandling.

I studien ligger fokus på hur rättsväsendet och socialtjänsten samverkar för att fånga upp unga som riskerar att utveckla ett narkotikaproblem, eller närmare bestämt på bryggan mellan brottsförebyggande, drogförebyggande och behandling. Studien undersöker inte effektiviteten hos de insatser som socialtjänsten ger barn som lagförs för narkotikabrott. Studien undersöker inte heller ungdomsbrottslighet generellt eller de insatser som riktas till gruppen mer brottsaktiva barn, men frågan berörs ändå i viss mån eftersom det finns en koppling mellan substansbruk och kriminalitet. Kring denna grupp pågår en mängd andra uppdrag på Socialstyrelsen.

## En forskningsstudie i två delar – byggt på flera olika datakällor

Det övergripande syftet med denna studie är att öka kunskapen om unga som lagförts för brott mot narkotikastrafflagen (1968:64), NSL, och om socialtjänstens insatser för denna målgrupp.

I studiens första del beskrivs gruppen utifrån registerdata. Socialtjänstens arbete med denna grupp beskrivs genom en aktstudie. I studiens andra del

undersöks modeller och samverkansformer som dels syftar till att uppmärksamma barn och unga vuxna i 15–20-årsåldern som använt narkotika, dels kan fungera som en brygga mellan brottsbekämpande och drogförebyggande arbete och behandling. I den kartläggning som gjorts inom studien framgår att integrerade öppenvårdsmottagningar för barn och unga med alkohol- och drogproblem har en nyckelroll. I denna andra del av studien undersöks och beskrivs en lovande modell som har anpassats till påföljdssystemet för barn som är lagförda för narkotikabrott.

## Barn och unga vuxna som lagförts för narkotikabrott

I registerstudien samkördes elva nationella register som omfattade alla barn och unga vuxna i åldrarna 15–20 år, som år 2017 lagfördes för ett narkotikabrott (studiens urvalsbrott). Barngruppen (15–17 år) omfattade 2 017 barn, varav 258 flickor och 1 759 pojkar. Unga vuxna-gruppen (18–20 år) omfattade 4 108 personer, varav 457 kvinnor och 3 651 män.

I aktstudien studerades socialtjänstens dokumentation i 29 kommuner för sammanlagt 240 barn och unga vuxna i åldrarna 15–20 år, vilka lagfördes för narkotikabrott 2017 (se bilaga 1). De individer som ingår i studien har delats upp i två delpopulationer. Delpopulation 1 utgörs av barn 15–17 år som lagfördes för första gången för ett brott mot NSL under 2017. Delpopulation 2 utgörs av unga vuxna 18–20-år, som lagfördes för brott mot NSL under 2017 med böter som påföljd, och som tidigare varit lagförda för sådant brott när de var i åldern 15–17 år. För mer information, se bilaga 1.

Resultaten visar att det finns skillnader inom den sammanlagda populationen avseende förekomst av riskfaktorer och brottslighet som kan ha betydelse inom en rad områden. I populationen ingår både barn och unga vuxna som *lagförts för första gången*, så kallade debutlagförda, och individer som är *tidigare lagförda*. En del har lagförts endast för narkotikabrott, andra även för andra brottstyper utöver narkotikabrottet. En del har lagförts endast en gång och därefter inte på nytt, andra har lagförts för nya narkotikabrott och andra brott mer eller mindre frekvent.

Narkotikabrott är ett typiskt så kallat spanings- och ingripandebrott. Det innebär att antalet personer som varje år misstänks för eget bruk eller innehav för eget bruk i första hand speglar polisens resurser och prioriteringar snarare än det faktiska bruket. Studiepopulationen är därmed selekterad och några slutsatser om alla ungdomar med substansbruk kan följaktligen inte dras.

## Narkotikabrottet och rättsliga reaktioner år 2017

### Urvalsbrottets art och grad

Merparten av NSL-brotten (urvalsbrottet) i studiepopulationen var för det allra mesta av ringa grad, 97 procent bland barn 15–17 år och 93 procent

bland unga vuxna 18–20 år och avsåg bruk eller innehav för eget bruk (97 %) Det är samma andel som i aktstudien (socialtjänstens akter).

## En majoritet av barnen var debutanter

Ungefär två tredjedelar av alla barn som ingick i aktstudien hade ingen tidigare lagföring före urvalsbrottet. För de flesta som hade en tidigare lagföring inkluderade den även andra brott än narkotikabrott. I registerstudien var hälften av barnen debutlagförda för enbart NSL-brott. Något färre än hälften av de unga vuxna var debutlagförda 2017. Hälften av de unga vuxna var tidigare lagförda även för andra brott och dessa individer utgjorde den största delgruppen i den äldre studiepopulationen.

## Barnen fick oftast rättslig reaktion med vårdinsats

Två tredjedelar av barnen fick en rättslig reaktion med vårdinsats, det vill säga andra rättsliga reaktioner än böter. Straffvarning eller böter var de vanligaste rättsliga reaktionerna för barn som lagfördes för narkotikabrott 2017. Drygt en fjärdedel dömdes till ungdomsvård och ett fåtal (7 %) till ungdomstjänst. Bland de barn som lagförts tidigare för brott mot NSL var ungdomsvård vanligare liksom för de barn som hade lagföringar där även annan brottslighet ingick.

Eftersom urvalet till aktstudien var tänkt att spegla proportionerna mellan olika typer av rättsliga reaktioner för hela studiepopulationen skiljer sig inte andelarna nämnvärt åt. I aktstudien inkluderades något fler som fått rättslig reaktion med vårdinsats och något färre som fått böter.

## Unga vuxna fick oftast böter

Bötesstraff var den vanligaste rättsliga reaktionen för unga vuxna som lagförts för narkotikabrott. Tre fjärdedelar i denna grupp fick böter. Bland dem som debutlagfördes för enbart NSL-brott fick nio av tio böter och samma andel gällde för dem som var tidigare lagförda för enbart NSL-brott.

## Vad kännetecknar dem som lagförs för narkotikabrott?

### Flera riskfaktorer

Resultatet visar att det förekommer flera riskfaktorer både i gruppen barn och i gruppen unga vuxna som lagförs för narkotikabrott. Det handlar om sådant som psykisk ohälsa, våld i familjen, kriminalitet i den egna familjen, härkomst, omsorgsbrist, bristande ekonomiska resurser, skolproblem och annan samtidig kriminalitet.

### *Utbildning, ekonomi och vård utom hemmet*

Bland barnen hade knappt hälften (48 %) gymnasiebehörighet, bland de unga vuxna var andelen något högre (55 %). Andelen som hade gymnasiebehörighet var högre bland dem som lagförts endast för NSL-brott, både bland debutlagförda och tidigare lagförda.

I hela studiepopulationen hade ungefär var tionde individ (12 % av barnen och 10 % av de unga vuxna) mödrar som haft långvarigt försörjningsstöd när barnen var mellan 12–14 år.

Andelen som varit placerad i heldygnsvård enligt Socialtjänstlagen (2001:53), SoL eller lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU före tonåren (0–12 år) var högre bland dem som begått andra brott än brott mot enbart NSL (se tabell RB6 och RB8, bilaga 4). Både i den yngre och i den äldre åldersgruppen tidigare lagförda, som begått andra brott än brott mot NSL, hade drygt 10 procent varit placerade i heldygnsvård före 13 års ålder. Cirka 12 procent av hela studiepopulationen hade fäder som någon gång dömts till fängelse.

### *Hög andel med psykisk ohälsa*

Jämfört med övriga jämnåriga hade en högre andel i studiepopulationen haft kontakt med hälso- och sjukvården för bedömning och behandling av psykisk sjukdom, för neuropsykiatriska tillstånd och för läkemedelsbehandling före urvalsbrottet år 2017.

Drygt en femtedel av flickorna och en tredjedel av de unga kvinnorna hade, innan de lagfördes för något narkotikabrott, haft en vårdkontakt relaterad till ångestproblem. Var tionde flicka och var femte ung kvinna hade haft en vårdkontakt för depression. Bland pojkar och unga män var andelen betydligt lägre. Drygt 3 procent av pojkarna och omkring 4 procent av de unga männen hade haft en vårdkontakt på grund av depression. Vårdkontakt relaterad till ångestproblem hade 4 procent av pojkarna och 6 procent av de unga männen haft.

Neuropsykiatriska tillstånd var betydligt vanligare i studiepopulationen än bland jämnåriga i övriga befolkningen, särskilt bland flickor och unga kvinnor. Omkring 35 procent av flickorna och drygt 30 procent av de unga kvinnorna hade, innan de för första gången lagfördes för narkotikabrott, haft en vårdkontakt relaterad till adhd. Motsvarande andel var omkring 20 procent både bland pojkarna och de unga männen.

Andelen som vårdats relaterad till en narkotikadiagnos före urvalsbrottet var 9 procent bland flickorna och 16 procent bland de unga kvinnorna. Andelen för pojkar och unga män var något lägre, 6 procent respektive 7 procent.

Bland barnen som fått vård 2017 var denna oftast relaterad till cannabisanvändning, medan vården bland de unga vuxna var relaterad till en kombination av droger respektive till enbart cannabisbruk i lika hög grad.

### *Förgiftningar var den vanligaste dödsorsaken*

I båda åldersgrupperna hade drygt 1 (en) procent avlidit till och med år 2020. Det innebär att dödligheten i studiepopulationen var drygt sju gånger så hög som i den övriga befolkningen när man tar hänsyn till kön och ålder. Bland barnen hade 25 personer avlidit och bland de unga vuxna hade 56 personer avlidit. De flesta hade avlidit till följd av en förgiftningsolycka men det fanns även flera fall av suicid. I den äldre åldersgruppen hade några individer dödat med skjutvapen.

### *Tidig debut med normbrytande beteende*

Drygt tre fjärdedelar av barnen i aktstudien var kända sedan tidigare av socialtjänsten, det vill säga hade aktualiserats på grund av orosanmälan eller fått insatser från socialtjänsten innan polisens anmälan om urvalsbrottet inkom. Merparten av de kända barnen hade tidigare fått vårdinsatser genom socialtjänsten, oftast på grund av eget normbrytande beteende, såsom droganvändning, kriminalitet och skolproblem. Medelåldern för första aktualisering hos socialtjänsten, relaterat till eget beteende, var 14 år.

En tredjedel av barnen hade fått vårdinsatser tidigare som en följd av omsorgsbrister inom familjen. En femtedel var kända av socialtjänsten efter orosanmälan på grund av våld i familjen. Medelåldern för den första aktualiseringen hos socialtjänsten, relaterat till föräldrar, var 11 år.

### *Färre flickor än pojkar lagfördes men flickorna hade fler riskfaktorer*

Andelen flickor och unga kvinnor som lagfördes för narkotikabrott var avsevärt lägre än andelen pojkar och unga män. Bland barnen i hela studiepopulationen var 13 procent flickor och i gruppen unga vuxna var andelen unga kvinnor 11 procent. I de båda åldersgrupperna var debutlagföringar vanligare bland flickor än bland pojkar men i den äldre åldersgruppen var skillnaden mellan könen mindre.

Straffvarning eller böter var den dominerande rättsliga reaktionen för barnen när narkotikabrott var huvudbrott. Bland pojkarna var straffvarning respektive böter ungefär lika vanliga, bland flickorna var det vanligare med straffvarning än med böter. Även vid jämförelse av de barn som lagförts enbart för ringa narkotikabrott, och med hänsyn tagen till olika bakgrundsfaktorer, fick flickor oftare än pojkar påföljder med vårdinsats.

I både aktstudien och registerstudien framkom att flickornas individuella sårbarhet var mer synliggjord än vad som var fallet för pojkarna. En större andel flickor i aktstudien var kända av socialtjänsten sedan tidigare och hade oftare pågående vård vid tiden för brottet. Dock bedömdes en mindre andel flickor än pojkar ha ett särskilt vårdbehov, trots att de i slutändan fick en rättslig reaktion med vårdinsats i samma omfattning som pojkarna. Pojkarna och flickorna fullföljde vården i ungefär samma utsträckning.

### *Svensk respektive utländsk bakgrund*

I hela studiepopulationen var cirka tre fjärdedelar av båda åldersgrupperna födda och uppvuxna i Sverige, vilket är en något lägre andel än bland jämnåriga i övriga befolkningen. Utländsk bakgrund, det vill säga att båda föräldrarna är födda utomlands, hade 37 procent av barnen och 40 procent av de unga vuxna. Av dessa barn och unga vuxna var omkring två femtedelar själva födda i Sverige. Utländsk bakgrund var något vanligare i de grupper som lagförts för andra brott utöver brott mot NSL.

Fler flickor och unga kvinnor hade svensk bakgrund jämfört med pojkarna och de unga männen. Andelarna var ungefär lika stora i båda åldersgrupperna, där cirka 60 procent av pojkarna/männen hade svensk bakgrund jämfört med 80 procent av flickorna/kvinnorna.

## Vad gjorde socialtjänsten för de lagförda barnen?

### En majoritet bedömdes ha vårdbehov

Socialtjänstens bedömning har stor betydelse för den rättsliga reaktionen och för de insatser som förslås. Socialtjänsten bedömde i sitt yttrande till åklagare i drygt tre fjärdedelar av fallen att den unge hade *ett särskilt vårdbehov* och var i behov av insatser från socialtjänsten inom ramen för påföljdssystemet. De vanligaste argumenten var att det behövdes vård för att motverka en ogynnsam utveckling, att substansbrukets omfattning behövde kartläggas samt att den unge behövde stöd för att förstå risker med och konsekvenser av substansbruk.

En femtedel av barnen bedömdes sakna ett särskilt vårdbehov. Socialtjänstens vanligaste motivering i de fallen var att barnet genomgått vård och nu var drogfri eller att barnet hade kommit till insikt om riskerna med att använda droger.

En dryg tredjedel av dem som fick böter bedömdes av socialtjänsten *ha ett vårdbehov* men lagfördes ändå inte till en rättslig reaktion med vårdinsats. Nästan tre fjärdedelar av dem som fick böter var kända av socialtjänsten och var femte hade en pågående insats.

### Vanligast med vård för substansbruket

Substansbruksbedömning med kort intervention var den vårdinsats som socialtjänsten oftast föreslog och som barnet blev lagförd till att genomgå. Det kan beskrivas som en tidsbegränsad serie av samtal med fokus på den unges riskbeteende och droganvändning, med inkluderade drogtester. För genomförandet av vårdkontakten ansvarade oftast en specialiserad öppenvårdsmottagning för unga med drogproblem, såsom Mini-Maria eller liknande. Förekommande men mer ovanligt var olika typer av program- eller gruppverksamheter som var inriktade på exempelvis kriminalitet eller självkontroll. Var femte insats som föreslogs av socialtjänsten i relation till urvalsbrottet var en placering i heldygnsvård.

### Barnen får fler insatser utöver den vård som ingick i den rättsliga reaktionen

Fler barn än de som fick vård inom rättssystemets ramar, i form av ungdomsvård eller straffvarning för urvalsbrottet, hade insatser inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården. Några barn fick också fler insatser än de som ingick i den rättsliga reaktionen.

Sammantaget fick nästan nio av tio barn vårdinsatser, såväl utöver som inom ramen för rättssystemet. Det betyder att få barn riskerar att *inte* bli uppmärksammade för sitt riskbeteende.

## Hög andel fullföljer vården

En hög andel, nästan fyra av fem barn, fullföljde den vård som var beskriven i ungdomskontraktet eller i vårdplanen. För de barn som inte fullföljde vården var den vanligaste orsaken misskötsamhet. De barn som fullföljde vården återföll i något mindre omfattning.

## De flesta var aktuella inom socialtjänsten även året efter lagföringen

Flertalet barn, cirka 80 procent, var aktuella inom socialtjänsten året efter lagföringen av urvalsbrottet. Nästan 40 procent av alla barn hade en pågående insats som i många fall var den vård som följde på urvalsbrottet. För vart tredje barn hade nya anmälningar om barnet inkommit till socialtjänsten och en ungefär lika stor andel fick nya insatser under 2018.

## Många lagförs på nytt

I registerstudien ingår barns och unga vuxnas lagföringar från och med urvalsbrottet 2017 och till och med utgången av 2020. En majoritet av studiepopulationen lagfördes för nya brott under den treårsperiod som studien omfattade. Av barnen lagfördes 70 procent för nya brott och bland de unga vuxna var motsvarande andel 65 procent. Knappt en femtedel (19 %) av hela studiepopulationen hade lagförts för minst tre brott mot NSL efter urvalsbrottet.

En fjärdedel av alla barnen och en femtedel av alla de unga vuxna hade inte lagförts vare sig före eller efter urvalsbrottet.

## Barn som begått andra brott lagfördes på nytt i högre utsträckning

De barn som hade lagförts för andra typer av brott, antingen tidigare eller i samband med urvalsbrottet, lagfördes på nytt i högre grad än de som lagförts för enbart narkotikabrott.

Av de barn som var debutlagförda för enbart NSL-brott lagfördes 38 procent för enbart nya NSL-brott. Motsvarande andel för gruppen unga vuxna var drygt 30 procent.

## Flickor lagfördes på nytt i lägre utsträckning

I hela populationen lagfördes flickor och kvinnor på nytt i mindre omfattning än pojkar och män. Hälften av flickorna lagfördes för nya brott under perioden jämfört med nästan tre fjärdedelar av pojkarna. Pojkar och flickor som debutlagförts för NSL-brott lagfördes på nytt i lägst utsträckning.

Två tredjedelar av de barn i aktstudien som fått böter lagfördes för nya brott mot narkotikastrafflagen under de följande tre åren, en något högre andel än bland de barn som fick en rättslig reaktion med vårdinsats.



# Motiverande samtal med substansbruksbedömning som rättslig reaktion

En central aktör för att fånga upp barn och unga vuxna som använt narkotika är de integrerade öppenvårdsmottagningar för unga med alkohol- och drogproblem, de så kallade Mariamottagningarna (Mini-Maria) eller liknande lokala varianter. Det framgår av den kartläggning av samverkansformer som gjordes inom ramen för denna studie.

Inom studien har det genomförts en fördjupande studie om Mariamottagningarnas modell och arbetsätt som syftar till att fånga upp barn som lagförts för ringa narkotikabrott. Den insats som socialtjänsten oftast föreslog som rättslig reaktion vid narkotikabrott var en så kallad substansbruksbedömning. För genomförandet av den insatsen ansvarade oftast en så kallad Mariamottagning eller en liknande verksamhet.

En Mariamottagning är per definition en specialiserad och integrerad verksamhet för barn och unga vuxna. Kommun och region delar på huvudmannaskapet, vilket innebär att medicinsk-psykiatriska aspekter kompletterar socialtjänstens kompetensområde. Förutom kompetens inom socialt arbete finns tillgång till sjuksköterska, läkare och psykolog, och i vissa fall utförs även en psykiatrisk screening. Hälsosamtal ingår alltid och berör psykisk hälsa som ett delområde i substansbruksbedömningen. Därmed finns goda möjligheter att uppmärksamma barns psykiska ohälsa och att erbjuda adekvat stöd alternativt remittera barnen till barn- och ungdomspsykiatri.

## Sammanfattande slutdiskussion

Inom ramen för påföljdssystemet för barn finns förutsättningar för socialtjänsten fånga upp barn som har ett begynnande narkotikaproblem genom att föreslå en vårdinsats som rättslig reaktion. Enligt denna studie fungerar detta system i huvudsak väl. För unga vuxna, 18–20 år, som grips och lagförts för narkotikabrott finns dock inte samma möjligheter.

En stor andel av barnen i studien var kända sedan tidigare av socialtjänsten, inte alltid på grund av eget substansbruk utan på grund av annat riskbeteende eller svårigheter i skola eller familj. I denna studie framgår att majoriteten av de barn och unga vuxna som ingår i studien inte tidigare var lagförda för narkotikabrott. En fjärdedel av barnen i aktstudien hade inte haft någon kontakt med socialtjänsten tidigare. För en relativt stor andel av dessa barn kan polisens gripande ha lett till att deras droganvändning uppmärksammades för första gången av både socialtjänst och vårdnadshavare.

Resultaten från aktstudien visar att socialtjänsten i hög omfattning utredde barnens situation och bedömde narkotikabrott som en allvarlig riskfaktor för fortsatt negativ utveckling och återfall i brott. De insatser som erbjöds i relation till urvalsbrottet hade i huvudsak fokus på barnets substansbruk. Substansbruksbedömning med kort intervention var den vårdinsats som socialtjänsten oftast föreslog i sitt yttrande till åklagaren och som den unge blev

lagförd till att genomgå. Denna insats ges ofta av så kallade Mariamottagningar eller liknande, som är en form av specialiserad öppenvård och som arbetar enligt en modell för ungdomskontrakt. Enligt föreliggande studie kan substansbruksbedömning med kort intervention vara en relevant insats för att fånga upp barn och bedöma deras behov av stöd. Aktdata visar att många barn hade fortsatta insatser året efter undersökningsåret 2017.

Att bli lagförd på nytt var vanligare bland dem som lagförts för både narkotikabrott och andra brott. Resultaten stärker vikten av att i högre grad uppmärksamma behovet av parallella insatser för barn med omfattande kriminalitet, det vill säga att utreda och bedöma huruvida insatser behövs och vilka insatser som i så fall kan behöva kombineras för att motverka både ett fortsatt drogbruk och ett fortsatt kriminellt beteende.

## Studien som ett underlag för fortsatt kunskapsutveckling

Denna forskningsstudie är unik genom att den ger fördjupad information om barn och unga vuxna som lagförts för narkotikabrott. Informationen har inhämtats från registerdata, akter och intervjuer med praktiken. Eftersom kunskapen var begränsad om målgruppen och om vilka insatser som ges kan resultaten från denna studie användas som utgångspunkt för mer begränsade och fördjupande studier av målgruppen och om vilka insatser som är verk-samma. Studien är omfattande och ger uppslag till fortsatt kunskapsutveckling. I det följande lyfts tre områden där fortsatt kunskapsutveckling är särskilt angelägen.

### Barn som lagförs för enbart narkotikabrott

I studien finns en andel barn, 42 procent, och unga vuxna, 36 procent, som lagförts för enbart narkotikabrott. En del är debutanter och har lagförts endast en gång medan andra har lagförts ett fåtal gånger. Det vore värdefullt att undersöka huruvida det finns särskilda faktorer kring barn och unga vuxna som enbart lagförs för narkotikabrott. Och om sådana faktorer finns, vilka av dem kan ha betydelse för att dessa unga inte återfaller i substansbruk och blir lagförda för nya brott? En sådan studie skulle kunna bidra till mer kunskap om tidiga insatser och om vad som är verkningsfullt i ett brotts- och drogförebyggande arbete.

### Effekter av Mariamottagningarnas arbetssätt

I denna studie beskrivs Mariamottagningarna som ett lärande exempel eftersom effektiviteten i deras modell med ungdomskontrakt inte har undersökts. Det vore värdefullt att genomföra en extern utvärdering av Mariamottagningarnas resultat för målgruppen. En sådan utvärdering skulle kunna visa på nyttan av att fler får substansbruksbedömning hos Mariamottagningarna.

## Kunskap om hur substansbruk, kriminalitet och psykiatriska tillstånd samvarierar

Det behövs mer kunskap om hur en negativ utveckling av substansbruk och kriminalitet samvarierar med olika psykiatriska tillstånd bland barn och unga vuxna. Det finns ett stort behov av tidiga insatser vid psykisk ohälsa för att förhindra allvarliga och långvariga sjukdomsfall. Befolkningsstudier visar att depressioner och ångestsyndrom i tidig ålder ofta är förenade med ett utdraget sjukdomsförlopp med upprepade vårdtillfällen och långvarig läkemedelsbehandling. I en nyligen genomförd studie fann Socialstyrelsen att barn och unga vuxna som tidigt insjuknade i depressioner eller ångestsyndrom hade en ökad risk för svag etablering på arbetsmarknaden, och för att huvudsakligen få sin försörjning genom sjuk- eller aktivitetsersättning, sjukpenning eller ekonomiskt bistånd. De hade också en ökad risk för suicidförsök eller suicid. Studien visar på de negativa förlopp och pålagringar av svårigheter som kan komma av ett dålig psykiskt mående under barndomen och vuxenutvecklingen [1].

# Uppdrag och syfte med studien

## Bakgrund

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att genomföra en forskningsstudie i två delar om tidiga insatser för att motverka missbruk och kriminalitet (S2019/01651; S2020/05630/FS; S2021/00823). Uppdraget är tvådelat: *Dels* beskriva vilka barn och unga vuxna som lagförs för brott mot narkotikastrafflagen samt undersöka socialtjänstens bedömningar av deras behov av vård och vilka insatser de erbjuds för att motverka missbruk och kriminalitet. *Dels* studera och kartlägga effektiva modeller och samverkansformer som tagits fram för att uppmärksamma barn och unga vuxna 15–20 år som använt narkotika och som kan fungera som en brygga mellan brottsbekämpning, drogförebyggande och behandling.

Studien ska beakta flickors och pojkars olika behov och förutsättningar. Samsjuklighet med annan psykisk sjukdom eller ohälsa är vanligt bland personer med missbruk och beroende, vilket också behöver beaktas i studien.

## Pilotstudie som grund för den aktuella studien

Socialstyrelsen fick 2017 i uppdrag av regeringen att genomföra en pilotstudie om barn och unga vuxna under 20 år som lagförts för brott till en påföljd som *saknar* vårdinsats (S2017/02635/FS samt S2017/05941/FS (delvis)).

Resultatet av pilotstudien ligger till grund för genomförandet av föreliggande studie [2]. Pilotstudien påvisade att det fanns begränsad kunskap om målgruppen barn och unga vuxna som blivit lagförda för brott mot narkotikastrafflagen. Det saknades bland annat nationella data som belyser målgruppens karaktäristika. Vidare saknades studier om huruvida barn med begynnande missbruk uppmärksammas inom ramen för påföljdssystemet och därmed nås av vårderbjudanden från socialtjänsten.

## Syfte

Det övergripande syftet med studien är att öka kunskapen om unga som lagförts för brott mot narkotikastrafflagen (NSL). För mer detaljer om syfte och frågeställningar, se bilaga 1 och 2 samt inledningen till resultatdelarna.

Syftet med delstudie 1 är dels att beskriva barn och unga vuxna i åldrarna 15–20 år som lagförs för brott mot narkotikastrafflagen, dels att undersöka hur barn i åldrarna 15–17 år nås av insatser från socialtjänsten.

Syftet med delstudie 2 är att studera och kartlägga effektiva modeller och samverkansformer för att uppmärksamma barn och unga vuxna i åldern 15–20 år som använt narkotika, som kan fungera som en brygga mellan brottsbekämpning, drogförebyggande och behandling.

Under hösten 2019 genomfördes en konsekvensbedömning avseende dataskydd enligt artikel 35 i dataskyddsförordningen. Etikprövningsmyndigheten har godkänt studien (2019-05810 samt 2021-03549).

## Avgränsningar

Studien har en deskriptiv ansats. I uppdraget ingår alltså inte att undersöka effektiviteten hos de insatser som socialtjänsten tillhandahåller för unga som lagförs för narkotikabrott. I studien undersöks på ett övergripande plan hur socialtjänsten agerar för att nå unga med sina vårderbjudanden.

Studiepopulationen utgörs av barn som gripits av polis och som sedan lagförts för narkotikabrott, vilket betyder att de inkluderade barnen utgör en starkt selekterad grupp. I vilken omfattning socialtjänsten har kännedom om, och erbjuder insatser för substansbruksproblem till barn som inte har gripits och lagförts, har inte studerats.

I studien ligger fokus på hur rättssystemen och socialtjänsten samverkar för att fånga upp barn som riskerar att utveckla ett narkotikaproblem, eller närmare bestämt på *bryggan* mellan brottsförebyggande, drogförebyggande och behandling. I delstudie 1 undersöks framförallt vad socialtjänsten, tillsammans med polis och åklagare, gör inom ramen för påföljdssystemet. Vissa resultat redovisas dock utöver denna avgränsning eftersom det är viktigt att uppmärksamma att socialtjänsten agerar på fler sätt inom sitt uppdrag än vad som ingår i denna studie för många av de inkluderade barnen.

Den kartläggning som genomfördes visade att det fanns få samverkansmodeller för gruppen 18–20 år och att det bland annat saknades data om hur många individer som fångats upp i de fåtal modeller som fanns. Därmed saknades också förutsättningar för att utvärdera modellernas effektivitet.

Studien inkluderar ett omfattande datamaterial. Av tids- och utrymmesskäl kan inte alla fördjupade analyser redovisas i denna studie.

## Agenda 2030

Uppdraget berör mål 3 av de globala målen i Agenda 2030: Att säkerställa att alla kan leva ett hälsosamt liv och verka för alla människors välbefinnande i alla åldrar.

# Droger och kriminalitet – hur ser utvecklingen ut bland barn och unga vuxna?

## Narkotikasituationen i Sverige

Användningen av narkotika i Sverige under 2000-talet har varit mera omfattande jämfört med tidigare. Narkotikaanvändningen tycks dessutom ha fortsatt att öka under senaste femårsperioden. Detta pekar såväl frågeundersökningar som olika statistiska indikatorer på [3]. Tillgången till narkotika har ökat under 2000-talet bland annat genom de förändringar som skett av narkotikamarknaden i form av mer effektivt organiserade införsels- och distributionskedjor och nya försäljningsplatser via internet och sociala medier [4]. Tull och polis har tagit allt större mängder i beslag utan att detta påverkat prisbildningen, annat än för cannabis. Att gatupriserna på hasch och marijuana har stigit något beror dock främst på att styrkan (THC-halten) på dessa produkter har ökat. Tillgängliga data pekar också på att narkotikatillgången ökat regionalt. Till skillnad från läget för 20 år sedan finns numera exempelvis kokain och marijuana att tillgå i de flesta svenska län. Vidare har utbudet av olika sorters narkotika ökat, inte minst pga. att nya psykoaktiva substanser (NPS:er) introducerats bl.a. via internet-handel, tillsammans med mera traditionella narkotikaklassade läkemedel. Vissa leveransmetoder har blivit vanligare under senare år – såsom utkörning av narkotika och överlåtelser via posten. Dessa leveranssätt och försäljningsformer möjliggör för fler, utan egna kontakter, att köpa narkotika utan att upptäckas av rättsväsendet [4].

Antalet lagförda eller misstänka för narkotika är dock ett trubbigt mått för att mäta drogvanorna. Narkotikabrott i form av eget bruk är ett typiskt så kallat spanings- och ingripandebrott. Detta innebär att antalet personer som varje år misstänks för eget bruk i första hand speglar polisens resurser och prioriteringar, snarare än det faktiska bruket. Ungdomar är den grupp som under 2000-talet andelsmässigt ökat mest sett till misstankar om eget bruk, samtidigt som andelen negativa blod- och urinprov visat sig vara störst inom denna grupp. Av en studie som Brå genomförde inom Stockholms län framkom att andelen som misstänkts för narkotikabrott varierar mycket såväl mellan olika kommuner som inom Stockholms stadsdelsområden. Vid en jämförelse med självdeklarerat bruk framgår att även användningen av narkotika varierar mellan olika områden, men att variationen inte korrelerar med andelen misstänkta. I flera fall var andelen som uppgett narkotikabruk som lägst i områden som uppvisat en hög andel misstänkta och vice versa. Förhållandet såg likartat ut för både pojkar och flickor. I rikare stadsdelar i Stockholm misstänktes ungdomar mer sällan för narkotikabruk än i områden med lägre medelinkomst, trots att de rapporterar högre narkotikakonsumtion. Det är också sex gånger vanligare att pojkar misstänks för eget bruk av narkotika

jämfört med flickor, fast den självrapporterade konsumtionen inte skiljer sig så mycket åt [5].

## Narkotikabruk bland barn och unga vuxna

CAN:s årliga undersökningar visar att ungas självrapporterade narkotikaanvändning har varit relativt stabil över tid [6]. Sedan mitten av 1990-talet har andelen som provat narkotika legat på mellan 5 och 10 procent i årskurs nio. För flickorna i gymnasiet har konsumtionen legat stadigt på mellan 13 och 15 procent sedan mätningarna av gymnasieelevers drogvanor startade 2004. Pojkarnas narkotikakonsumtion i gymnasiet har varierat mer, mellan 16 och 21 procent svarar att de har använt narkotika någon gång.

Under 2021 uppger 7 procent av pojkarna och 5 procent av flickorna i årskurs nio att de någon gång använt narkotika. Skillnaden mellan könen är dock inte signifikant bland niondeklassarna, vilket betyder att skillnaden kan bero på slumpen. I gymnasiets andra årskurs är samma siffra 17 procent för pojkarna och 13 procent för flickorna [7].

Cannabis är den drog som flest unga anger att de använt, det gäller i båda årskurserna. Bland de 18-åriga skolungdomar som använt narkotika har närmare två tredjedelar (62 %) enbart använt cannabis, och bland eleverna i årskurs 9 var det närmare hälften (46 %). Knappt en tredjedel av gymnasieeleverna (30 %) och drygt en tredjedel av niorna (38 %) har använt cannabis plus annan narkotika och sju procent har enbart använt annan narkotika. Bland elever som använt narkotika finns en ökningstendens vad gäller mera frekvent användning [7].

Bland elever i årskurs 9 som någon gång använt narkotika var vanligaste anskaffningssättet var via annan person som t.ex. en langare (48 %). Det näst vanligaste sättet att ha fått tag på narkotikan var via vänner eller en partner. Det omvända förhållandet gäller för gymnasieeleverna där över hälften (55 %) fått narkotika via kamrater eller pojk-/flickvän. Alternativet internet var förhållandevis ovanligt och angavs av några procentenheter [7].

### *Debutålder*

CAN:s rapport [8] visar att allt färre elever substansdebuterat före 14 års ålder och att den genomsnittliga debutåldern har ökat hos dem som använt olika substanser. Utvecklingen har varit gynnsam de senaste 20 åren, eftersom debutåldern stigit för alkohol och tobak samtidigt som användningen av dessa substanser totalt sett minskat. För cannabis var förändringarna mindre men samtidigt är denna substans relativt ovanlig och debuten sker i desto högre åldrar jämfört med alkohol och tobak. Dock har ingen fortsatt minskning av andelen elever i årskurs 9 med tidig debut syns sedan 2017, och detta gäller för samtliga efterfrågade substanser.

Substansdebut inträffar även efter gymnasiets år 2, även om det förvisso inte är så många debutanter efter 18-årsåldern vad gäller alkohol respektive cigaretter, så förefaller läget vara annorlunda för cannabis. Enligt Berglund och Andersson [9] är cannabisdebut efter 18 års ålder betydande då internationella och svenska studier pekar på att omkring hälften av cannabisanvändarna debuterar efter 18 års ålder.

*Förändrad inställning till narkotikaanvändning bland unga*  
Ett sätt att fånga ungdomars förhållningsätt till tobak, alkohol och narkotika, är att studera de risker de anser är förknippade med användning av dessa substanser. Av CAN:s fokusrapport 2020 framgår att ungas riskuppfattning vad gäller rökning och att dricka alkohol är i stort sett oförändrad sedan 1995, samtidigt har deras bruk av tobak och alkohol halverats under samma tidsperiod. Däremot har ungas uppfattning att regelbunden cannabisrökning är förenligt med stor risk minskat under perioden. Andelen som upplever att det är förenat med stor risk att människor tar skada om de använder cannabis regelbundet har sjunkit kontinuerligt sedan undersökningen startade 1995 (från 92 till 58 procent). Nedgången har skett både bland de som inte använt cannabis och bland de som använt, men varit större bland cannabisanvändarna jämfört med icke-användarna. Andelen som har använt cannabis under de senaste 12 månaderna har i sin tur gått från 4 till 7 procent. Det har alltså skett en stor nedgång när det gäller den uppfattade risken av att använda cannabis regelbundet, medan konsumtionen inte har förändrats i samma utsträckning.

### Antal lagföringsbeslut för barn och unga vuxna

År 2020 uppgick antalet lagföringsbeslut [10] för unga män och pojkar i åldern 15–20 år till drygt 17 600 respektive 4000 för unga kvinnor och flickor. Lagföringsbeslut mot unga (15–20 år) utgör 20 procent av samtliga lagföringsbeslut,<sup>1</sup> trots att denna åldersgrupp endast utgör 8 procent av den straffbara befolkningen.

Andelen unga 15–20 år är större i vissa brottskategorier. Brottskategorierna med hög andel unga (2020) är narkotikabrott (39 %), brott mot person (33 %) och stöldbrott (23 %).

Lagföringsbeslut för brott mot narkotikastrafflagen för barn och unga vuxna ökade dock mellan 2015 och 2019 och ligger på närmare 8000 för år 2020 (figur 1). Det gäller endast lagföringsbeslut där narkotikabrottet är ett huvudbrott.

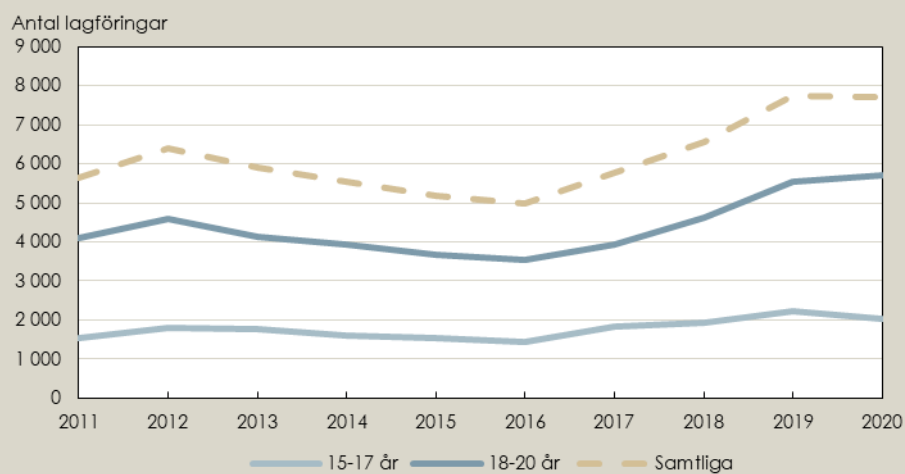
---

<sup>1</sup> År 2020 fattades totalt 109 000 lagföringsbeslut.



### Figur 1. Antal lagföringar bland unga där narkotikabrott var huvudbrott

Antal lagföringsbeslut bland 15-20-åringar där narkotikabrott var huvudbrott (narkotikabrott som bibrott ingår ej) redovisat efter kalenderår och den lagförda personens ålder. Flera lagföringar per år och person är möjliga. Åren 2011-2020.



Källa: Brottsförebyggande rådet. Kriminalstatistik.  
<https://bra.se/statistik/kriminalstatistik/personer-lagforda-for-brott.html>

# Att utveckla missbruk och kriminalitet – risk- och skyddsfaktorer

## Normbrytande beteende bland barn och unga vuxna

Ungdomsåren är en period då många uppvisar ett normbrytande beteende av olika slag. Exempel på det kan vara att berusningsdricka, experimentera med narkotika, begå kriminella handlingar eller ha ett sexuellt riskbeteende.

Forskning kring unga och normbrytande beteende är omfattande och visar att de flesta upphör med dessa beteenden när de växer upp medan andra inte gör det och därmed riskerar en negativ livsutveckling. Det är viktigt att kunna identifiera de risk- och skyddsfaktorer som är relevanta i sammanhanget. En riskfaktor, exempelvis en egenskap eller en händelse, ökar sannolikheten för att ett visst utfall ska inträffa. Det går dock inte att säga att en viss, enskild riskfaktor orsakar ett normbrytande beteende utan det är ofta flera samexisterande riskfaktorer som ökar sannolikheten för ett normbrytande beteende. Man säger att riskbeteenden utvecklas kumulativt, det vill säga att riskbeteenden och riskfaktorer leder till ett succesivt adderande av riskfaktorer och riskbeteenden. I Socialstyrelsens kunskapsstöd *Bedöma risk och behov för barn och unga som begår brott eller har annat normbrytande beteende* finns en sammanställning av aktuell forskning kring normbrytande beteende bland unga som visar på en rad faktorer, på flera nivåer, som påverkar risken för normbrytande beteende [11].

## Sambandet mellan droganvändning och andra normbrytande beteenden

Forskning visar på samband mellan droganvändning och andra normbrytande beteenden men riktningen på dessa samband är omtvistad och det kan vara svårt att påvisa vilket beteendeproblem som uppstod först. De flesta studier pekar på att ett normbrytande beteende föregår problem med alkohol och andra droger, men det finns också några studier som tyder på att sambandet kan vara det omvända. Det finns forskning som tyder på att det finns en större olikhet över tid i utvecklingen av berusningsdrickande och droganvändning än det finns vad gäller kriminalitet och droganvändning. Vidare tyder forskning på att berusningsdrickande och droganvändning kan ha mer med tillfälliga faktorer att göra, medan kriminalitet kan ha mer att göra med faktorer som i större utsträckning är stabila [12]. Det finns även vissa belägg för att relationen kan vara dubbelriktad, det vill säga att alkohol- och droganvändning och normbrytande beteende påverkar varandra. Ytterligare en möjlighet är att sambandet mellan droganvändning och normbrytande beteende kan förklaras av att beteendena delvis delar samma underliggande orsaker och riskfaktorer.

Alkohol- och droganvändning är också relaterat till en högre risk för återfall i kriminalitet [11].

När det gäller straffmyndiga barn (15–17 år) har Brå i omgångar studerat gruppen med flest återfall i brott, så kallade högaktiva ungdomar [13-15]. I den senaste studien konstaterar Brå att det som tydligast utmärker denna grupp är debutålder – ju lägre ålder vid första lagföringen, desto fler återfall i brott. Högaktiva ungdomar utmärks också av att de ofta lagförs för ringa narkotikabrott, det vill säga eget bruk. I stort sett samtliga högaktiva pojkar lagfördes för ringa narkotikabrott och nära hälften lagfördes för drograttfylleri. Även bland flickor lagfördes majoriteten för ringa narkotikabrott. Det är alltså tydligt att många högaktiva lagöverträdare använder narkotika. Studien visade även på en anmärkningsvärt hög överdödlighet bland de högaktiva lagöverträdarna, där drygt hälften avled av olika typer av förgiftningar och överdoser.

I tidigare studier har Brå rapporterat att vissa brottstyper vid första lagföringstillfället kunde kopplas till ökad risk för återfall, men i den senaste studien konstaterar Brå att så kallade strategiska brott har ett lågt förklaringsvärde när det gäller återfallsrisk.

## Riskfaktorer för narkotikabruk

Internationell och nordisk forskning [16] kring risk- och skyddsfaktorer specifikt för narkotikaanvändning och narkotikarelaterade problem visar att det finns riskfaktorer inom olika områden och på olika nivåer: samhälls-, familje-, grupp- och individnivå.

### Samhället

Nordisk forskning [16] visar att det finns ett samband mellan att växa upp i socioekonomiskt utsatta storstadsområden och i städer, och att ha en lägre socioekonomisk position och senare utveckling av narkotikarelaterade problem. Det är i linje med annan internationell forskning som visat att risken för drogrelaterade problem är vanligare i socialt utsatta och instabila områden [17] och att risken för utveckling av drogberoende ökar vid sämre socioekonomiska förhållanden [18].

### Familjen

Skilsmässa mellan föräldrar, att växa upp med bara en vuxen, att ha en ung mamma, att vara adopterad, att växa upp i familjehem, att ha en mamma som är född utanför Sverige, att ha en förälder med substansbruksdiagnos eller att ha upplevt en allvarlig händelse i familjen har samband med utveckling av narkotikarelaterade problem [16]. Även internationell forskning har identifierat riskfaktorer på familjenivå som visar att bristande kvalitet i relationen mellan barn och förälder, familjekonflikter samt föräldrars droganvändning och beroendeproblematik ökar risken för att barn börjar använda droger [17].

## Skolan

Dåliga resultat i skolan och en låg grad av skolanknytning ökar risken för droganvändning och narkotikarelaterade problem [17, 19]. Detsamma framkommer i översikten över nordisk forskning, som visar på samband mellan låga eller ofullständiga betyg i nionde klass och senare narkotikarelaterade problem [16].

## Fritidsaktiviteter och kamrater

Att tidigt ha blivit erbjuden cannabis är en riskfaktor för senare narkotikabruk. Kunskapsläget är oklart vad gäller faktorer som rör deltagande i sportaktiviteter, att bli utsatt för mobbning och grad av social popularitet [16]. Däremot visar internationella studier på att riskfaktorer för droganvändning kan vara att umgås i kretsar där det finns en tolerans för droganvändning, att ha vänner som använder droger, att sakna fritidsaktiviteter samt ha tillgänglighet till droger [17, 18, 20-23].

## Tidig debut

Att börja röka tobak tidigt har samband med senare cannabisanvändning. Baserat på den nordiska forskningslitteraturen är kunskapsläget oklart kring sambandet mellan tidig alkoholberusning respektive tidig cannabisanvändning och senare användning av narkotika. Vidare är kunskapsläget oklart när det gäller sambandet mellan tidig alkoholberusning och senare narkotikaanvändning/narkotikarelaterade problem. Internationell forskning tyder dock på att tidig droganvändning ökar risken för fortsatt droganvändning och en negativ utveckling [24-26]. Exempelvis kan en tidig cannabisdebut innebära en ökad risk för framtida cannabisberoende [24].

## Individen

På individnivå är två riskfaktorer för narkotikaanvändning och senare narkotikaproblem att vara *pojke* och att *ha adhd*. Även självskadebeteende och beteendeproblem har samband med senare narkotikaanvändning och senare narkotikarelaterade problem [16]. Det är i linje med annan internationell forskning som visar att kön, beteendeproblem, personlighetsdrag, som att ha låg självkontroll och vara sensationssökande, ökar risken för droganvändning [21, 27-29]. Vidare ökar risken för beroende bland dem som någon gång haft en psykiatrisk diagnos [30]. Andra riskfaktorer kopplade till psykisk hälsa är exempelvis sämre copingförmåga och låg självkänsla [18].

## Skyddsfaktorer narkotika

Ingen av de studier som inkluderats i Folkhälsomyndighetens översikt hade som syfte att studera skyddsfaktorer specifikt. Socialstyrelsens kunskapsstöd kring unga med normbrytande beteende visar på att trygga och positiva uppväxtmiljöer med goda familjrelationer fungerar som skyddsfaktorer, liksom även en god anknytning till skolan och bra skolprestationer [11].

## Kunskapsläget om insatser för att motverka missbruk och kriminalitet

Det finns inte någon förklaringsmodell som på ett fullständigt sätt förklarar varför vissa unga utvecklar ett missbruk eller ett kriminellt beteende. Som framgår ovan visar forskning att utvecklingen av ett normbrytande beteende bland unga sker genom ett komplext samspel mellan olika risk- och skyddsfaktorer som påverkar varandra i olika riktningar och på olika nivåer. Den kunskap som finns inom området pekar mot att det sannolikt finns *flera olika* orsaksbakgrunder till att barn utvecklar ett normbrytande beteende, även om det normbrytande beteendet hos olika individer är i det närmaste identiskt. Vanligtvis är det en sammansättning av flera riskfaktorer som ökar risken för en negativ utveckling [11]. En riskfaktor ökar risken för att personen utvecklar andra riskfaktorer så att personen exponeras för fler och fler riskfaktorer, så kallad kumulativ risk [31].

Det finns en tydlig koppling mellan kriminalitet och droganvändning bland unga, vilket bland annat framgår av en uppföljning av unga som haft kontakt med en Mariamottagning. En majoritet (84 %) av dem som hade indikationer på kriminalitet hade också indikationer på fortsatta problem med alkohol eller droger [32].

För att bryta en negativ utveckling behöver innehållet i insatserna ha fokus på de riskfaktorer som antas upprätthålla barnets normbrytande beteende och dessa insatser behöver riktas samtidigt mot flera riskområden [11, 31]. Kunskapen om verksamma insatser för att motverka missbruk och kriminalitet bland unga överlappar varandra. Innehållet i dessa insatser har till viss del fokus på samma risk- och skyddsfaktorer. Skolprestationer och avhållsamhet från droganvändning är exempel på viktiga faktorer som behöver stärkas och stödjas under tonår och de tidiga vuxenåren för att motverka brottsligt beteende och återfall i brott [33, 34]. Det är inte sällan svårt att identifiera hur dessa riskbeteenden driver på och samspelar med varandra i barns olika mognads- och utvecklingsfaser, eftersom det är en komplex process som även inramas av en tidsaspekt. Det kan spela roll *när* något inträffar, det kan till exempel ske under en känslig period och kan påverka andra processer i individens liv [11].

Till stöd för bedömning och behandling, planering och val av insatser kan modellen RBM, risk, behov och mottaglighet, användas [31]. I modellens grundläggande principer ingår bland annat att insatserna är multimodala, det vill säga breda och inriktade mot flera olika riskfaktorer. Insatsernas intensitet och omfattning utgår från den unges risknivå och riktas mot de riskfaktorer som driver på det normbrytande beteendet. Vidare anpassas insatserna efter barnets och föräldrarnas mottaglighet och innefattar ett aktivt motivationsarbete.

Läs mer om rekommenderade insatser och interventioner i Socialstyrelsens kunskapsstöd, *Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott* samt i *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>

# Socialtjänstens uppgifter när barn och unga vuxna begår brott

Samhället har dubbla uppgifter när det gäller barn och unga vuxna som begår brott, dels att förhindra, dels att reagera på brott. I det arbetet har olika myndigheter olika ansvar och roller.<sup>2</sup> Medan socialtjänstens insatser utgår från barnet eller den unges behov av stöd och skydd, ska de rättsvårdande myndigheternas insatser markera att samhället tar avstånd från den brottsliga verksamheten. Samtidigt har socialtjänsten och de rättsvårdande myndigheterna ett gemensamt intresse av att förhindra och motverka brott.<sup>3</sup>

I lagen (1964:167) med särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare, LUL, finns särskilda bestämmelser om handläggning hos polis, åklagare och domstol av mål och ärenden som rör brott när den misstänkte inte har fyllt 21 år.<sup>4</sup>

Socialnämnden har särskilda uppgifter enligt LUL som bland annat handlar om att lämna yttrande till åklagare och förundersökningsledare samt yttra sig till domstol.<sup>5</sup> Socialnämnden har också andra särskilda uppgifter i arbetet med unga lagöverträdare, bland annat en skyldighet enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL att sörja för att påföljden ungdomstjänst kan verkställas.<sup>6</sup> Nämnden ansvarar också för verkställigheten av ungdomsvård och ska tillgoda det särskilda behov av stöd och hjälp som kan finnas sedan verkställighet av sluten ungdomsvård upphört.<sup>7</sup>

Socialnämnden har även ett ansvar att bedriva förebyggande arbete för att förhindra att barn och unga far illa. Nämnden ska bland annat *aktivt arbeta* för att förebygga och motverka missbruk bland barn och unga.<sup>8</sup> Nämnden ska också med särskild uppmärksamhet följa utvecklingen hos barn och unga som visat tecken på en ogynnsam utveckling, och i nära samarbete med hemmen sörja för att barn och unga som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det stöd och skydd som de behöver och, om barnets eller den unges bästa motiverar det, vård och fostran utanför det egna hemmet.<sup>9</sup>

---

<sup>2</sup> På Kunskapsguiden finns en schematisk skiss som visar rättsväsendet och socialtjänstens olika uppgifter när barn 15–17 år är misstänkta för brott. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2020-2-6577-flodesschema.pdf>

<sup>3</sup> Se proposition 2005/06:165 Ingridanden mot unga lagöverträdare s. 43.

<sup>4</sup> Se 1 § LUL.

<sup>5</sup> Se 11, 28 och 29 §§ LUL.

<sup>6</sup> Se 5 kap 1 b § SoL.

<sup>7</sup> Se 32 kap. 1 § första stycket BrB och 5 kap. 1 § 10 SoL.

<sup>8</sup> Se 5 kap. 1 § 3 och 4.

<sup>9</sup> Se 5 kap. 1 § 7–8 SoL.

## Barn 15–17 år

### Polisens underrättelse om brottsmisstanke

När ett barn under 18 år är skäligen misstänkt för ett brott som kan leda till fängelse ska socialnämnden genast underrättas om detta.<sup>10</sup> Företrädare för socialtjänsten ska närvara vid förhöret om det är möjligt och om det kan ske utan men för utredningen.<sup>11</sup>

### Begäran om yttrande

Det ska i normalfallet göras en personutredning parallellt med brottsutredningen. Personutredningen utgörs antingen av ett yttrande från Kriminalvården eller av ett yttrande från socialnämnden.

När ett barn misstänks för att ha begått ett brott innan hen fyllt 18 år ska åklagaren eller undersökningsledaren inhämta ett yttrande från socialnämnden innan beslut fattas i åtalsfrågan. För att ett yttrande ska kunna inhämtas krävs det att barnet antingen har erkänt gärningen eller att det finns skäligen misstanke för att hen har begått brottet. Ett yttrande behöver inte inhämtas om brottet är ringa, om det är uppenbart att det finns förutsättningar för straffvarning eller åtalsunderlåtelse eller om det annars är obehövt.<sup>12</sup>

### Bedömning av vårdbehov

Socialnämndens yttrande ska bland annat innehålla en bedömning av huruvida barnet eller den unge har ett särskilt behov av åtgärder som syftar till att motverka att hen utvecklas ogynnsamt. I yttrandet ska också lämnas en redovisning av de åtgärder som nämnden avser att vidta. Åtgärderna ska redovisas i ett ungdomskontrakt om de vidtas med stöd av SoL och i en vårdplan om de vidtas med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Arten, omfattningen och varaktigheten ska framgå av kontraktet eller vårdplanen.<sup>13</sup>

## Unga 18–20 år

### Underrättelse om tid och plats för förhör

Det finns inga regler om att socialnämnden ska underrättas eller göras uppmärksam på att någon som fyllt 18 år är misstänkt för brott. Polis och undersökningsledare har dock en skyldighet att underrätta socialnämnden om tid och plats för förhöret med unga under 20 år när det finns anledning att anta att ett ingripande från socialnämnden kan bli aktuellt.<sup>14</sup>

---

<sup>10</sup> Se 6 § LUL.

<sup>11</sup> Se 7 § LUL.

<sup>12</sup> Se 11 § första och andra stycket LUL.

<sup>13</sup> Se 11 § LUL och Socialstyrelsens allmänna råd (HSLF-FS 2019:30) om handläggning av ärenden som gäller unga lagöverträdare.

<sup>14</sup> Se 16 § förundersökningskungörelsen (1947:948), FuK.

## Yttrande från Kriminalvården

För unga som fyllt 18 år när brottet begås är det i första hand Kriminalvården som ansvarar för personutredningen. Ett yttrande ska inhämtas när det behövs för att avgöra påföljdsfrågan eller när det annars behövs en särskild utredning om en misstänkts personliga förhållanden, eller om åtgärder som kan antas bidra till att hen avhåller sig från brottslighet.<sup>15</sup>

Domstolen får döma till ungdomsvård endast om det finns ett yttrande från socialnämnden med det innehåll som avses i 11 § LUL. Detta innebär att socialnämnden kan behöva skriva ett yttrande som gäller en ung person som är över 18 år om hen är aktuell för ungdomsvård.<sup>16</sup>

## Samverkan mellan olika aktörer

För att samhället ska kunna ge stöd åt barn som begår brott behövs samverkan mellan olika aktörer. Bestämmelser om samverkan finns i en rad olika lagar. Det följer exempelvis av 3 kap. 5 § SoL att socialnämnden har en generell skyldighet att vid behov utforma och genomföra insatser i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar. För socialnämnden kan det, till exempel bli aktuellt att samverka med Kriminalvården när den unge har dömts till en påföljd som Kriminalvården ansvarar för att verkställa.

I 5 kap. 1 a § SoL finns en bestämmelse om att socialnämnden ska samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa. Socialnämnden ska aktivt verka för att samverkan kommer till stånd, vilket innebär att socialnämnden har ett förstahandsansvar för att samverkan kommer till stånd.<sup>17</sup> Samverkan ska ske kring alla barn som på ett eller annat sätt kan behöva insatser från socialnämndens sida. Med insatser menas här även insatser på övergripande nivåer t.ex. för att motverka missbruk och ungdomskriminalitet. Samverkan ska ske även på individnivå.<sup>18</sup> Motsvarande bestämmelser som i 5 kap. 1 a § SoL finns för skolan<sup>19</sup> och för hälso- och sjukvården.<sup>20</sup>

För polisen finns en bestämmelse om samverkan i 6 § polislagen (1984:387). Av bestämmelsen framgår att Polismyndigheten fortlöpande ska samarbeta med myndigheterna inom socialtjänsten och snarast underrätta dessa om förhållanden som bör föranleda någon åtgärd av dem.

Enligt 39 § LUL ska kommuner och de myndigheter som handlägger ärenden om unga lagöverträdare verka för att det regelbundet sker en lokal samverkan mellan företrädare för kommunerna och myndigheterna i övergripande frågor om unga lagöverträdare. Bestämmelsen syftar till att säkerställa samverkan mellan socialtjänsten och rättsväsendets myndigheter på lokal nivå. Den samverkan som omfattas av denna bestämmelse ska gälla övergripande frågor om unga lagöverträdare. Av förarbetena framgår att samverkan

<sup>15</sup> Se 1 § lagen (1991:2041) om särskild personutredning i brottmål, m.m.

<sup>16</sup> Se 28 § LUL och prop. 2005/06:165 s. 107.

<sup>17</sup> Se proposition 2002/03:53 Stärkt skydd för barn i utsatta situationer m.m. s. 108.

<sup>18</sup> Se proposition. 2002/03:53 s. 58–61 och 107.

<sup>19</sup> Se 29 kap. 13 § skollagen (2010:800).

<sup>20</sup> Se 5 kap. 8 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 6 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659).



i första hand bör handla om rutiner och utbyte av erfarenheter, exempelvis i form av diskussioner och frågor om innehållet i socialtjänstens yttranden, formerna för information om misstänkt brottslighet, vilka insatser som kan erbjudas lagöverträdare och så vidare. Samverkan får inte handla om handläggningen av enskilda ärenden.<sup>21</sup>

## Sekretess

Inom socialtjänsten gäller sekretess för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men.<sup>22</sup> Det innebär att uppgifterna som huvudregel omfattas av sekretess.<sup>23</sup> Det finns dock inget som hindrar att socialtjänsten och polisen till exempel samråder om enskilda ungdomar så länge uppgifterna är oidentifierade. Om nämnden har bedömt att uppgifter om en enskilds personliga förhållanden omfattas av sekretess kräver ett utbyte av sådan information stöd i ett samtycke eller i någon annan sekretessbrytande bestämmelse. En uppgift kan också lämnas till en annan myndighet om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning.<sup>24</sup>

Nedan redogörs kortfattat för några sekretessbrytande bestämmelser som kan vara aktuella för socialtjänsten i arbetet med unga lagöverträdare.

## Samtycke

Huvudregeln är att sekretess till skydd för en enskild helt eller delvis kan hävas av den enskilde genom ett samtycke till att lämna ut uppgifter. Samtycket bryter då sekretessen.<sup>25</sup>

## Nödvändigt utlämnande

Sekretess hindrar inte att en uppgift lämnas till en enskild eller till en annan myndighet om det är nödvändigt för att den utlämnande myndigheten ska kunna fullgöra sin verksamhet.<sup>26</sup> Bestämmelsen ska dock tillämpas restriktivt.<sup>27</sup>

## Uppgiftsskyldighet enligt lag eller förordning

Bestämmelserna i 11 § LUL och i lagen (1991:2041) om särskild personutredning i brottmål m.m. innebär att socialnämnden utan hinder av sekretess kan lämna uppgifter till undersökningsledaren, åklagaren, domstolen och Kriminalvården när de begär dessa. Andra exempel på uppgiftsskyldighet finns i 12 kap. 8 § SoL och i 1 § förordningen (1998:641) om verkställighet av slutna ungdomsvård. På samma sätt bryter anmälnings- och uppgiftsskyldigheten enligt 14 kap. 1 § SoL sekretessen för anmälningskyldiga vid misstanke om att barn far illa.<sup>28</sup>

---

<sup>21</sup> Se proposition 2014/15:25 Tydligare reaktioner på ungas brottslighet s. 61.

<sup>22</sup> Se 26 kap. 1 § första stycket OSL.

<sup>23</sup> Se proposition 1979/80:2 Med förslag till sekretesslag m.m., del A s. 82.

<sup>24</sup> Se 10 kap. 28 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL.

<sup>25</sup> Se 7 Se 12 kap. 2 § OSL.

<sup>26</sup> Se 10 kap. 2 § OSL.

<sup>27</sup> Se proposition 1979/80:2 Del A s. 465 och 494.

<sup>28</sup> Se 14 kap. 1 § första och tredje stycket SoL.

## Vid behov av vård, behandling eller annat stöd

Socialtjänstsekreten hindrar inte att uppgift om en enskild eller någon närstående till denne lämnas från en myndighet inom socialtjänsten till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom hälso- och sjukvården, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd. Det gäller om den enskilde inte har fyllt 18 år, fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel eller vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.<sup>29</sup>

## Vissa uppgifter till anmälare

OSL innehåller också bestämmelser som möjliggör för socialtjänsten att utan hinder av sekretess lämna vissa uppgifter till den som har gjort en anmälan om misstanke om att ett barn far illa enligt 14 kap. 1 § SoL. De uppgifter som omfattas, och som får lämnas ut med stöd av bestämmelsen, är uppgift om att beslut fattats om att inleda eller inte inleda utredning eller uppgift om att utredning redan pågår. Det krävs också att det med hänsyn till omständigheterna inte är olämpligt att uppgiften lämnas ut.<sup>30</sup>

## Förebygga brott av unga under 21 år

Personal inom socialtjänsten får också, under vissa givna förutsättningar, lämna uppgifter om barn och unga till polisen i brottsförebyggande syfte. Socialtjänstens sekretess hindrar inte att en uppgift som rör en enskild som inte fyllt 21 år lämnas till Polismyndigheten eller till Säkerhetspolisen, om det på grund av särskilda omständigheter finns risk för att barnet eller den unge kommer att utöva brottslig verksamhet, uppgiften kan antas bidra till att förhindra det och det med hänsyn till planerade eller pågående insatser för barnet eller den unge, eller av andra särskilda skäl inte är olämpligt att uppgiften lämnas ut.<sup>31</sup>

## När polisen behöver ingripa omedelbart

Om personal inom socialtjänsten påträffar någon som kan antas vara under 18 år, under förhållanden som uppenbarligen innebär överhängande och allvarlig risk för barnets hälsa eller utveckling, hindrar socialtjänstens sekretess inte att uppgift som behövs för ett omedelbart polisiärt ingripande lämnas till Polismyndigheten.<sup>32</sup> Socialtjänstens sekretess hindrar inte heller att en uppgift som behövs för ett omedelbart polisiärt ingripande lämnas till Polismyndigheten när någon som kan antas vara under 18 år påträffas av personal inom socialtjänsten när hen begår brott.<sup>33</sup>

---

<sup>29</sup> Se 26 kap. 9 § OSL.

<sup>30</sup> Se 26 kap. 9 a § OSL.

<sup>31</sup> Se 10 kap. 18 a § första stycket OSL.

<sup>32</sup> Se 10 kap. 20 § 1 OSL.

<sup>33</sup> Se 10 kap. 20 § 2 OSL.

## Överlåtelse av narkotika, dopningsmedel eller alkohol till barn och unga

Sekretessen inom socialtjänsten hindrar inte heller att socialnämnden lämnar en uppgift om misstanke om brott, som innefattar överlåtelse eller anskaffning till någon som inte har fyllt 18 år, till Åklagarmyndigheten eller Polismyndigheten om brottet gäller överlåtelse av narkotika i strid med narkotikastrafflagen (1968:64), överlåtelse av dopningsmedel i strid med lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel, icke ringa fall av olovlig försäljning eller anskaffning av alkoholdrycker enligt alkohollagen (2010:1622).<sup>34</sup>

## Misstankar om begångna brott i övrigt

Utöver det som beskrivits tidigare finns en generell bestämmelse enligt vilken socialtjänsten kan lämna uppgifter om misstankar om begånget brott eller försök till brott av mer allvarligt slag till Åklagarmyndigheten, Polismyndigheten, Säkerhetspolisen eller någon annan myndighet som har till uppgift att ingripa mot brott.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> Se 10 kap. 22 § OSL.

<sup>35</sup> Se 10 kap. 23 § OSL.

# Påföljdssystemet för barn och unga

Påföljdssystemet bygger på en kompromiss mellan olika intressen, vilket är särskilt tydligt när det gäller unga lagöverträdare. Det handlar bland annat om en avvägning mellan en ung persons särskilda behov och straffsystemets krav på tydliga och tillräckligt ingripande påföljder.<sup>36</sup> Ambitionen har länge varit att barn och unga som begår brott så lång det är möjligt ska hållas utanför Kriminalvården och istället blir föremål för insatser inom socialtjänsten.

Vid de senaste påföljdsreformerna för unga lagöverträdare<sup>37</sup> har de straffrättsliga principerna fått ökat utrymme, med motiveringen att samhällets reaktioner på unga som begår brott ska vara tydliga och konsekventa. Unga lagöverträdare särbehandlas dock fortfarande både när det gäller val av påföljd och straffmätning. Det gäller särskilt barn 15–17 år.

För denna åldersgrupp finns särskilda påföljder. De särskilda ungdomspåföljderna är *ungdomsvård*, *ungdomstjänst*, *ungdomsövervakning* och *sluten ungdomsvård*. Även unga upp till 21 år kan i vissa fall dömas till dessa påföljder, men de ska i princip vara förbehållna personer som inte fyllt 18 år vid tidpunkten för brottet.<sup>38</sup>

Barn mellan 15 och 17 år kan i vissa fall dömas till samma påföljder som vuxna. Böter är ett vanligt straff för både barn och unga men även andra påföljder kan bli aktuella, såsom fängelse, skyddstillsyn och villkorlig dom. Om den unge var under 18 år vid tidpunkten för brottet bestäms påföljden normalt till någon av de särskilda ungdomspåföljderna eller till böter.<sup>39</sup>

## De särskilda ungdomspåföljderna

Det är socialnämnden som ansvarar för att verkställa påföljderna *ungdomsvård* och *ungdomstjänst* utifrån reglerna i SoL och LVU.<sup>40</sup> Kriminalvården ansvarar för verkställigheten av *ungdomsövervakning*<sup>41</sup> och Statens institutionsstyrelse (SIS) för *sluten ungdomsvård*.<sup>42</sup> Nedan redogörs kortfattat för de särskilda ungdomspåföljderna.

### Ungdomsvård

Den som har begått brott innan han eller hon fyllt 18 år får dömas till ungdomsvård om hen har ett särskilt behov av vård eller annan åtgärd enligt SoL eller LVU och sådan vård eller åtgärd kan beredas den unge. Vården och åtgärderna ska syfta till att motverka att den unge utvecklas ogynnsamt. Om

<sup>36</sup> Se proposition 2014/15:25, Tydligare reaktioner på ungas brottslighet s. 24.

<sup>37</sup> Se proposition 1997/98:96 Vissa reformer av påföljdssystemet, proposition 2005/06:165 Ingripanden mot unga lagöverträdare, prop. 2014/15:25 och proposition 2021/22:17 Slopad ungdomsrabatt vid allvarlig brottslighet.

<sup>38</sup> Se proposition 2021/22:17 s.1.

<sup>39</sup> Se proposition 2014/15:25 s. 20.

<sup>40</sup> Se 5 kap. 1 b § SoL.

<sup>41</sup> Se 2 § lagen (2020:616) om verkställighet av ungdomsövervakning.

<sup>42</sup> Se 1 § och 3 § lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård, LSU.

brottet begåtts efter 18 års ålder kan påföljden bli ungdomsvård om det finns särskilda skäl för det. Den som har fyllt 21 år får inte dömas till ungdomsvård.<sup>43</sup>

Domstolen får bara döma barnet eller den unge till ungdomsvård om socialtjänstens planerade åtgärder, i förekommande fall i förening med ungdomstjänst eller böter, kan anses tillräckligt ingripande med hänsyn till brottslighetens straffvärde och art samt den unges tidigare brottslighet.<sup>44</sup>

För att domstolen ska kunna döma till ungdomsvård måste det också finnas ett yttrande från socialnämnden med det innehåll som avses i 11 § LUL. Yttrandet ska bland annat innehålla en bedömning av huruvida barnet eller den unge har ett särskilt behov av åtgärder som syftar till att motverka att hen utvecklas ogynnsamt. Yttrandet ska också innehålla en redovisning av de åtgärder som nämnden avser att vidta och dessa ska redovisas i ett ungdomskontrakt eller en vårdplan.<sup>45</sup>

Döms barnet eller den unge till ungdomsvård i form av åtgärder enligt SoL ska domstolen meddela föreskrift om att barnet ska följa ungdomskontraktet och innehållet ska då framgå av domen.<sup>46</sup> Om barnet eller den unge döms till ungdomsvård i form av vård enligt LVU ska den vårdplan som upprättats av socialnämnden fogas till domen.<sup>47</sup>

De insatser enligt SoL som kan komma ifråga vid ungdomsvård kan handla om till exempel kontakt med särskilt kvalificerad kontaktperson, familjebehandling, missbruksbehandling och placering i familjehem eller hem för vård eller boende (HVB). Vården enligt LVU kan, förutom en placering, också innehålla till exempel kontakt med särskilt kvalificerad kontaktperson och deltagande i olika former av öppna insatser.

## Ungdomstjänst

Den som har begått brott innan hen fyllt 18 år får dömas till ungdomstjänst om domstolen anser att påföljden är lämplig med hänsyn till barnet eller den unge och övriga omständigheter. Påföljden ska också anses vara tillräckligt ingripande med hänsyn till brottslighetens straffvärde och barnets eller den unges tidigare brottslighet. Det ska inte finnas skäl att döma barnet eller den unge till ungdomsvård. Den som döms till ungdomstjänst ska utföra oavlönat arbete och delta i annan särskilt anordnad verksamhet.<sup>48</sup> Den som fyllt 18 år men inte 21 år när dom meddelas får dömas till ungdomstjänst endast om det finns särskilda skäl till det.<sup>49</sup>

Socialnämnden ska bestämma det närmare innehållet i ungdomstjänsten i en arbetsplan.<sup>50</sup> Syftet med att upprätta en arbetsplan är att ungdomstjänsten ska vara strukturerad och anpassad till barnets eller den unges individuella förhållanden.<sup>51</sup>

---

<sup>43</sup> Se 32 kap. 1 § första stycket BrB.

<sup>44</sup> Se 32 kap. 1 § andra stycket BrB.

<sup>45</sup> Se även Socialstyrelsens allmänna råd (HSLF-FS 2019:30) om handläggning av ärenden som gäller unga lagöverträdare.

<sup>46</sup> Se 32 kap. 1 § tredje stycket BrB.

<sup>47</sup> Se 32 kap. 1 § fjärde stycket BrB.

<sup>48</sup> Se 32 kap. 2 § första och tredje stycket BrB.

<sup>49</sup> Se 32 kap. 2 § andra stycket BrB.

<sup>50</sup> Se 5 kap. 1 b § andra stycket SoL.

<sup>51</sup> Se proposition 2005/06:165 s. 69.

## Ungdomsövervakning

Den som har begått brott innan hen fyllt 18 år får dömas till ungdomsövervakning om varken ungdomsvård eller ungdomstjänst är tillräckligt ingripande påföljder med hänsyn till brottslighetens straffvärde och art samt den unges tidigare brottslighet. Unga som är 18–20 år när dom meddelas får dömas till ungdomsövervakning endast om det finns särskilda skäl till det. Den som har fyllt 21 år vid denna tidpunkt får inte dömas till ungdomsövervakning.<sup>52</sup>

Innehållet i påföljden bestäms i en individuellt utformad verkställighetsplan.<sup>53</sup> Planen ska alltid innehålla föreskrifter om att barnet eller den unge ska träffa en koordinator som förordats av Kriminalvården (som huvudregel två gånger i veckan), vidare att den unge ska inskränkas i sin rörelsefrihet och förbjudas att bruka narkotika, alkohol, något annat berusningsmedel, vissa dopningsmedel eller vissa andra hälsofarliga varor.<sup>54</sup>

Kriminalvården får även föreskriva om andra åtgärder i verkställighetsplanen, som till exempel kan gälla boende, skolgång eller annan sysselsättning, fritid och missbruksbehandling eller annan vård och behandling.<sup>55</sup> Vid verkställighetsplaneringen ska Kriminalvården samverka med socialnämnden.<sup>56</sup>

## Sluten ungdomsvård

Har någon begått ett brott innan hen fyllt 18 år, och anser domstolen att påföljden bör bestämmas till fängelse, ska domstolen som huvudregel istället döma barnet till sluten ungdomsvård under en viss tid.<sup>57</sup> Det är brottet i sig, inte ett eventuellt vårdbehov, som avgör om barnet ska dömas till sluten ungdomsvård och i så fall under hur lång tid.<sup>58</sup>

SiS ska planera och genomföra verkställigheten efter samråd med socialnämnden och ska upprätta en individuellt utformad verkställighetsplan för barnet.<sup>59</sup>

Verkställigheten av sluten ungdomsvård ska inledas på en låsbar enhet. Så snart förhållandena medger det ska den dömda ges möjlighet till vistelse i öppnare former.<sup>60</sup>

Socialnämnden har en skyldighet att tillgodose det särskilda behov av stöd och hjälp som kan finnas sedan verkställighet av sluten ungdomsvård har upphört.<sup>61</sup>

## Åtalsunderlåtelse

När en förundersökning som gäller en person över 15 år är klar ska åklagaren fatta beslut om huruvida åtal ska väckas eller inte.<sup>62</sup> Om åklagaren bedömer

<sup>52</sup> Se 32 kap. 3 a § BrB.

<sup>53</sup> Se 7 § lagen (2020:616) om verkställighet av ungdomsövervakning.

<sup>54</sup> Se 14 § och 17 § lagen (2020:616) om verkställighet av ungdomsövervakning.

<sup>55</sup> Se 15 § lagen (2020:616) om verkställighet av ungdomsövervakning.

<sup>56</sup> Se 12 § lagen (2020:616) om verkställighet av ungdomsövervakning.

<sup>57</sup> Se 32 kap. 5 § första och andra stycket BrB.

<sup>58</sup> Se proposition 1997/98:96.

<sup>59</sup> Se 3 § första och andra stycket LSU.

<sup>60</sup> Se 14 § första stycket LSU.

<sup>61</sup> Se 5 kap. 1 § 10 SoL.

<sup>62</sup> Se 23 kap. 20 § rättegångsbalken, RB.

att det finns tillräckliga bevis för att personen har begått ett brott är åklagaren skyldig att väcka åtal. Istället för att väcka åtal kan åklagaren under vissa förutsättningar besluta att underlåta åtal för brott,<sup>63</sup> vilket innebär att det varken blir åtal eller rättegång. Det blir alltså ingen påföljd för det specifika brottet men det antecknas i belastningsregistret.

## Straffvarning

För unga 15–17 år har begreppet åtalsunderlåtelse enligt LUL ändrats från den 1 juli 2015 och ersatts med begreppet *straffvarning*. Motiveringen till ändringen är att det tydligare ska framgå att det handlar om en reaktion på ett brott och en varning om att en mer ingripande påföljd kan komma att dömas ut.<sup>64</sup> Reglerna om straffvarning har företrädare framför reglerna om åtalsunderlåtelse när det gäller barn.<sup>65</sup>

En straffvarning innebär att åklagaren inte väcker åtal och barnet får då inte heller något straff.<sup>66</sup> En straffvarning innebär också en varning om att ett straff kan komma att dömas ut om barnet återfaller i brottslighet. Den person som får en straffvarning ska nämligen iaktta skötsamhet.<sup>67</sup>

För att straffvarning ska kunna bli aktuellt krävs att det är fullt utrett att barnet har begått brottet.<sup>68</sup> Straffvarning får inte beslutas om något väsentligt allmänt intresse eller något enskilt intresse åsidosätts.<sup>69</sup> Straffvarning kan komma ifråga i två olika typer av situationer. I den ena situationen kan åklagaren besluta om straffvarning om barnet blir föremål för olika åtgärder inom socialtjänsten eller får hjälp eller stöd på annat sätt och åklagaren bedömer att dessa åtgärder är lämpligare än ett straff. I den andra situationen kan straffvarning komma ifråga om åklagaren bedömer att det är uppenbart att brottet har skett av okynne eller förhastande.<sup>70</sup> Med detta avses närmast gärningar som begåtts av obetänksamhet eller retsamhet.<sup>71</sup>

## Strafföreläggande

Istället för att väcka åtal kan en åklagare i vissa fall besluta om exempelvis ett bötesstraff genom att utfärda ett strafföreläggande.<sup>72</sup> Det förutsätter att det kan antas att barnet eller den unge endast skulle ha dömts till böter om åtal hade väckts.<sup>73</sup>

En förutsättning för strafföreläggande är att den misstänkte erkänner brottet och accepterar strafföreläggandet.<sup>74</sup> Ett strafföreläggande gäller som en dom som vunnit laga kraft.<sup>75</sup>

---

<sup>63</sup> Se 20 kap. 7 § RB.

<sup>64</sup> Se proposition 2014/15:25, s. 52.

<sup>65</sup> Se proposition 2014/15:25, s. 51.

<sup>66</sup> Se 16 § första stycket LUL.

<sup>67</sup> Se proposition 2014/15:25 s. 52 och 22 § första stycket LUL.

<sup>68</sup> Se proposition 1994/95:12 s. 75.

<sup>69</sup> Se 17 § fjärde stycket LUL.

<sup>70</sup> Se 17 § första stycket LUL.

<sup>71</sup> Se proposition 2014/15:25 s. 51.

<sup>72</sup> Se 48 kap. 1 § RB.

<sup>73</sup> Se 15 § LUL.

<sup>74</sup> Se 48 kap. 9 § RB.

<sup>75</sup> Se 48 kap. 3 § andra stycket RB.

## Villkorlig dom, skyddstillsyn och fängelse

Som nämnts ovan kan även påföljder såsom bland annat fängelse, skyddstillsyn och villkorlig dom bli aktuella för unga lagöverträdare.<sup>76</sup> Det är Kriminalvården som ansvarar för att verkställa dessa påföljder.

### Villkorlig dom

Domstolen får döma till villkorlig dom för ett brott där påföljden inte bedöms kunna stanna vid böter.<sup>77</sup> Villkorlig dom är alltså istället för fängelse. Den som dömts till villkorlig dom har en prøvotid på två år utan övervakning.<sup>78</sup> Villkorlig dom får förenas med bland annat:

- dagsböter
- samhällstjänst (om den tilltalade samtycker)
- arbete för att begränsa en skada som den dömda bidragit till genom brottet.<sup>79</sup>

### Skyddstillsyn

Skyddstillsyn är en påföljd som utdöms istället för fängelse. Domstolen får döma till skyddstillsyn för ett brott där påföljden inte bedöms kunna stanna vid böter.<sup>80</sup> Skyddstillsyn ska, till skillnad från villkorlig dom, vara förenad med övervakning.<sup>81</sup> Skyddstillsynen innebär en prøvotid på tre år och övervakning av frivården under minst ett år.<sup>82</sup>

Skyddstillsyn får förenas med bland annat:

- dagsböter
- samhällstjänst (om den tilltalade samtycker)
- fängelse
- särskild behandlingsplan (kontraktsvård)<sup>83</sup>

Om det behövs för att minska risken att den som står under övervakning begår nya brott eller för att på annat sätt underlätta hans eller hennes anpassning i samhället, får även Kriminalvården besluta om en särskild föreskrift som ska följas av den övervakade. En sådan föreskrift kan exempelvis avse deltagande i återfallsförebyggande eller missbruksrelaterad programverksamhet, missbruksvård, psykiatrisk vård eller annan behandling eller skyldighet att lämna olika prover för kontroll av att den övervakade inte är påverkad av alkohol eller andra beroendeframkallande medel.<sup>84</sup>

<sup>76</sup> Se Brottsförebyggande rådets statistik, tabell 440, lagföringsbeslut efter huvudpåföljd och den lagförda personens ålder, 2018.

<sup>77</sup> Se 27 kap. 1 § BrB.

<sup>78</sup> Se 27 kap. 3–4 §§ BrB.

<sup>79</sup> Se 27 kap. 2 §, 2 a § och 5 § BrB.

<sup>80</sup> Se 28 kap. 1 § BrB.

<sup>81</sup> Se 28 kap. 5 § BrB.

<sup>82</sup> Se 28 kap. 4 § och 5 § andra stycket BrB.

<sup>83</sup> Se 28 kap. 2 §, 2 a §, 3 § och 6 b § BrB.

<sup>84</sup> Se 26 kap. 16 § BrB.



## Kontraktsvård

Skyddstillsyn med särskild behandlingsplan (så kallad kontraktsvård) kan bli aktuellt för den som har någon typ av beroende, till exempel av alkohol eller narkotika. Det måste också finnas ett samband mellan brottet och missbruket eller beroendet. Den tilltalade måste också förklara sig villig att gå igenom lämplig behandling.<sup>85</sup>

## Samhällstjänst

Samhällstjänst är en påföljd som innebär att den som dömts för ett brott får utföra oavlönat arbete. Samhällstjänst utdöms i kombination med villkorlig dom eller skyddstillsyn och förutsättningen är att den tilltalade förklarar sig villig att utföra sådant arbete.<sup>86</sup>

## Fängelse

Fängelse kan dömas ut på viss till eller livstid. Fängelse på viss tid får inte understiga 14 dagar.<sup>87</sup> För brott som någon har begått innan hen fyllt 18 år får domstol döma till fängelse endast om det finns synnerliga skäl.<sup>88</sup> I dessa fall ska domstolen i första hand bestämma påföljden till slutet ungdomsvård.<sup>89</sup>

Kriminalvården ansvarar för att anstaltsorganisationen är utformad så att den dels tillgodoser olika behov av övervakning och kontroll, dels tillgodoser de intagnas behov av sysselsättning samt främjar en ändamålsenlig planering av de intagnas frigivning.<sup>90</sup>

---

<sup>85</sup> Se 30 kap. 9 § andra stycket 3 och 28 kap. 6 b § BrB.

<sup>86</sup> Se 27 kap. 2 a § och 28 kap. 2 a § BrB.

<sup>87</sup> Se 26 kap. 1 § BrB.

<sup>88</sup> Se 30 kap. 5 § BrB.

<sup>89</sup> Se 32 kap. 5 § BrB.

<sup>90</sup> Se 3 § förordning (2007:1172) med instruktion för Kriminalvården.

# Resultat

I de kommande tre resultatkapitlen presenteras empiri från fyra olika datainsamlingar.

De två första kapitlen ingår i delstudie 1. Det första kapitlet är en registerstudie där elva nationella register samkörts för alla barn och unga vuxna 15–20 år som lagfördes för narkotikabrott under 2017. I det efterföljande kapitlet presenteras en aktstudie som är en fördjupning kring socialtjänstens roll och insatser för att fånga upp barn i åldrarna 15–17 år som lagfördes för narkotikabrott. Urvalet av akter är baserat på unga från registerstudien. Delstudiens olika frågeställningar presenteras i anslutning till de olika resultatdelarna.

Det sista kapitlet är delstudie 2. Först sammanfattas resultat från delstudiens första fas. År 2019 genomfördes en kartläggning av samverkansformer som bidrar till att uppmärksamma barn och unga vuxna åldrarna 15–20 år som använt narkotika. Av kartläggningen framkom att en central aktör är de så kallade Mariamottagningarna (Mini-Maria) eller liknande lokala varianter som ofta ansvarar för innehållet i de påverkansprogram som erbjuds barn som lagförts för narkotikabrott. Andra fasen i delstudie två är ett lärande exempel som beskriver Mariamottagningar och deras arbetssätt för att fånga upp unga med begynnande substansbruksproblem.

# Delstudie 1: Resultat från registerstudien

## Introduktion till registerstudien

I registerstudien presenteras resultat från elva nationella register som samkörts för att besvara frågeställningarna 1 och 5a (se bilaga 1). Redovisningen av registerstudien är indelad i två större avsnitt.

Det första avsnittet fokuserar huvudsakligen på tiden fram till och med urvalsåret 2017. Först beskrivs urvalsåret och därefter presenteras brottsligheten utifrån de fyra delgrupper som studiepopulationen delats in i. Därefter följer ett avsnitt om vilka rättsliga reaktioner som studiepopulationen fick för urvalsåret. Det första avsnittet avslutas med en beskrivning av studiepopulationens karaktäristika enligt frågeställning 1.

I det andra avsnittet *Hur gick det sen?* presenteras resultat om återfall i nya brott (frågeställning 5a), psykisk ohälsa enligt ett antal diagnoser och läkemedel samt dödsorsaker under uppföljningsperioden fram till år 2020.

## Frågeställningar i registerstudien

1. Vad karaktäriserar individerna (kön, kriminalitet, ekonomi, psykisk sjukdom/ohälsa, utbildning, födelseland och familjebakgrund) i de två grupperna 15–17 år respektive 18–20 år som blir lagförda för brott mot NSL?
- 5a. Är det någon skillnad i återfallsfrekvens i kriminalitet inom studiepopulationen?

## Studiepopulationen

Studiepopulationen består av samtliga 15–20-åringar som år 2017 lagfördes<sup>91</sup> för brott mot NSL, vilket omfattar 6 125 personer eller knappt 1 procent av alla 15–20-åringar i befolkningen detta år. Den övervägande majoriteten var pojkar eller unga män. Knappt 12 procent var flickor eller unga kvinnor.

Urvalsåret (2017) är valt för att ge möjlighet till uppföljning av fortsatt kriminalitet (lagföringar) och missbruk (vård för diagnoser relaterade till missbruk). Uppföljningsperioden sträcker sig från den första lagföringen år 2017 där brott mot NSL ingår (urvalsåret) till och med utgången av år 2020.

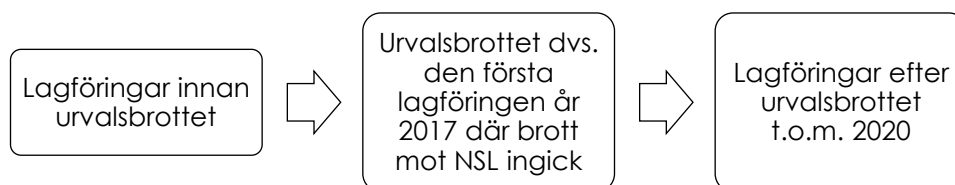
Eftersom studien gjort ett nedslag 2017 betyder det att studiepopulationen är heterogen med avseende på tidigare lagföringar. För att kunna synliggöra eventuella likheter och skillnader inom studiepopulationen som kan förklara resultaten beskrivs studiepopulationen i fyra delgrupper: debutlagförda respektive tidigare lagförda, med respektive utan andra typer av brott än mot

---

<sup>91</sup> Med lagföringsbeslut avses fällande dom i tingsrätten, godkänt straffreläggande och åtalsunderlåtelse. Se [www.bra.se](http://www.bra.se)

NSL. I indelningen inkluderas både den tidigare brottsligheten och urvals-  
brottet.

**Figur 2. Konceptuell modell**



### *Avgränsning*

Resultaten i detta avsnitt baseras på uppgifter från nationella register. Ungefär 6 procent i studiepopulationen (motsvarande 363 personer) saknade giltigt personnummer. Dessa ingår bara i de delar som rör lagföringen vid urvalsbrottet. I övriga delar ingår bara personer med giltigt personnummer (5 762 personer) eftersom detta krävs för att knyta samman registeruppgifter och för att kunna följa personer över tid. Uppföljningen efter urvalsbrottet har också avgränsats till folkbokförda personer. Personer som utvandrat eller avlidit under uppföljningstiden har uteslutits ur studiepopulationen, eller följts till dess att de lämnat populationen. En mer detaljerad beskrivning av studiens genomförande finns i bilaga 1.

### *Två delpopulationer – barn och unga vuxna*

I redovisningen har studiepopulationen delats in i barn (15–17 år) och unga vuxna (18–20 år). Uppdelningen har gjorts mot bakgrund av att både påföljdssystemet, hälso- och sjukvårdssystemet och socialtjänstens insatser och organisation skiljer sig åt med avseende på ålder (se avsnittet Påföljdssystemet för barn och unga). Barnpopulationen omfattade 2 017 personer, varav 258 flickor och 1 759 pojkar. Unga vuxna omfattade 4 108 personer, varav 457 kvinnor och 3 651 män. Andelen flickor respektive kvinnor var alltså något högre i den yngre åldersgruppen än i den äldre åldersgruppen, 13 procent respektive 11 procent (tabell 1).

**Tabell 1. Barn och unga vuxna lagförda för brott mot NSL år 2017**

Barn (15–17 år) och unga vuxna (18–20 år) som lagfördes för brott mot NSL 2017, fördelat efter kön och ålder. Antal respektive procent.

Antal	Barn				Unga vuxna			
	15 år	16 år	17 år	15–17 år	18 år	19 år	20 år	18–20 år
Flickor/Kvinnor	39	97	122	258	146	159	152	457
Pojkar/Män	266	605	888	1 759	1 101	1 220	1 330	3 651
<b>Total</b>	<b>305</b>	<b>702</b>	<b>1 010</b>	<b>2 017</b>	<b>1 247</b>	<b>1 379</b>	<b>1 482</b>	<b>4 108</b>

Procent	Barn				Unga vuxna			
	15 år	16 år	17 år	15–17 år	18 år	19 år	20 år	18–20 år
Flickor/Kvinnor	13	14	12	13	12	12	10	11
Pojkar/Män	87	86	88	87	88	88	90	89
<b>Summa</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

## Urvalsbrottet

### Ringa narkotikabrott i nästan samtliga fall

Brott mot NSL omfattar bland annat att olovligen överlåta narkotika, framställa narkotika för missbruk, förvärva narkotika i överlåtelssyfte, anskaffa, sälja eller inneha narkotika, och graderas utifrån brottets art i ringa narkotikabrott, narkotikabrott av normalgraden, grovt narkotikabrott eller synnerligen grovt narkotikabrott.<sup>92</sup> Vid grov oaktsamhet kan man dömas för vårdslöshet med narkotika.<sup>93</sup> Merparten av NSL-brotten (urvalsbrottet) i studiepopulationen var för det allra mesta av ringa grad, 97 procent bland barn 15–17 år och 93 procent bland unga vuxna 18–20 år och avsåg bruk eller innehav för eget bruk (97 %) (se tabell B5, bilaga 4).<sup>94</sup>

En lagföring kan omfatta ett eller flera brott begångna vid samma eller olika tidpunkter och det kan röra sig om flera narkotikabrott eller narkotikabrott tillsammans med andra typer av brott.

I mer än hälften av fallen omfattade lagföringen urvalsbrottet ensamt (59 % bland barn och 54 % bland unga vuxna). I en knapp fjärdedel av fallen omfattade lagföringen två brott och i ungefär en femtedel av fallen omfattade lagföringen tre eller fler brott. För en liten grupp unga (1 % bland barn och 2 % bland unga vuxna) omfattade lagföringen tio eller fler brott (visas ej i tabell). För 72 procent av 15–17-åringarna och 70 procent av 18–20-åringarna ingick andra typer av brott än NSL-brott i lagföringen (se tabell B5, bilaga 4).

### Regionala skillnader

Omkring en fjärdedel av samtliga 15–20-åringar som lagfördes 2017 var folkbokförda i Stockholms län, följt av Västra Götaland (17 %) och Skåne (13 %), (visas ej i tabell). I förhållande till befolkningsstorleken i respektive län (se figur B4, bilaga 4) var dock andelen lagförda högst på Gotland, både bland 15–17-åringar (906 per 100 000 invånare) och bland 18–20-åringar (1 939 per 100 000 invånare). Bland 15–17-åringar följdes Gotland av Västertobottens, Stockholms och Södermanlands län, och bland 18–20-åringar av Södermanlands och Stockholms län. Sammantaget (riket) lagfördes 617 per 100 000 invånare (0,6 %) bland 15–17-åringar och 1 257 per 100 000 invånare (eller 1,3 %) bland 18–20-åringar. I de län som hade de högsta andelarna lagförda för NSL-brott var andelen omkring tre gånger så hög som i länen med lägst andel.

### *Betydligt fler lagförda pojkar*

Generellt är andelen lagförda pojkar och unga män betydligt högre än andelen lagförda flickor och unga kvinnor. De regionala mönstren skiljer sig dock något åt mellan könen. Bland 15–17-åringarna hade pojkar i Stockholms län den högsta andelen lagförda jämfört med övriga län, medan flickor i Stockholms län hade en jämförelsevis låg andel lagförda jämfört med övriga län (se figur B5A, bilaga 4). Andelen lagförda flickor var mer än tre gånger så

<sup>92</sup> Se 1–3 §§ NSL.

<sup>93</sup> Se 3 a § LUL.

<sup>94</sup> Se prop. 1992/93:142.

hög på Gotland som i Stockholms län. Kronobergs län hade den lägsta andelen NSL-lagförda pojkar och en genomsnittlig andel NSL-lagförda flickor. Dalarna hade den lägsta andelen NSL-lagförda flickor i åldern 15–17 år. Bland 18–20-åringar hade Dalarna den lägsta andelen NSL-lagförda unga män och unga kvinnor (se figur B5B, bilaga 4).

## Debutanter och tidigare lagförda

Studiepopulationen är som tidigare nämnts heterogen vad gäller tidigare brottslighet och kan bäst beskrivas genom att delas in i fyra delgrupper: debutlagförda respektive tidigare lagförda, med respektive utan andra typer av brott än mot NSL.

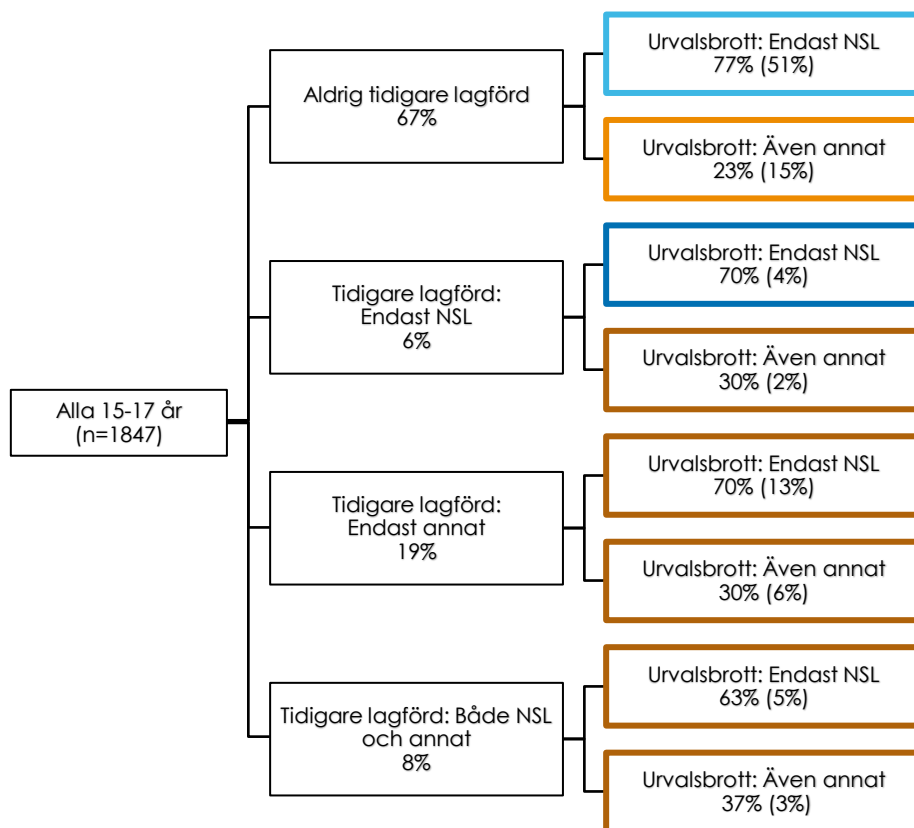
	<b>Debutlagförda</b>	<b>Tidigare lagförda</b>
<b>Endast NSL</b>	Urvalsbrottet omfattar första lagföringen dittills. Denna lagföring innehöll bara brott (ett eller flera) mot NSL.	Lagförd minst en gång tidigare. Tidigare lagföringar och lagföringen vid urvalsbrottet innehöll bara brott (ett eller flera) mot NSL.
<b>Även andra typer av brott</b>	Urvalsbrottet var den första lagföringen dittills. Denna lagföring innehöll minst ett brott mot NSL (som huvudbrott eller bibrott) samt minst ett brott av annan typ än mot NSL.	Lagförd minst en gång tidigare. Tidigare lagföringar och/eller lagföringen vid urvalsbrottet innehöll även andra typer av brott än mot NSL.

I figurerna nedan (figur 3A och 3B) har studiepopulationen delats in med avseende på NSL-brott i både urvalsbrottet och i tidigare lagföringar. I den första kolumnen redovisas tidigare lagföringar med och utan brott mot NSL. I den andra kolumnen har lagföringarna delats in vidare efter lagföringen vid urvalsbrottet så att det framgår om den omfattade andra brott än mot NSL. Procentsiffran inom parentes anger hur stor respektive grupp är, med hänsyn både till tidigare lagföringar och till lagföringen vid urvalsbrottet. Färgen på rutorna markerar den delgruppsindelning som används vid beskrivning av studiepopulationens karaktäristika (enligt frågeställning 1) och uppföljningen tiden efter urvalsbrottet, bland annat återfall i nya brott (frågeställning 5a). Summan av andelarna inom parentes utgör andelen som ingår i respektive delgrupp.

Den största delgruppen bland 15–17-åringar utgjordes av debutlagförda med enbart NSL-brott (ljusblå ruta figur 3A: 51 %). Bland 18–20-åringarna var den största delgruppen tidigare lagförda, där även andra brott än mot NSL hade förekommit (summan av de bruna rutorna figur 3B: 49 %).

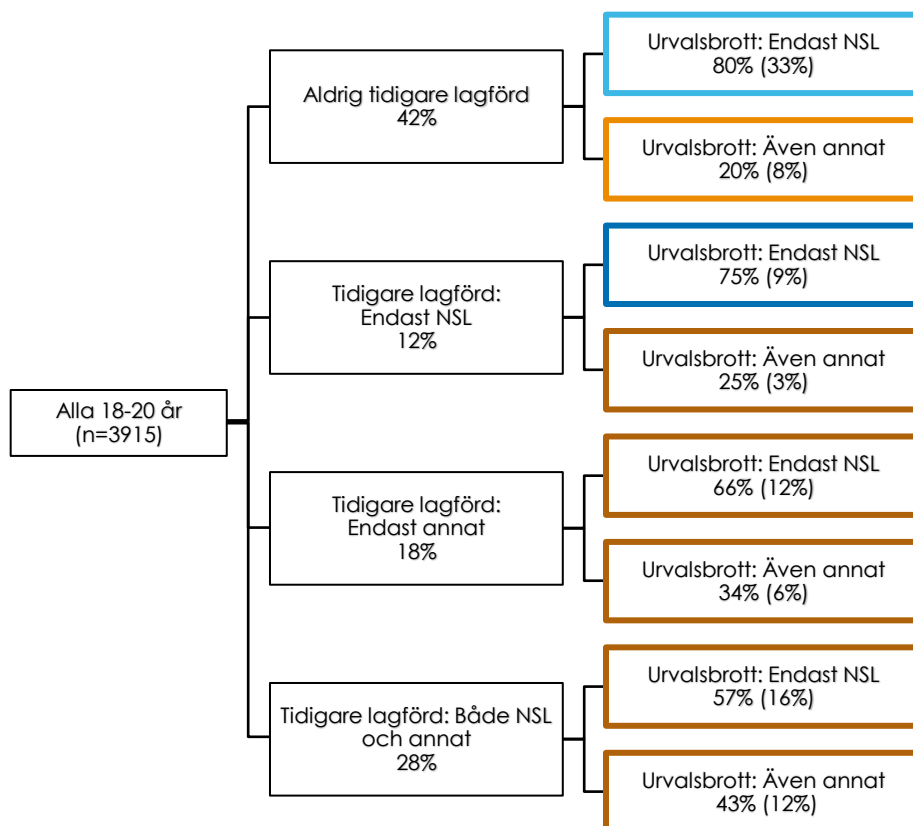
### Figur 3A. Tidigare lagföringar med och utan brott mot NSL – 15–17 år.

Barn (15–17 år) som lagfördes för brott mot NSL 2017, fördelat efter förekomst av tidigare lagföringar och andra brottstyper än NSL. Endast personer med giltiga personnummer. Procent.



**Figur 3B. Tidigare lagföringar med och utan brott mot NSL – 18–20 år.**

Unga vuxna (18–20 år) som lagfördes för brott mot NSL 2017, fördelat efter förekomst av tidigare lagföringar och andra brottstyper än NSL. Endast personer med giltiga personnummer. Procent.



### Majoriteten inte tidigare lagförd för narkotikabrott

För två tredjedelar (67 %) av 15–17-åringarna var urvalsbrottet deras första lagföring dittills, det vill säga deras debutlagföring (figur 3A). En tredjedel hade lagförts tidigare,<sup>95</sup> varav några (14 %) för narkotikabrott. För 86 procent var urvalsbrottet alltså deras första NSL-brott.

För 42 procent av 18–20-åringarna var urvalsbrottet deras debutlagföring (figur 3B). Majoriteten hade alltså lagförts tidigare (58 %), varav det för 40 procent inkluderat narkotikabrott. Därmed var urvalsbrottet det första NSL-brottet för 60 procent av 18–20-åringarna.

Bland debutlagförda omfattade lagföringen oftast endast NSL-brott, både bland 15–17-åringar och bland 18–20-åringar (77 % respektive 80 %). Ingen annan brottslighet ingick alltså i lagföringen vid urvalsbrottet.

Bland de tidigare lagförda var förhållandet omvänt, det vill säga andra typer av brott hade oftast förekommit i den aktuella lagföringen eller i tidigare lagföringar (bruna rutor i figuren). Då andra typer av brott var huvudbrott, det vill säga var av allvarligare art än det aktuella NSL-brottet, rörde det sig

<sup>95</sup> Observera att även 15-åringar kan vara lagförda före urvalsbrottet (det första NSL-brottet år 2017), antingen om de lagfördes år 2016, då de var 15 år, eller om de lagfördes för andra brott än mot NSL år 2017.



främst om brott som finns beskrivna i brottsbalken, där stöld, rån och tillgrepp var vanligast, följt av brott mot liv och hälsa. För unga vuxna 18–20 år var även trafikbrott relativt vanliga.

### *Fler flickor och unga kvinnor bland de debutlagförda*

I den yngre åldersgruppen var debutlagföringar vanligare bland flickorna (74 %) än bland pojkarna (65%), se tabell B6A, bilaga 4. Skillnaden mellan könen var mindre i den äldre åldersgruppen, drygt hälften av de unga kvinnorna (53 procent) jämfört med 40 procent av de unga männen (se tabell B6B, bilaga 4). Bland flickor och unga kvinnor (66 % respektive 56 %) omfattade lagföringarna enbart narkotikabrott jämfört med pojkarna och de unga männen (54 % respektive 41 %).

## Rättsliga reaktioner

### De yngre får oftast rättslig reaktion med vårdinsats

Majoriteten (68 %) av barnen 15–17 år fick en rättslig reaktion med vårdinsats (tabell 2). Straffvarning eller böter var de vanligaste rättsliga reaktionerna för barn 15–17 år som lagfördes för narkotikabrott år 2017 (33 % respektive 32 %). Drygt en fjärdedel dömdes till ungdomsvård (27 %), medan ungdomstjänst förekommer mer sällan (7 %). En mindre andel av 15–17-åringarna dömdes till andra påföljder, där även vårdinsats kan ingå. Gruppen övriga påföljder (drygt 1 %) inkluderar sluten ungdomsvård, villkorlig dom, skyddstillsyn, samhällstjänst och fängelse (se tabell B7A, bilaga 4). Samtliga dessa påföljder utdöms av domstol.

**Tabell 2. Rättsliga reaktioner med respektive utan vårdinsats – barn**

Rättsliga reaktioner bland barn (15–17 år) som lagfördes för brott mot narkotikastrafflagen (NSL) 2017 (urvalsbrottet), fördelat efter ålder. Procent.

Barn	15 år	16 år	17 år	15–17 år
<i>Utan vårdinsats</i>				
Straffreläggande: Bot	16	15	18	17
Domslut: Bot	10	14	18	15
<i>Med vårdinsats</i>				
Straffvarning	45	33	30	33
Ungdomsvård	26	30	26	27
Ungdomstjänst	4	7	8	7
Övrigt	0	1	1	1
Summa	100	100	100	100
<b>Antal (n)</b>	<b>305</b>	<b>702</b>	<b>1 010</b>	<b>2 017</b>

### *Ungdomsvård vanligaste påföljden när andra brott ingick*

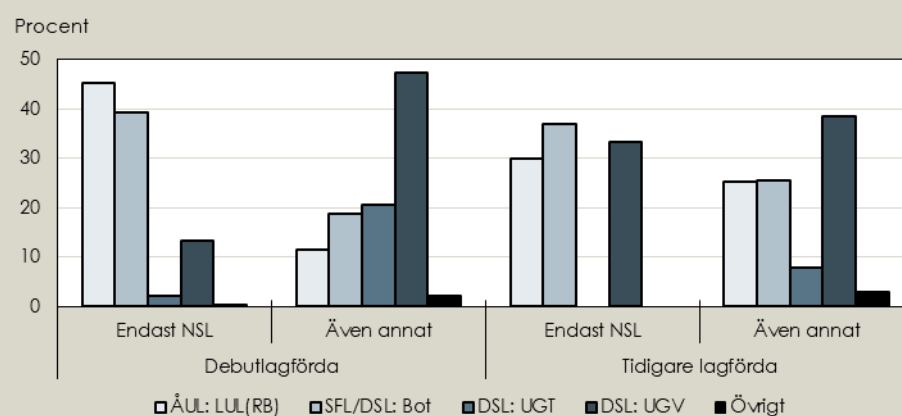
Bland de 15–17-åringar som lagförts tidigare för brott mot NSL (figur 4: Tidigare lagförda, Endast NSL) var ungdomsvård vanligare jämfört med de som debutlagfördes med enbart NSL-brott (Debutlagförda, Endast NSL), 33 procent jämfört med 13 procent. Ungdomsvård var dock vanligast bland debutlagförda med även annan brottslighet än brott mot enbart NSL (47 %).

Att ungdomsvård inte var lika vanligt bland tidigare lagförda med annan brottslighet än mot NSL, som det var bland debutlagförda med annan brottslighet, beror på att den lagföring som omfattar urvalsbrottet ibland enbart gällde brott mot NSL. När debutlagförda och tidigare lagförda jämförs med avseende på huruvida urvalsbrottet var ett huvudbrott eller bibrott var ungdomsvård något vanligare bland tidigare lagförda än bland debutlagförda, 57 procent jämfört med 53 procent (figur B6, bilaga 4).

Straffvarning var den vanligaste rättsliga reaktionen för 15–17-åringar som debutlagfördes för enbart narkotikabrott (45 %), se figur 4. Näst vanligast var bötesstraff (39 %) och ungdomsvård (13 %). Ett fåtal fick påföljden ungdomstjänst (2 %). För de 15–17-åringar som debutlagfördes, och där även andra brott än enbart mot NSL ingick i lagföringen, var ungdomsvård (47 %) och ungdomstjänst (20 %) de vanligaste påföljderna. Knappt en femtedel fick böter (19 %) och en dryg tiondel fick straffvarning (11 %).

**Figur 4. Rättsliga reaktioner för 15-17-åringar**

Andel som fått olika rättsliga reaktioner\* fördelat efter brottsgrupper. Barn (15-17 år) lagförda för brott mot NSL år 2017.



\* ÅUL: LUL (RB) – Åtalsunderlåtelse Lagen om unga lagöverträdare, Rättegångsbalken. SFL/DSL: Bot – Straffreläggande/Domslut böter. DSL: UGT: Domslut ungdomstjänst. DSL: UGV: Domslut ungdomsvård.

### *Straffvarning vanligare för flickor än för pojkar*

Straffvarning eller böter var den dominerande rättsliga reaktionen för 15–17-åringar när narkotikabrott var huvudbrott. Bland pojkar var dessa ungefär lika vanliga, straffvarning i knappt 38 procent av fallen och böter i drygt 38 procent av fallen. Bland flickor var straffvarning vanligare än böter, 54 procent jämfört med 30 procent (se figur B7, bilaga 4). Även när man jämförde 15–17-åringar som enbart lagförts för ringa narkotikabrott, och tog hänsyn till olika bakgrundsfaktorer, fick flickor oftare än pojkar rättsliga reaktioner med vårdinsats (se tabell B8, bilaga 4).

När NSL-brottet var ett bibrott i lagföringen var ungdomsvård den vanligaste påföljden bland 15–17-åringar, i 53 procent av fallen bland pojkar och i 62 procent av fallen bland flickor. Ungdomstjänst var en vanligare påföljd bland pojkar än bland flickor, 23 procent jämfört med 11 procent (se figur B7, bilaga 4).

## Unga vuxna fick ofta böter

Generellt är bötesstraff den vanligaste rättsliga reaktionen för unga vuxna som lagförs för narkotikabrott (tabell 3). Tre fjärdedelar av de unga vuxna 18–20 år fick böter, lika ofta genom strafföreläggande (37 %) som genom domslut (37 %). De vanligaste rättsliga reaktionerna därefter var åtalsunderlåtelse (7 %), skyddstillsyn (7 %), fängelse (5 %) och villkorlig dom (3 %). Gruppen övriga påföljder (3 %) inkluderar ungdomsvård, ungdomstjänst, slutet ungdomsvård och rättspsykiatrisk vård (se tabell B7B, bilaga 4). Samtliga dessa påföljder utdöms av domstol.

**Tabell 3. Rättsliga reaktioner med resp. utan vårdinsats – unga vuxna**

Rättsliga reaktioner bland unga vuxna (18–20 år) som lagfördes för brott mot narkotikastrafflagen (NSL) 2017 (urvalsbrottet), fördelat efter ålder. Procent.

Unga vuxna	18 år	19 år	20 år	18–20 år
<b>Utan vårdinsats</b>				
Strafföreläggande: Bot	40	38	35	38
Domslut: Bot	31	40	40	37
<b>Med vårdinsats</b>				
Åtalsunderlåtelse	10	6	6	7
Skyddstillsyn	5	8	9	7
Fängelse	3	4	7	5
Villkorlig dom	2	4	4	3
Övrigt	9	1	0	3
<b>Summa</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Antal (n)</b>	<b>1 247</b>	<b>1 379</b>	<b>1 482</b>	<b>4 108</b>

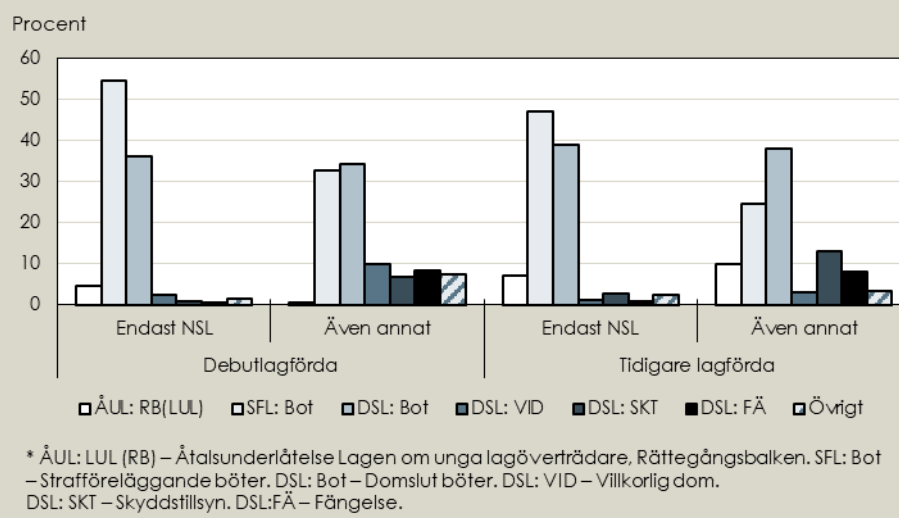
### *Böter dominerar oavsett tidigare lagföring*

Bland unga vuxna 18–20 år som debutlagfördes för enbart NSL-brott var bötesstraff den huvudsakliga rättsliga reaktionen (90 %), varav majoriteten gavs som strafföreläggande (54 %). Detsamma gällde dem som var tidigare lagförda för enbart NSL-brott, 86 procent fick bötesstraff varav 47 procent var strafföreläggande (figur 5).

Andra rättsliga reaktioner än böter förekom främst bland dem som lagfördes eller var lagförda för andra brott än mot NSL. Bland debutlagförda med andra brott hade 10 procent fått villkorlig dom, 8 procent fått fängelse och 7 procent fått skyddstillsyn. Bland tidigare lagförda, där andra brott hade förekommit, hade 13 procent fått skyddstillsyn, 8 procent fått fängelse och 3 procent fått villkorlig dom (figur 5).

**Figur 5. Rättsliga reaktioner för 18-20-åringar**

Andel som fått olika rättsliga reaktioner\* fördelat efter brottsgrupper. Unga vuxna (18-20 år) lagförda för brott mot NSL år 2017.



### Andra rättsliga reaktioner än böter ovanligt bland unga kvinnor

Böter var, som nämnts ovan, den i särklass vanligaste rättsliga reaktionen för unga vuxna 18–20 år som enbart dömts för narkotikabrott. Böter var något vanligare bland unga kvinnor än bland unga män. När NSL-brottet var huvudbrott fick 88 procent av de unga kvinnorna böter jämfört med 81 procent av de unga männen (se figur B9, bilaga 4). Den näst vanligaste var åtalsunderlåtelse, vilket 8 procent av de unga männen fick och 7 procent av de unga kvinnorna. Unga män fick något oftare än kvinnor andra påföljder än dessa, som skyddstillsyn (4 % jämfört med 1 %), villkorlig dom (2 % jämfört med 1 %) eller fängelse (2 % jämfört med 1 %). Eftersom förekomsten av andra rättsliga reaktioner än böter och åtalsunderlåtelse var så ovanliga bland unga kvinnor rör det sig om en relativt liten grupp till antalet, sammantaget 39 av totalt 457, som lagfördes för brott mot NSL år 2017.

Även då NSL-brottet var bibrott var böter (strafföreläggande eller domslut) vanligare bland unga kvinnor än bland unga män, 53 procent jämfört med 42 procent (se figur B9, bilaga 4). Näst efter böter var skyddstillsyn den vanligaste påföljden bland dem som hade ett annat huvudbrott än brott mot NSL. En dryg femtedel av gruppen unga kvinnor (24 %) och gruppen unga män (22 %) tilldömdes skyddstillsyn. Fängelse var betydligt vanligare bland unga män än bland unga kvinnor, 19 procent jämfört med 2 procent.

### Flera riskfaktorer kännetecknande för gruppen

#### Många saknade gymnasiebehörighet

Bland 15–17-åringarna hade 48 procent gymnasiebehörighet (tabell B9, bilaga 4). Bland 18–20-åringarna var andelen lite högre, 55 procent (tabell

B11, bilaga 4). Andelen som hade gymnasiebehörighet var högre bland dem som lagförts endast för NSL-brott, både bland debutlagförda och tidigare lagförda. Bland 15–17-åringarna skilde det cirka 15 procentenheter mellan grupperna. Exempelvis hade 54 procent av de debutlagförda med enbart NSL-brott gymnasiebehörighet jämfört med 39 procent av dem för vilka andra brott ingått i lagföringen.

Andelen med gymnasiebehörighet var lika hög bland pojkar som bland flickor, 48 procent. De med enbart brott mot NSL hade högre andel behöriga till gymnasiet än de som också begått andra typer av brott. Bland 18–20-åringar hade unga kvinnor något en högre andel med gymnasiebehörighet än unga män, 60 procent jämfört med 55 procent.

### *Hög andel fått vård för psykiatriska eller neuropsykiatriska tillstånd*

Jämfört med övriga jämnåriga hade en högre andel i studiepopulationen haft kontakt med hälso- och sjukvården för bedömning och behandling av psykiska sjukdomstillstånd, för neuropsykiatriska tillstånd och för läkemedelsbehandling, det gällde särskilt för flickorna och de unga kvinnorna (se även figur 17 och 18 i avsnittet *Psykiatriska diagnoser och läkemedel sammantaget*).

Drygt en femtedel av flickorna och en tredjedel av de unga kvinnorna hade, innan de lagfördes för något narkotikabrott, haft en vårdkontakt relaterat till ångestproblem. Var tionde flicka och var femte ung kvinna hade haft en vårdkontakt för depression (tabell B13, bilaga 4). Bland pojkar och unga män var andelen betydligt lägre. Drygt 3 procent av pojkarna och omkring 4 procent av de unga männen hade haft en vårdkontakt till följd av depression, och för en något högre andel var vårdkontakten relaterad till ångestproblem, (4 % av pojkarna och 6 % av de unga männen).

Neuropsykiatriska tillstånd var betydligt vanligare i studiepopulationen än bland jämnåriga i övriga befolkningen, särskilt bland flickor och unga kvinnor. Omkring 35 procent av flickorna i åldersgruppen 15–17 år och drygt 30 procent av de unga kvinnorna 18–20 år hade, innan de för första gången lagfördes för narkotikabrott, haft en vårdkontakt relaterad till adhd. Motsvarande andel var omkring 20 procent av pojkarna liksom av de unga männen. (tabell B13, bilaga 4).

Andelen som använde adhd-läkemedel var högst bland både flickor och pojkar i åldrarna 15–17 år som var tidigare lagförda (före vårt urvalsbrott) för andra brott utöver narkotikabrott. I den gruppen (unga 15–17 år) hade omkring 30 procent av flickorna och 20 procent av pojkarna hämtat ut adhd-läkemedel under 2017. Det innebär att deras användning då var flerfaldigt högre än bland jämnåriga i övriga befolkningen (se tabell B14B och B15B, bilaga 4 samt figur 19 och 20 i avsnittet *Adhd-läkemedel minskade medan annan psykofarmaka ökade med stigande ålder*).

### *Hög andel hade tidigare vårdkontakt för alkohol- eller narkotikaproblem*

En stor andel i studiepopulationen, jämfört med jämnåriga i befolkningen, hade haft en vårdkontakt inom hälso- och sjukvården (slutenvård eller specialiserad öppenvård) med en alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos (se även avsnittet *Tiden före och efter urvalsbrottet*).

En dryg tiondel av flickorna och de unga kvinnorna (9 % respektive 16 %) hade haft en vårdkontakt med hälso- och sjukvården relaterat till narkotikaproblem och en något lägre andel för alkoholproblem (8 % respektive 13 %) innan de för allra första gången lagfördes för narkotikabrott. Bland pojkarna och de unga männen hade 6 respektive 7 procent haft vårdkontakt för narkotikarelaterade problem och 2 respektive 5 procent för alkoholproblem (se tabell B13, bilaga 4).

### *Placerade i samhällsvård före tonåren*

Andelen som varit placerad i heldygnsvård av socialtjänsten enligt SoL eller LVU före tonåren (0–12 år) var högre bland dem som begått andra brott än brott mot enbart NSL (se tabell B9 och B11, bilaga 4). Både i den yngre och i den äldre åldersgruppen tidigare lagförda, som begått andra brott än brott mot NSL, hade drygt 10 procent varit placerade i heldygnsvård före 13 års ålder. I dessa grupper var också andelen, vars mödrar haft långvarigt försörjningsstöd under deras uppväxt, som högst.

Bland flickor och unga kvinnor var det något vanligare att ha varit heldygnsplacerad före tonåren (0–12 år) än det var bland pojkar och unga män (se tabell B10A-B och B12A-B, bilaga 4). Högst var andelen bland unga kvinnor som var tidigare lagförda och som enbart begått brott mot NSL. Av dem hade 15 procent varit placerade före tonåren. Bland unga män som debutlagförts med enbart NSL-brott hade 4 procent varit placerade före tonåren.

### *Var tionde från familjer med långvarigt försörjningsstöd*

Sammantaget i hela studiepopulationen hade ungefär var tionde individ (12 % bland 15–17-åringar och 10 % bland 18–20-åringar) mödrar som haft långvarigt försörjningsstöd under deras uppväxt (12–14 år) (se tabell B9 och B11, bilaga 4). Flickor och unga kvinnor kom något oftare än pojkar och unga män från hem med långvarigt försörjningsstöd under uppväxten (12–14 år) (se tabell B10A-B och B12A-B, bilaga 4).

### *Föräldrars lagföringar*

Cirka 12 procent av hela studiepopulationen hade fäder som någon gång dömts till fängelse (se tabell B9 och B11, bilaga 4). Knappt 35 procent av fäderna och 14 procent av mödrarna hade fått någon rättslig reaktion inklusive böter. I totalsiffran 12 procent ingår dock även de för vilka det saknas uppgift om far och/eller mor, vilket gör att andelen underskattas något. Generellt var antalet rättsliga reaktioner bland föräldrarna högre i grupperna barn/unga som var tidigare lagförda och där andra brott än enbart brott mot NSL ingick. Mönstret var dock inte helt entydigt.

## *Svensk bakgrund vanligare bland flickor och unga kvinnor än bland pojkar och unga män*

Merparten av studiepopulationen var född och uppvuxen i Sverige, 78 procent av 15–17-åringarna och 76 procent av 18–20-åringarna (se tabell B9 och B11, bilaga 4). Motsvarande andel bland jämnåriga i övriga befolkningen var 83 procent respektive 80 procent (visas ej i tabell). Utländsk bakgrund, det vill säga att båda föräldrarna var födda utomlands, hade 37 procent av 15–17-åringarna och 40 procent av 18–20-åringarna. Av dessa barn och unga var omkring två femtedelar själva födda i Sverige.

Det syns dock en skillnad mellan könen i vår studiepopulation, där fler flickor och unga kvinnor hade svensk bakgrund jämfört med pojkarna och de unga männen. Bland 15–17-åringarna hade 60 procent av pojkarna svensk bakgrund jämfört med 80 procent av flickorna. Skillnaden var något större bland 18–20-åringarna, där 57 procent av de unga männen hade svensk bakgrund jämfört med 80 procent av de unga kvinnorna (se tabell B10A-B och B12A-B, bilaga 4).

Utländsk bakgrund var något vanligare i de grupper där andra brott än brott mot NSL hade förekommit. Skillnaden var störst bland tidigare lagförda 18–20-åringar, där 26 procent av dem som enbart begått NSL-brott hade utländsk bakgrund jämfört med 46 procent av dem som även hade begått andra brott.

## Hur gick det sen

I detta avsnitt presenteras först resultat för återfall i brott separat för de båda åldersgrupperna barn respektive unga vuxna, uppdelat i de fyra delgrupperna. Där presenteras återfall i nya brott, hur många nya brott som begicks, tid fram till nya brott, könsskillnader och slutligen återfall relaterat till vissa diagnoser. Därefter följer resultat från en multivariat analys om återfallsrisker. Avsnittet avslutas med resultat av en uppföljning över tid av barns och unga vuxnas psykiska ohälsa utifrån måtten narkotikarelaterade och psykiatriska diagnoser och läkemedelsanvändning. Sist anges dödsorsaker.

## En majoritet av barnen lagfördes för nya narkotikabrott

Majoriteten av 15–17-åringarna (70 %) hade lagförts för nya brott efter urvalsbrottet 2017. Återfallsfrekvensen skilde sig dock mellan delgrupperna. I figuren nedan (figur 6) har delgrupperna delats in efter lagföringar som skett efter urvalsbrottet till och med år 2020. Procentsiffran inom parentes anger hur stor andel som tillhör respektive delgrupp och har en viss kombination av lagföringar efter urvalsbrottet. Sammanlagt summerar alltså procentsiffrorna inom parentes till 100 procent.

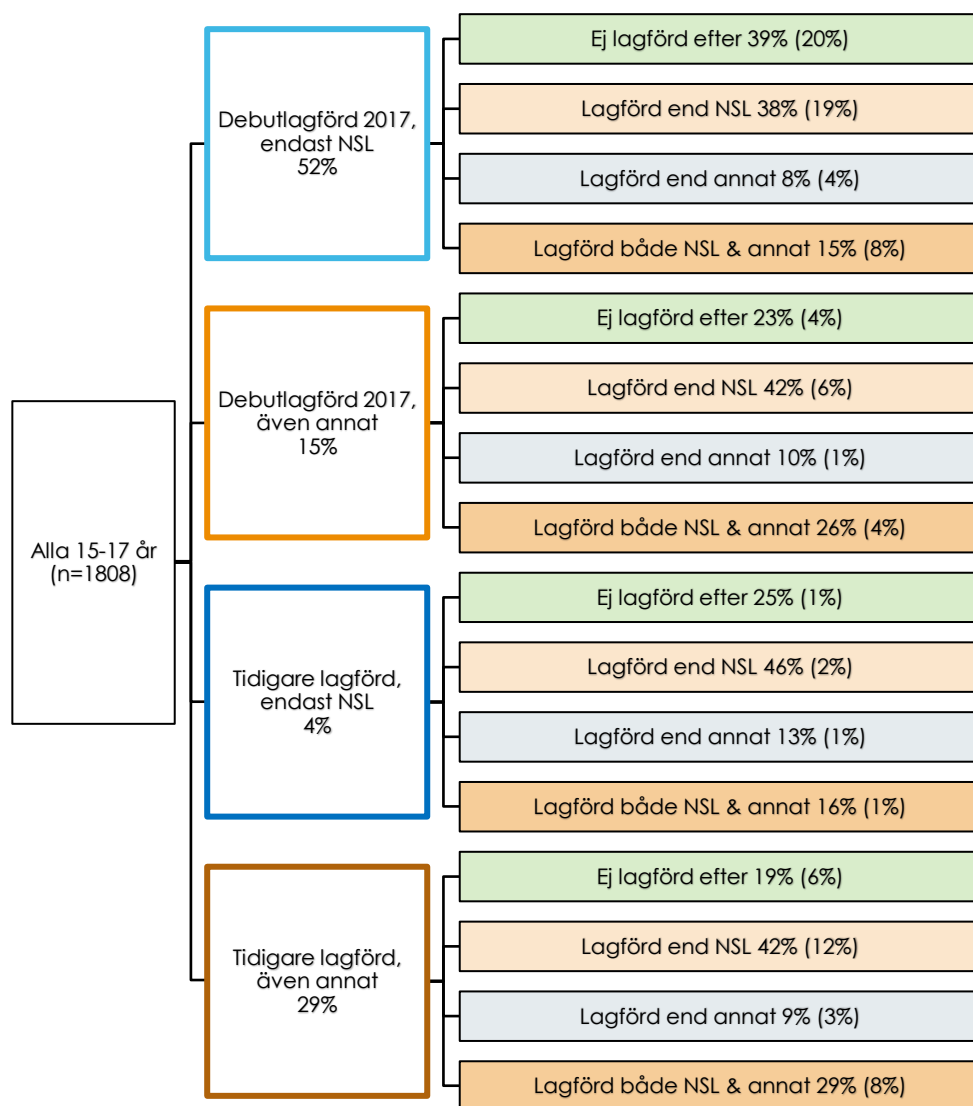
Bland de debutlagförda 15–17-åringarna med enbart NSL-brott hade 53 procent lagförts för nya NSL-brott. Bland de debutlagförda, där också andra brott ingick, hade 68 procent lagförts för nya NSL-brott. Bland de tidigare lagförda, som lagförts för enbart NSL-brott, hade 62 procent lagförts för nya NSL-brott. Bland tidigare lagförda, där också andra brott förekommit, hade 71 procent lagförts för nya NSL-brott.

Strax under hälften av barnen (42 %) hade endast lagföringar för narkotikabrott när alla lagföringar fram till 2020 inkluderades.

En fjärdedel (20 % + 4 %) av alla 15–17-åringar som lagfördes för brott mot NSL år 2017 hade inte lagförts vare sig före eller efter detta enda debutbrott (figur 6).

### Figur 6. Lagföringar före och efter urvalsbrottet – 15–17 år

Barn (15–17 år) som lagfördes för brott mot narkotikastrafflagen (NSL) 2017 fördelat efter lagföringsgrupp (lagföringar t.o.m. urvalsbrottet 2017) och lagföringar efter urvalsbrottet t.o.m. 2020. Endast personer som var folkbokförda i Sverige 2020 med giltiga personnummer ingår. Procent.



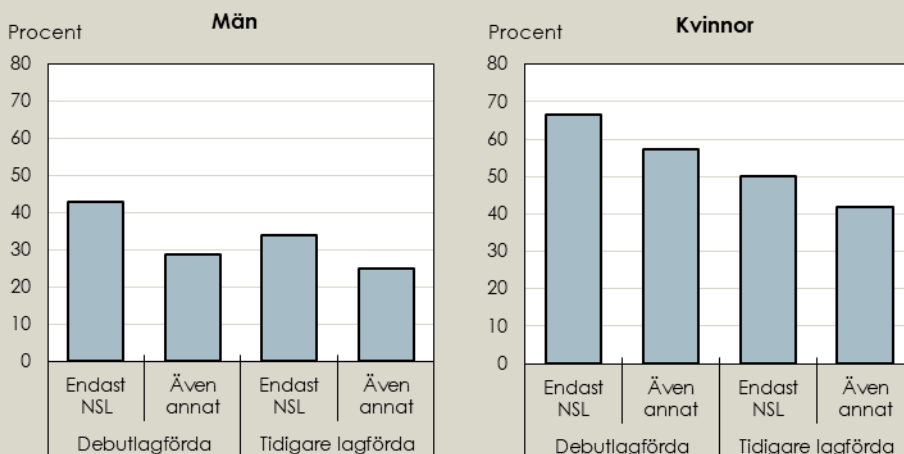
*Två tredjedelar av de debutlagförda flickorna med enbart NSL-brott hade inte begått några nya narkotikabrott*  
 Andelen som inte hade begått några nya narkotikabrott efter urvalsbrottet var 38 procent, jämfört med 31 procent som inte begått några nya brott överhuvudtaget (summan av de gröna rutorna i figur 6). Det var betydligt vanligare



att kvinnor än att män inte hade begått nya narkotikabrott, 59 procent respektive 35 procent. Bland de debutlagförda kvinnorna som enbart begått narkotikabrott hade två tredjedelar (67 %) inte begått nya narkotikabrott. Motsvarande andel bland männen var 43 procent (figur 7).

**Figur 7. Ej lagförd för något nytt NSL-brott efter urvalsbrottet - 15-17 år**

Andel som inte lagförts för något nytt brott mot NSL efter urvalsbrottet (t.o.m. år 2020) fördelat efter delgrupp. Kvinnor och män som var 15-17 år vid urvalsbrottet. Personer med giltigt personnummer.

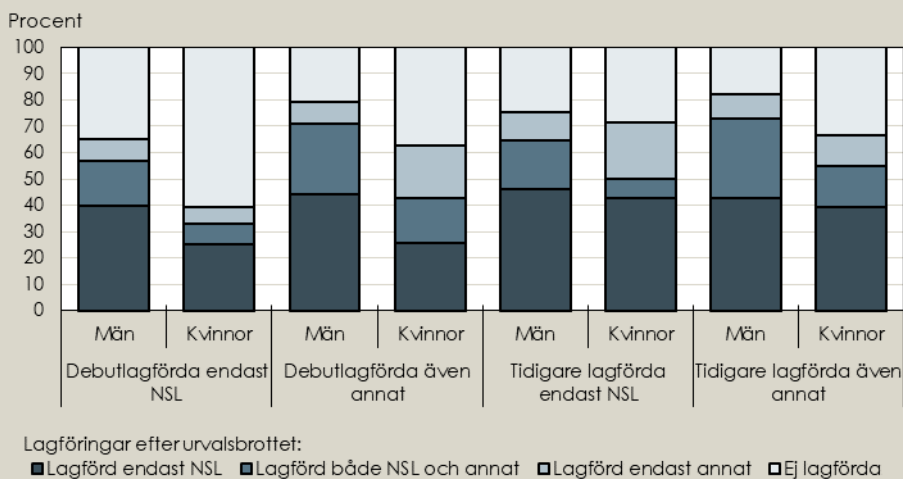


### Lägst andel nya lagföringar bland debutlagförda flickor

Totalt sett återföll 50 procent av flickorna och 73 procent av pojkarna i nya brott fram till och med år 2020. Flickorna återföll i brott i lägre grad i alla fyra delgrupper (figur 8). Lägst andel flickor och pojkar som återföll fanns i gruppen debutlagförda för endast narkotikabrott där 40 procent av flickorna och 65 procent av pojkarna återföll. Andelen återfall i narkotikabrott varierade mellan 40 och 46 procent för sex av de åtta grupperna (kön kombinerat med delgrupper). Lägst andel som återföll i nya narkotikabrott fanns i de båda delgrupperna med debutlagförda flickor, 25 respektive 26 procent. Pojkar uppvisade i alla delgrupper en högre andel som återföll i både narkotikabrott och i andra typer av brott. Däremot återföll flickor, förutom de som var debutlagförda för endast narkotikabrott, i större omfattning i andra brottstyper av brott.

**Figur 8. Lagföringar efter urvalsbrottet - 15-17 år**

Andel som lagförts för brott mot NSL och/eller andra brott efter urvalsbrottet t.o.m. 2020 fördelat efter kön och delgrupp. Barn (15-17 år) lagförda för brott mot NSL år 2017. Folkbokförda personer med giltigt personnummer år 2020.

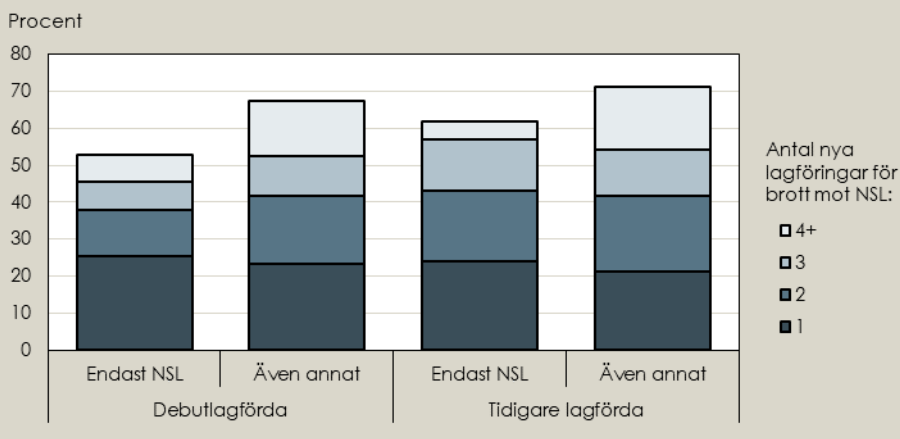


*Barn som lagförts för nya narkotikabrott hade ofta lagförts mer än en gång efter urvalsbrottet*

Majoriteten av de barn som hade lagförts för nya narkotikabrott hade lagförts mer än en gång till och med år 2020 (figur 9). Det gäller även när andra typer av brott inkluderas (figur B10, bilaga 4). Delgrupperna som även lagförts för andra brott än narkotikabrott (t.o.m. urvalsbrottet) hade oftare lagförts flera gånger (fyra eller fler) än dem som bara lagförts för narkotikabrott.

**Figur 9. Antal nya NSL-brott efter urvalsbrottet - 15-17-åringar**

Andel som lagförts för nya NSL-brott efter urvalsbrottet t.o.m. 2020, fördelat efter delgrupp och antal nya lagföringar där brott mot NSL ingick. Barn (15-17 år) som lagfördes för brott mot NSL år 2017. Personer med giltigt personnummer år 2020.



Drygt en femtedel (21 %) av 15–17-åringarna hade lagförts för brott mot NSL minst tre gånger efter urvalsbrottet. När också andra typer av brott inkluderades i uppföljningen ökade andelen som hade lagförts minst tre gånger

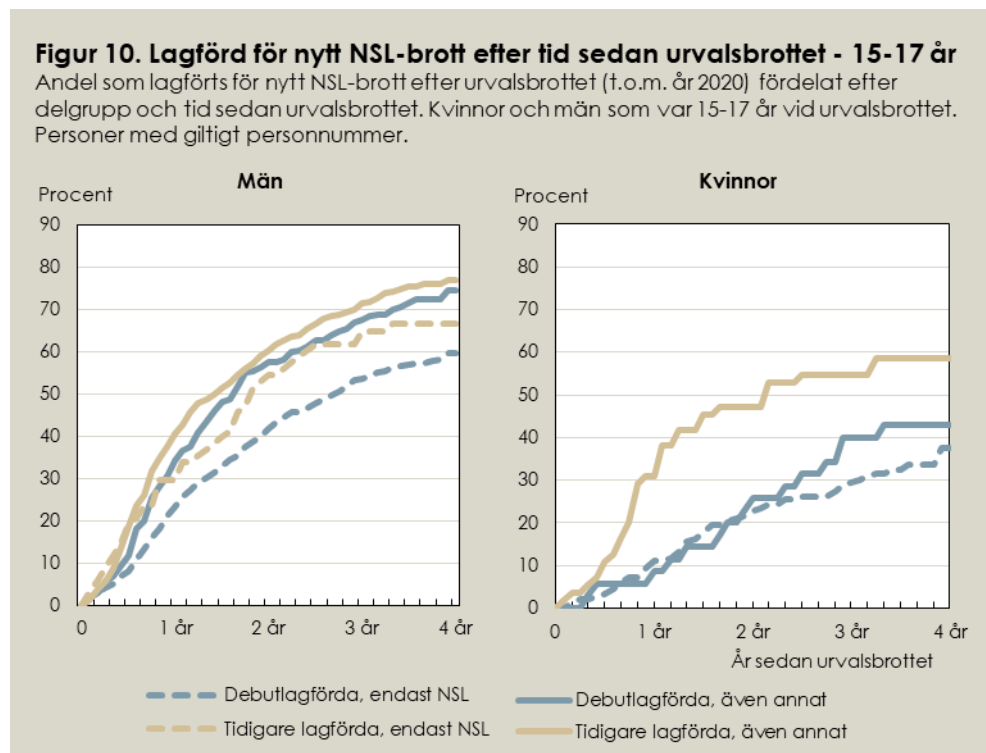
efter urvalsbrottet till 29 procent. Det var framför allt i gruppen tidigare lagförda med andra brott än NSL-brott som andelen med fyra eller fler nya lagföringar för narkotikabrott var hög (figur 9).

### *Hälften av pojkarna med blandad brottslighet hade lagförts för nya narkotikabrott inom 18 månader*

I figur 10 visas hur stor andel som hade lagförts för nytt narkotikabrott efter urvalsbrottet och till och med år 2020. Uppföljningstiden var som längst nästan fyra år för dem vars urvalsbrott lagfördes i början av år 2017.

Som framgår av figuren var andelen som begått nya narkotikabrott högst bland män som hade begått andra brott än enbart narkotikabrott, och allra högst var andelen bland de tidigare lagförda med andra brott. Redan inom 18 månader hade hälften återigen lagförts för narkotikabrott och vid uppföljningstidens slut hade mer än tre fjärdedelar (77 %) lagförts för nytt narkotikabrott. Bland de debutlagförda männen som lagförts för enbart narkotikabrott hade en femtedel lagförts för nytt narkotikabrott inom ett år. Vid uppföljningstidens slut hade andelen som lagförts för nya narkotikabrott nått upp till 60 procent.

Som redan visats var andelen som begått nya narkotikabrott lägre bland kvinnor, men eftersom grupperna var ganska små till antalet är siffrorna mer osäkra. Gruppen tidigare lagförda för enbart narkotikabrott omfattade färre än 20 personer och redovisas inte i figuren.

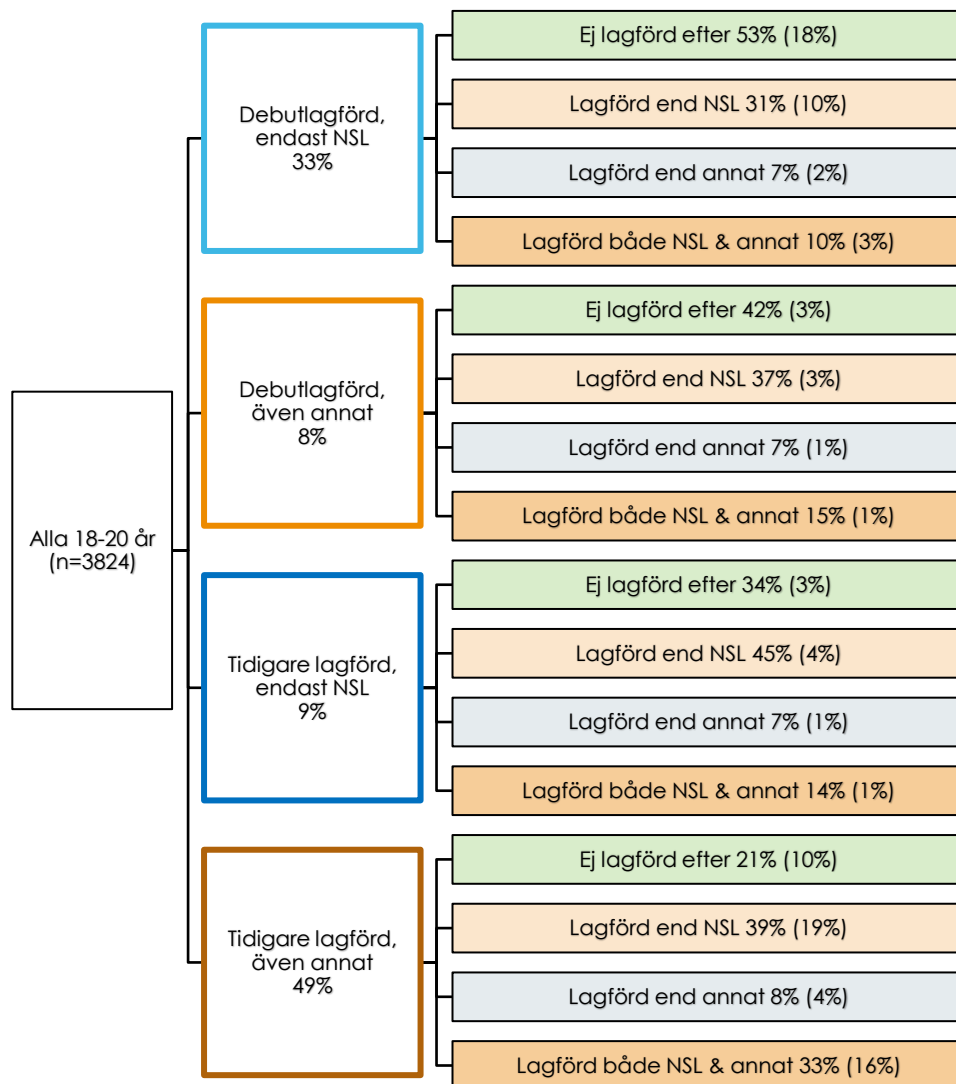


## Var tredje ung vuxen lagfördes för nya brott

Majoriteten av 18–20-åringarna (65 %) hade lagförts för nya brott efter urvalsbrottet 2017. En liknande gradient som för 15–17-åringarna finns bland 18–20-åringarna (figur 11).

**Figur 11. Lagföringar före och efter urvalsbrottet – 18–20 år**

Unga vuxna (18–20 år) som lagfördes för brott mot narkotikastrafflagen (NSL) 2017 fördelat efter lagföringsgrupp (lagföringar t.o.m. urvalsbrottet 2017) och lagföringar efter urvalsbrottet t.o.m. 2020. Endast personer som var folkbokförda i Sverige 2020 med giltiga personnummer ingår. Procent.



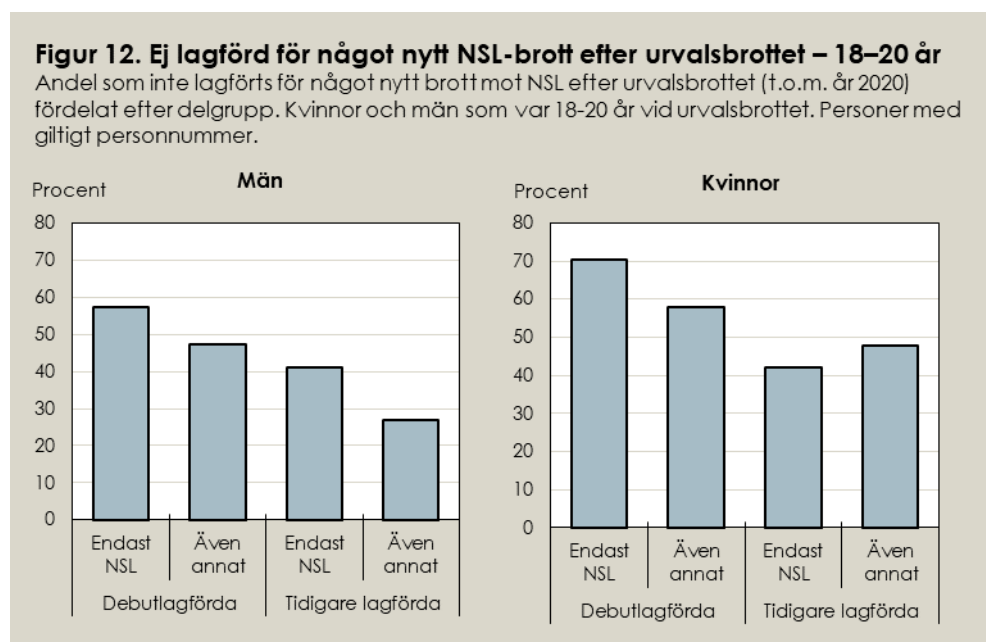
Bland debutlagförda med enbart NSL-brott hade 41 procent lagförts för nya NSL-brott. Bland debutlagförda där även andra brott ingick hade 53 procent lagfört för nya NSL-brott. Bland tidigare lagförda som lagförts för endast NSL-brott hade 59 procent lagförts för nya NSL-brott. Bland tidigare lagförda, där även andra brott förekommit, hade 72 procent lagfört för nya NSL-brott.

Ungefär en tredjedel av de unga vuxna (35 %) hade lagföringar endast för narkotikabrott när alla lagföringar fram till 2020 inkluderades.

Var femte (18 % + 3 %) av alla 18–20-åringar som lagfördes för brott mot NSL år 2017 hade inte lagförts vare sig före eller efter detta enda debutbrott (figur 11).

### *Omkring hälften av de debutlagförda männen hade inte begått några nya narkotikabrott*

Andelen som inte hade begått några nya narkotikabrott efter urvalsbrottet var högre än andelen som inte begått några nya brott överhuvudtaget, 42 procent jämfört med 35 procent (summan av siffrorna i de gröna rutorna i figur 11). Liksom för flickorna jämfört med pojkarna, var det var vanligare att kvinnor inte begått nya narkotikabrott än att män inte hade gjort det, 58 procent jämfört med 40 procent. Bland de debutlagförda kvinnorna, som enbart begått narkotikabrott, hade 71 procent inte begått nya narkotikabrott. Motsvarande andel bland männen var 58 procent (figur 12).

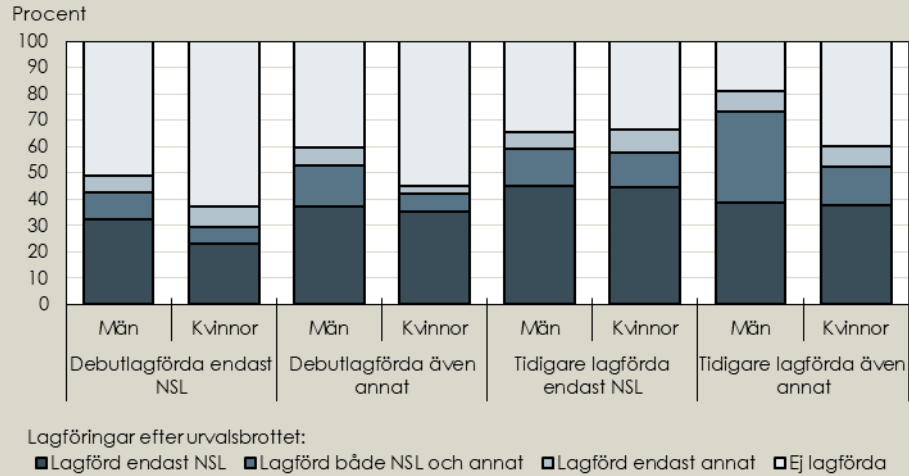


### *Lägst andel nya lagföringar bland debutlagförda kvinnor*

Totalt sett återföll 51 procent av kvinnorna och 67 procent av männen i nya brott fram till och med år 2020. Flickorna återföll i brott i lägre grad i tre av fyra delgrupper (figur 13). I delgruppen tidigare lagförd för endast narkotikabrott återföll kvinnor med en procentenhet mer än männen. Liksom för 15–17 åringarna återföll delgruppen kvinnor som var debutlagförda för endast narkotikabrott i minst omfattning. I båda grupperna tidigare lagförda återföll kvinnorna och männen i liknande omfattning i nya narkotikabrott, med en variation på 39 till 45 procents återfall. För både kvinnor och män i alla fyra delgrupperna var andelarna låga för dem som återföll i endast andra brott än narkotikabrott, med en variation på 3 till 8 procent.

**Figur 13. Lagföringar efter urvalsbrottet - 18-20 år**

Andel som lagförts för brott mot NSL och/eller andra brott efter urvalsbrottet t.o.m. 2020 fördelat efter kön och delgrupp. Unga vuxna (18-20 år) lagförda för brott mot NSL år 2017. Folkbokförda personer med giltigt personnummer år 2020.



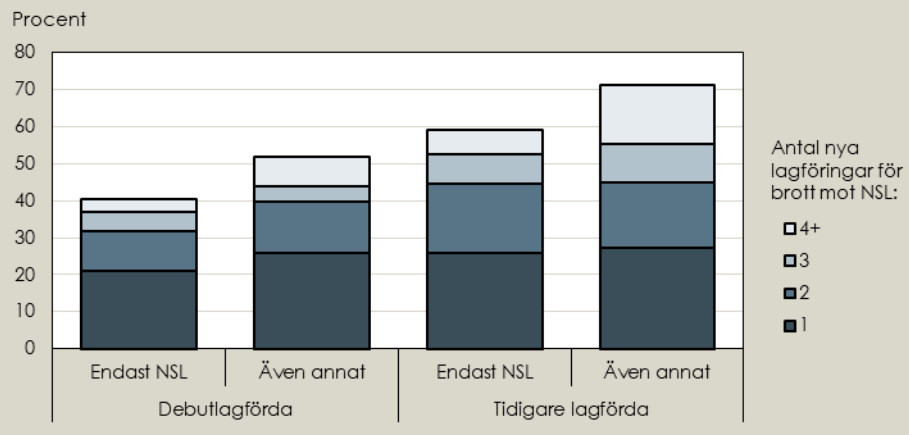
*En femtedel av de unga vuxna hade minst tre nya lagföringar för narkotikabrott*

Knappt en femtedel (18 %) av de unga vuxna hade lagförts för narkotikabrott minst tre gånger efter urvalsbrottet fram till och med år 2020 (figur 14). När även andra typer av brott inkluderades i uppföljningen ökade andelen till var fjärde ung vuxen (26 %) (se figur B11, bilaga 4).

Till skillnad mot 15–17-åringar där grupperna som lagförts för andra brott än narkotikabrott hade flest nya lagföringar (se figur 9), så var det bland 18–20-åringar de tidigare lagförda (före urvalsbrottet) som hade flest nya lagföringar. Det var framför allt i gruppen tidigare lagförda för andra brott än NSL-brott, som andelen med fyra eller fler nya lagföringar var hög (figur 14).

**Figur 14. Antal nya NSL-brott efter urvalsbrottet - 18-20-åringar**

Andel som lagförts för nya NSL-brott efter urvalsbrottet t.o.m. 2020, fördelat efter delgrupp och antal nya lagföringar där brott mot NSL ingick. Unga vuxna (18-20 år) som lagfördes för brott mot NSL år 2017. Personer med giltigt personnummer år 2020.

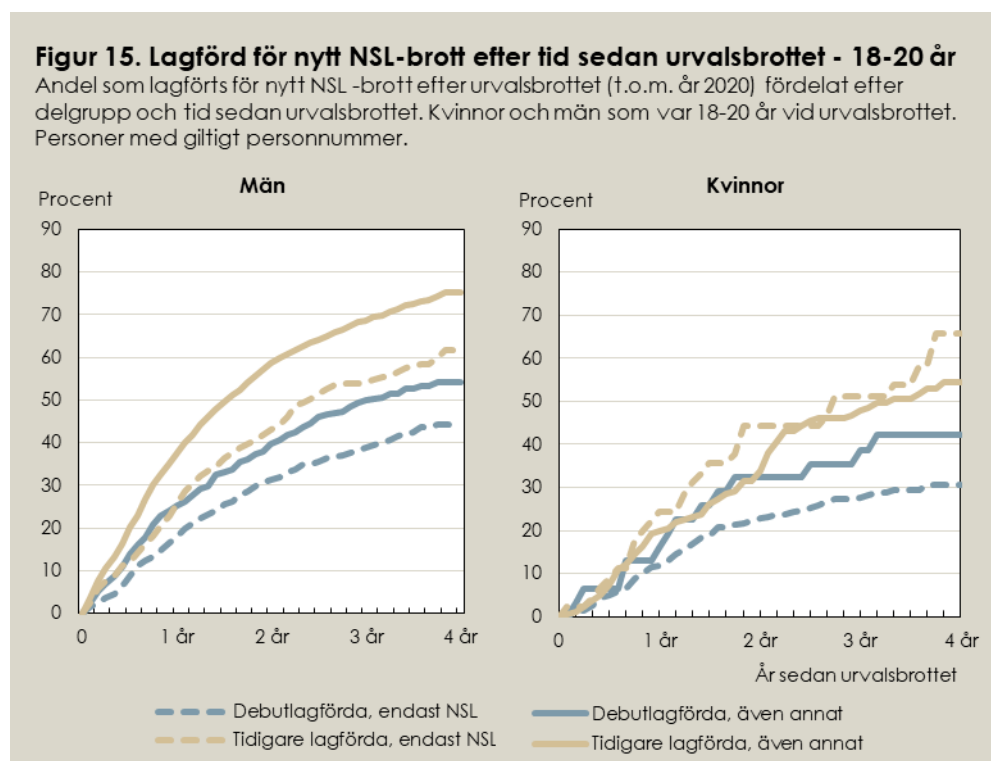


### Större skillnader mellan grupperna bland 18–20-åringar

När man jämför andelen som begått nya narkotikabrott en tid efter urvalsbrottet är skillnaderna större mellan de olika delgrupperna bland 18–20-åringar (figur 15) än mellan de olika delgrupperna bland 15–17-åringar (figur 10). Bland tidigare lagförda män som begått andra brott än narkotikabrott liknar mönstret det som syntes för 15–17-åriga män. Inom 18 månader hade ungefär hälften av männen lagförts för nya narkotikabrott och vid uppföljningstidens slut hade tre fjärdedelar lagförts för nya narkotikabrott.

Övriga delgrupper bland männen återföll dock inte i nya narkotikabrott i samma takt som 15–17-åringarna hade gjort. Om man exempelvis jämför pojkar och unga män som debutlagfördes för enbart narkotikabrott hade drygt 40 procent av 15–17-åringarna lagförts inom två år jämfört med drygt 30 procent av 18–20-åringarna. Och vid uppföljningstidens slut hade 60 procent av 15–17-åringarna lagförts för nya narkotikabrott jämfört med 44 procent av 18–20-åringarna.

Mönstret avvek något bland unga män jämfört med unga kvinnor. Bland kvinnorna var andelen som begått nya narkotikabrott högre i gruppen tidigare lagförda med enbart narkotikabrott än i gruppen tidigare lagförda med blandad brottslighet.



### Risk att lagföras på nytt

För att undersöka återfallsrisken i studiepopulationen gjordes en multivariat analys med Cox-regression där vi justerade för olika sociala bakgrundsfaktorer (se fotnot under figur 16). Resultaten presenteras som hazard ratios (HR), det vill säga sannolikheten för att ett visst utfall inträffar hos en grupp

jämfört med en vald referensgrupp (för mer detaljer se bilaga 1). Utfallet var lagförd minst en gång (modell 1) respektive minst tre gånger (modell 2) för narkotikabrott efter urvalsbrottet och fram till och med år 2020. Modellerna inkluderade hela åldersspannet 15–20-åringar. Generellt sett var de studerade riskfaktorerna starkare när utfallet var tre eller fler lagföringar för narkotikabrott (modell 2), jämfört med när utfallet var minst en lagföring (modell 1) (se tabell B18, bilaga 4). I denna resultatdel presenteras endast utfallet för tre eller fler narkotikabrott.

### *Kvinnor hade lägre återfallsrisk än män*

Kvinnor hade 60 procent (HR 0,4) lägre risk återfalla i tre eller fler narkotikabrott jämfört med män när det i modellen kontrollerades för kön, lagföringsgrupper, regioner, moderns högsta fullföljda utbildning, utländsk bakgrund, gymnasiebehörighet, att ha vårdats för narkotikarelaterade diagnoser, diagnostiserad adhd, föräldrars sjukhusvård för narkotikarelaterade diagnoser och moderns långvariga försörjningsstöd.

Flera socioekonomiska faktorer ökade risken för att återfalla i tre eller fler narkotikabrott. När moderns högsta utbildning var grundskola var återfallsrisken högre jämfört med när den var gymnasium, liksom den var när modern hade haft försörjningsstöd i minst två av tre år jämfört med inget försörjningsstöd. I det första fallet var risken 18 procent (HR 1,18) högre och i de sistnämnda 40 procent (HR 1,40) högre. Även när en förälder vårdats för narkotikarelaterad diagnos fanns en högre risk för återfall (HR 1,35). Att vara född i Sverige med två utlandsfödda föräldrar medförde en högre risk på 18 procent (HR 1,18) och när barnet själv hade invandrat i åldern 0–6 år var risken 35 procent högre för återfall (HR 1,35) i tre eller fler narkotikabrott.

Bland faktorer som var mer direkt knutna till barnet eller den unge vuxne var gymnasiebehörighet en betydelsefull faktor. Att inte vara behörig till gymnasiet medförde 35 procent (HR 1,35) högre risk för återfall. När barnet eller den unge vuxne hade en adhd-diagnos var risken 19 procent (HR 1,19) högre, lika hög som vid vård för narkotikarelaterade diagnoser (HR 1,19).

### *Högre återfallsrisk bland yngre*

Återfallsrisken var högst i de delgrupper som hade blandad brottslighet, särskilt bland de yngre (figur 16). Detta gällde även då vi justerat för de riskfaktorer som nämnts ovan. Det var också i de delgrupper där återfallsrisken var som högst som effekten av justeringen var som störst (den streckade ytan i figuren).

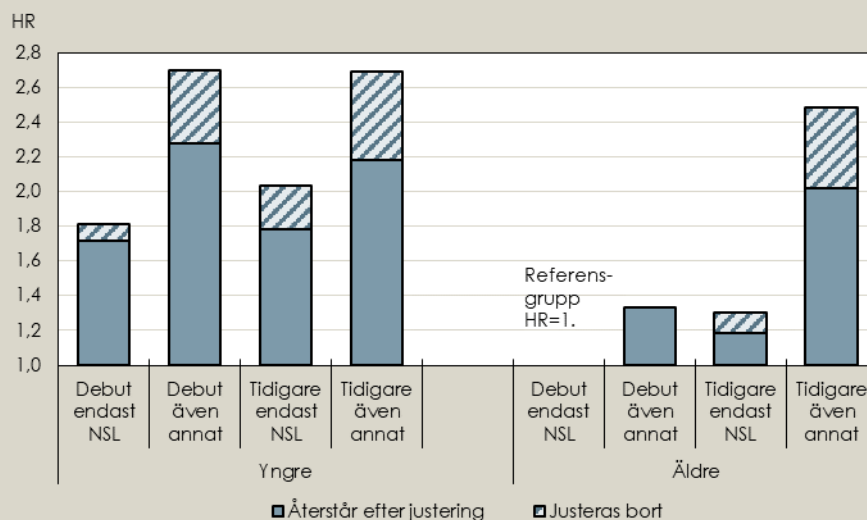
När man jämför de debutlagförda i den yngre och i den äldre åldersgruppen framgår det också att de som var yngre när de lagfördes första gången (15–17 år) hade en betydligt högre återfallsrisk än de som var äldre när de lagfördes första gången (18–20 år). Lägst var återfallsrisken bland dem som lagfördes för endast NSL när de var 18–20 år (referensgruppen; HR 1,00). Högst var återfallsrisken bland dem som debutlagfördes vid 15–17 års ålder och som förutom narkotikabrott också begått andra brott. När man bara justerade för kön var deras återfallsrisk mer än 2,5 gånger så hög (HR 2,70) som referensgruppens. När man justerade för bakgrundsfaktorena sjönk överrisken med ungefär en fjärdedel, men den var fortfarande mer än två gånger så hög (HR 2,28) som referensgruppens efter att man justerat för dessa faktorer.



Den grupp som hade lägst risk för återfall jämfört med referensgruppens var de äldre som tidigare endast begått narkotikabrott. De hade 19 procent högre risk (HR 1,19) att återfalla i minst tre narkotikabrott.

**Figur 16. Lagförd minst tre gånger för NSL-brott efter urvalsbrottet**

Benägenheten (HazardRatio, HR) att minst tre gånger ha lagförts för NSL-brott efter urvalsbrottet (t.o.m. 2020), med och utan justering för bakgrundsfaktorer\*. Barn och unga vuxna (15–20 år) som lagförts för brott mot narkotikastrafflagen (NSL) år 2017 (första lagföring detta år). Endast individer med giltigt personnummer. Benägenhet beräknad med Cox-regression (persontid).



\* Båda modellerna justerade för kön. Övriga bakgrundsfaktorer var: lagföringslän 2017, utländsk bakgrund, behörighet till gymnasiet, up:s vård för diagnos relaterad till narkotikabruk, adhd-diagnos, mors högsta fullföljda utbildning då up var 12-14 år, mors långvariga försörjningsstöd då up var 12-14 år, föräldrar vårdade för diagnos relaterad till narkotikabruk.

## Psykisk ohälsa inom målgruppen

Psykisk ohälsa kan betraktas som ett övergripande begrepp som omfattar dels självrapporterade psykiska besvär, som oro eller nedstämdhet, dels psykiatriska tillstånd som diagnostiseras och behandlas inom hälso- och sjukvården [35]. I Socialstyrelsens patientregister finns endast uppgifter om psykiatriska diagnoser som har fastställts vid läkarbesök inom specialiserad vård eller vid sjukhusvård, samt läkemedelsbehandling vid psykiatriska tillstånd. Resultaten i det här avsnittet baseras på dessa uppgifter.

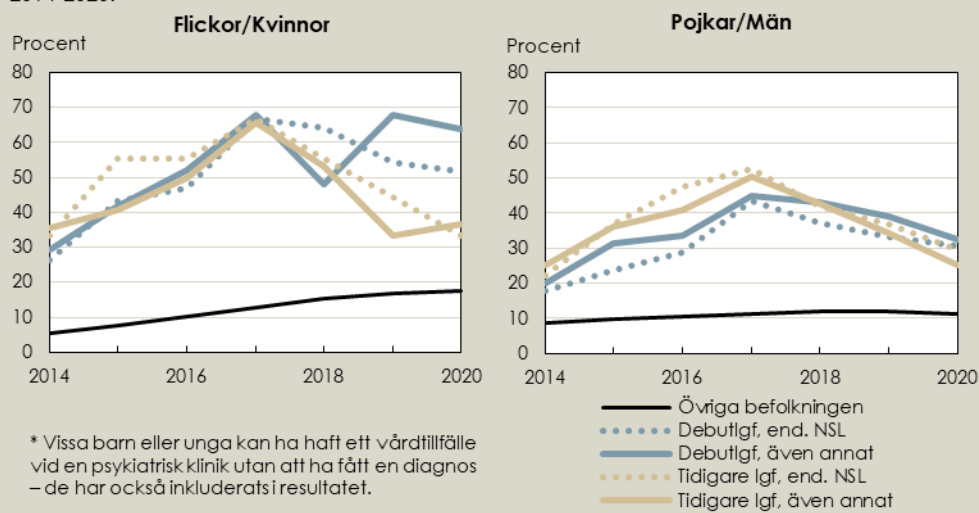
### Psykiatriska diagnoser och läkemedel sammantaget

Figureerna 17 och 18 visar den sammanlagda andel som haft kontakt med hälso- och sjukvården för bedömning och/eller behandling av psykiska sjukdomstillstånd eller syndrom under perioden 2014–2020. Det är ett samlingsmått som baseras på (1) psykiatriska diagnoser inom den specialiserade öppenvården eller slutenvården, (2) läkarbesök på psykiatrisk klinik inom den specialiserade öppenvården eller slutenvården, och (3) förskrivning av läkemedel vid psykiska sjukdomstillstånd eller syndrom (inkluderat förskrivning

inom primärvården). I de psykiatriska diagnoserna ingår även psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av narkotika.

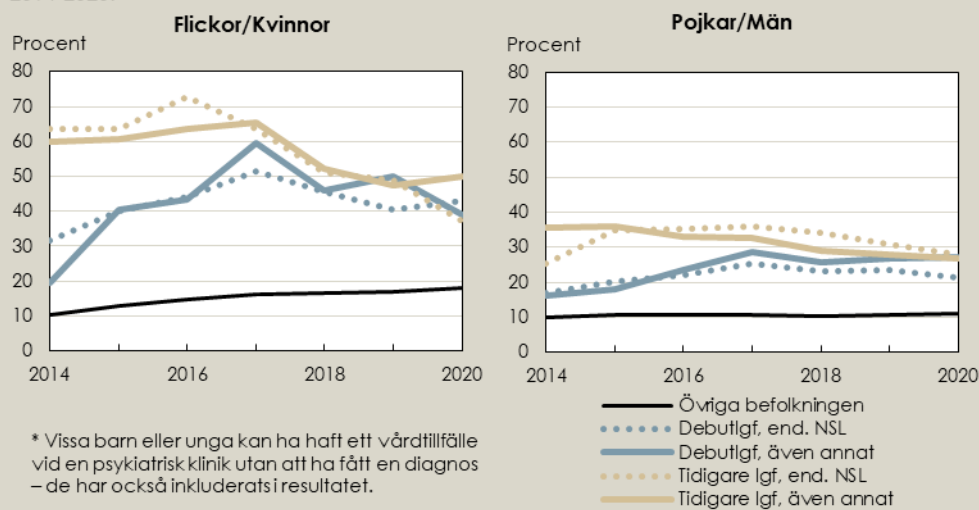
### Figur 17. Psykiatriska diagnoser och/eller psykofarmakaanvändning

Andel med minst ett vårdtillfälle inom slutenvård eller specialiserad öppenvård för någon psykiatrisk diagnos\* och/eller minst ett uttag av psykofarmaka i studiepopulationen (delgrupperna) och övriga befolkningen. Folkbokförda personer födda 2000-2002 åren 2014-2020.



### Figur 18. Psykiatriska diagnoser och/eller psykofarmakaanvändning

Andel med minst ett vårdtillfälle inom slutenvård eller specialiserad öppenvård för någon psykiatrisk diagnos\* och/eller minst ett uttag av psykofarmaka i studiepopulationen (delgrupperna) och övriga befolkningen. Folkbokförda personer födda 1997-1999 åren 2014-2020.



Figur 17 ovan visar personer födda år 2000–2002, som fyllde 15–17 år under 2017 (den yngre åldersgruppen i studiepopulationen). Figur 18 ovan visar personer födda år 1997–1999, som fyllde 18–20 år under 2017 (den äldre åldersgruppen i studiepopulationen).

Som framgår av figurerna var andelen som använde läkemedel och/eller hade kontakt med hälso- och sjukvården för bedömning och behandling av

psykisk ohälsa betydligt högre i studiepopulationen än bland övriga jämnåriga. Bland de yngre (födda 2000–2002) var andelen särskilt hög år 2017, det vill säga året då urvalsbrottet lagfördes. Detta gällde både tidigare lagförda och debutlagförda, med och utan andra brott än brott mot NSL.

En förklaring till andelsökningen bland de yngre kan vara att behovet av en hälso- och sjukvårdsinsats uppmärksammades i samband med narkotikabrottet. Om man tittar på de olika delkomponenterna i samlingsmättet framgår det att bland pojkar bestod den höga andelen 2017 till ungefär två femtedelar av användning av adhd-läkemedel, med eller utan samtidig användning av andra psykofarmaka. Adhd utgör också en riskfaktor för substansbruk [36]. Ungefär en femtedel utgjordes av användning av psykofarmaka, utan användning av adhd-läkemedel. Resterande två femtedelar utgjordes av psykiatriska diagnoser och besök utan samtidig användning av psykofarmaka eller adhd-läkemedel.

Bland flickor utgjordes den höga andelen 2017 nära till hälften av användning av adhd-läkemedel, med eller utan samtidig användning av andra psykofarmaka. Knappt en tredjedel utgjordes av användning av psykofarmaka, utan användning av adhd-läkemedel. Resterande femtedel utgjordes av psykiatriska diagnoser och besök utan samtidig användning av psykofarmaka eller adhd-läkemedel (visas ej i figur). Mönstret skilde sig åt mellan delgrupperna, vilket framgår närmare av de separata måtten som redovisas längre fram i avsnittet.

I den äldre åldersgruppen (födda 1997–1999) fanns inte samma tydliga topp 2017 som bland de yngre, med undantag för unga kvinnor som debutlagfördes (figur 18). Bland tidigare lagförda var andelen som använde läkemedel och/eller hade kontakt med hälso- och sjukvården för bedömning och behandling av psykisk ohälsa lika hög åren före urvalsbrottet (2014–2016) som under året för urvalsbrottet (2017). I båda åldersgrupperna var andelen högre bland flickor och unga kvinnor än bland pojkar och unga män.

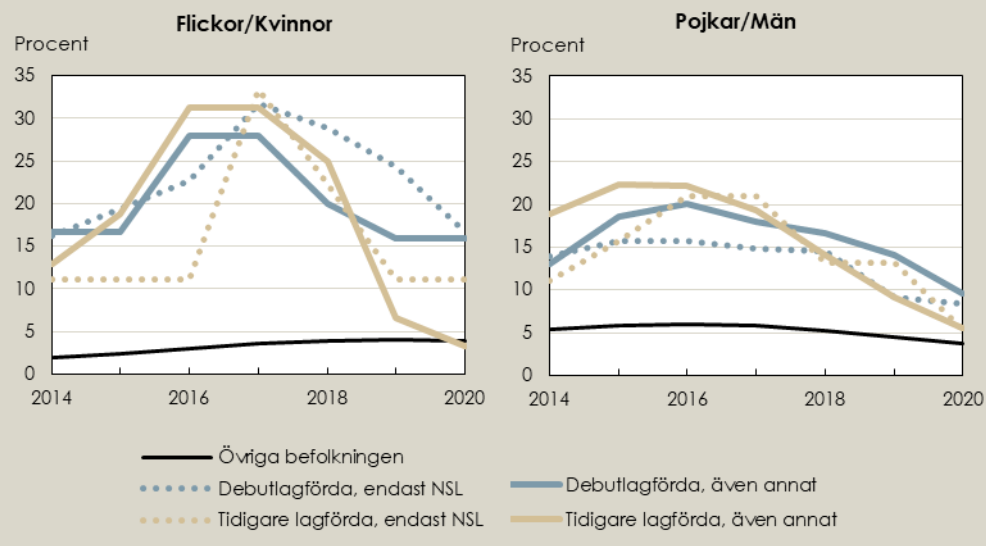
#### *Användning av adhd-läkemedel avtar med ökad ålder*

Neuropsykiatriska tillstånd var betydligt vanligare i studiepopulationen än bland jämnåriga i övriga befolkningen, särskilt bland flickor och unga kvinnor (se tabell B14A och B15A, bilaga 4). Neuropsykiatriska tillstånd var också vanligare bland flickor och unga kvinnor än bland pojkar och unga män – alltså det omvända mot hur det ser ut bland barn i den övriga befolkningen, där neuropsykiatriska tillstånd är vanligare bland pojkar än bland flickor [37].

I studiepopulationen var användningen av adhd-läkemedel som högst bland flickor i den yngre åldersgruppen (födda 2000–2002). Toppåret 2017 låg andelen med adhd-läkemedel mellan 28 och 33 procent i de fyra delgrupperna (figur 19).

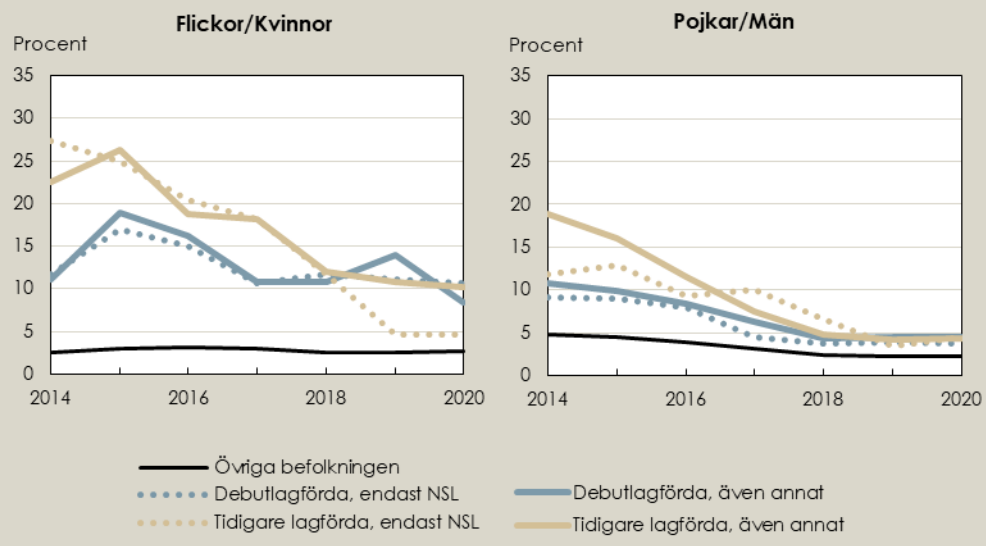
**Figur 19. Användning av adhd-läkemedel – födda 2000–2002**

Andel med minst ett uttag av adhd-läkemedel i studiepopulationen (delgrupperna) och övriga befolkningen, fördelat efter kön. Folkbokförda personer födda 2000-2002 åren 2014-2020.



**Figur 20. Användning av adhd-läkemedel – födda 1997–1999**

Andel med minst ett uttag av adhd-läkemedel i studiepopulationen (delgrupperna) och övriga befolkningen, fördelat efter kön. Folkbokförda personer födda 1997-1999 åren 2014-2020.



Bland debutlagförda där andra brott än mot NSL ingick hade 28 procent hämtat ut adhd-läkemedel minst en gång under 2017. Bland tidigare lagförda som endast lagförts för brott mot NSL var motsvarande andel 33 procent, vilket innebär att användningen av adhd-läkemedel i den gruppen var mer än nio gånger så hög som bland jämnåriga flickor i övriga befolkningen. Bland pojkar var andelen som använde adhd-läkemedel som högst bland tidigare lagförda som även lagförts för andra brott än mot NSL åren innan 2017 (figur

19). Åren 2015–2016 låg andelen som hämtat ut adhd-läkemedel i den gruppen på 22 procent vilket innebär att deras användning då var nära fyra gånger så hög som hos jämnåriga pojkar i övriga befolkningen.

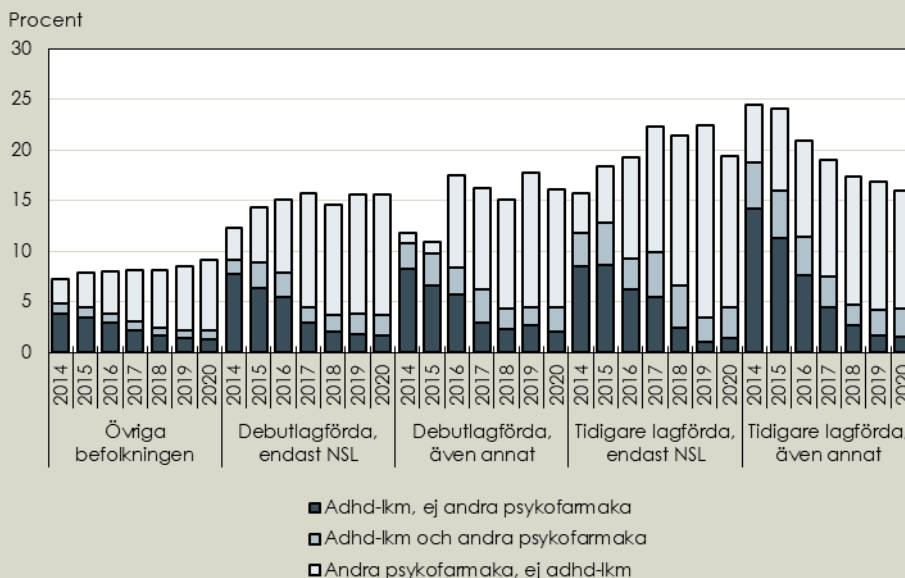
### *Adhd-läkemedel minskade medan annan psykofarmaka ökade med stigande ålder*

Både bland unga kvinnor och unga män minskade andelen som använde adhd-läkemedel med ökande ålder (figur 20). Det gällde både i studiepopulationen och i övriga befolkningen.

Som framgår av samlingsmättet (figur 17–18) innebar dock inte den avtagande användningen av adhd-läkemedel att den sammantagna andelen som använde läkemedel och/eller hade kontakt med hälso- och sjukvården för bedömning och behandling av psykiatriska tillstånd minskade. Samtidigt som användningen av adhd-läkemedel minskade, ökade istället användningen av andra psykofarmaka när personerna blev äldre. Bland unga män födda 1997–1999 (figur 21) använde exempelvis 8 procent av dem som debutlagförts för endast NSL-brott adhd-läkemedel utan andra psykofarmaka år 2014. Ytterligare 1 procent använde adhd-läkemedel tillsammans med andra psykofarmaka och 3 procent använde psykofarmaka utan samtidig användning av adhd-läkemedel. Motsvarande andelar sex år senare (år 2020) var 2 procent, 2 procent respektive 12 procent.

**Figur 21. Användning av adhd-läkemedel och psykofarmaka 2014-2020**

Andel med minst ett uttag (under året) av adhd-läkemedel och/eller andra psykofarmaka\* i studiepopulationen (delgrupperna) och övriga befolkningen. Män födda 1997-1999 åren 2014-2020. Folkbokförda personer med giltigt personnummer respektive år.



\* Avser följande psykofarmaka: Stämningsstabiliserande, lyriska, antipsykotika, bensodiazepiner, lugnande, antidepressiva.

Detta mönster av ökande psykofarmaka-användning och minskande användning av adhd-läkemedel syntes också bland jämnåriga i övriga befolkningen, även om andelen som använde något av dessa läkemedel var betydligt lägre (figur 21). Det är oklart vad som ligger bakom detta mönster.

Den ökande andelen som använde psykofarmaka är också större än den minskande andelen som använde adhd-läkemedel, vilket gör att den sammantagna andelen som använde psykofarmaka och/eller adhd-läkemedel ökade allt eftersom gruppen blev äldre. I stora drag gällde det i alla delgrupper utom i den med tidigare lagförda för andra brott än brott mot enbart NSL.

## Vårdade för narkotikarelaterade diagnoser inom hälso- och sjukvården

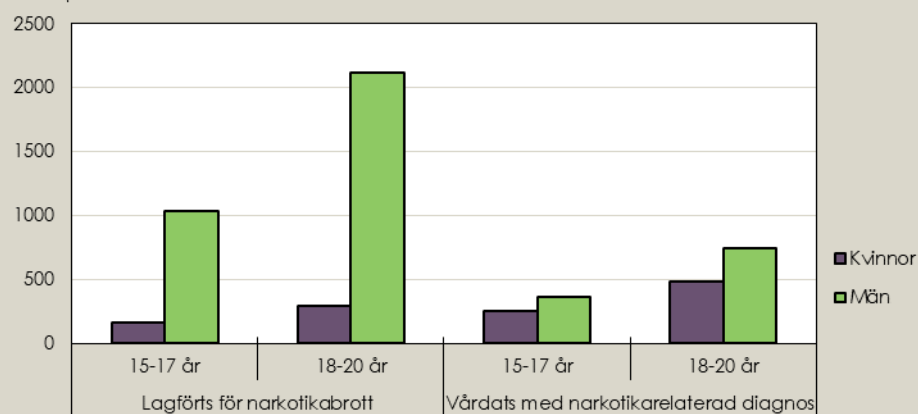
Det är fler barn och unga vuxna som lagförs för narkotikabrott än som vårdas för narkotikarelaterade diagnoser inom slutenvård och specialiserad öppenvård (fortsättningsvis benämnda ”vårdade”). År 2017 var det ungefär hälften så många som hade vårdats med en narkotikarelaterad diagnos än som hade lagförts för narkotikabrott. Bland 15–17-åringar var andelen 0,3 procent jämfört med 0,6 procent och bland 18–20-åringar var andelen 0,6 procent jämfört med 1,3 procent. Ungefär en tredjedel av de pojkar och unga män som vårdats med narkotikarelaterad diagnos år 2017 hade också lagförts för narkotikabrott samma år.

Könsskillnaderna var betydligt mindre vad gällde vårdade jämfört med lagförda (figur 22). Ungefär en tredjedel av de pojkar och unga män som vårdats med narkotikarelaterad diagnos år 2017 hade också lagförts för narkotikabrott samma år. Motsvarande andel bland flickor och unga kvinnor var drygt en tiondel.

**Figur 22. Lagförda respektive vårdade år 2017**

Andel barn (15-17 år) och unga vuxna (18-20 år) som lagförts för narkotikabrott respektive vårdats inom slutenvård eller specialiserade öppenvård med narkotikarelaterad diagnos\* år 2017 fördelat efter kön.

Antal per 100 000 invånare

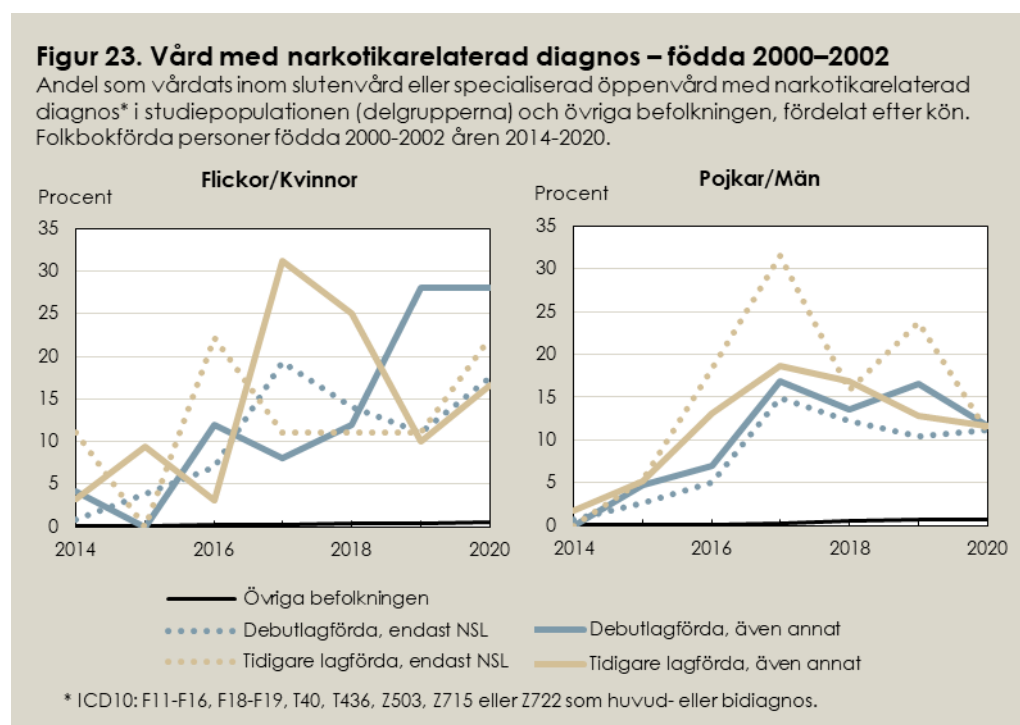


\* ICD10: F11-F16, F18-F19, T40, T436, Z503, Z715 eller Z722 som huvud- eller bidiagnos.

### Tiden före och efter urvalsbröttet

En jämförelse av andelen vårdade med narkotikarelaterad diagnos före och efter urvalsbröttet visar att andelen var högre under urvalsåret (figur 23–24). En förklaring kan vara att barnens/de ungas vuxnas behov av en hälso- och sjukvårdsinsats uppmärksammades i samband med brotten. Bland 15–17-åringarna var vården oftast relaterad till cannabisanvändning (se figur B12, bilaga 4), medan den bland 18–20-åringar lika ofta var relaterad till en kombination av droger som till enbart cannabisbruk (se figur B13, bilaga 4). Bland unga män (18–20 år) fanns också en tydlig gradient för delgrupperna, nämligen att droger i kombination och beroendesyndrom var vanligare bland tidigare lagförda än bland debutlagförda, och vanligare bland dem som även lagförts för andra brott än narkotikabrott jämfört med dem som lagförts endast för narkotikabrott.

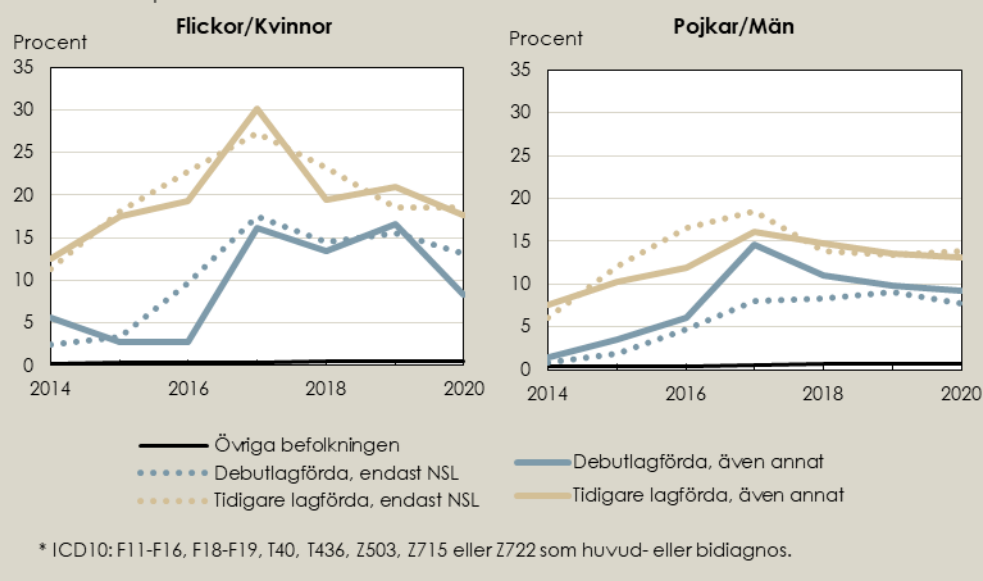
Det generella mönstret i både den yngre och den äldre åldersgruppen var att andelen vårdade med narkotikarelaterad diagnos ökade fram till urvalsåret för att sedan falla till en lägre nivå, där den i stort sett låg kvar åren efter urvalsbröttet (2018–2020). Under hela studieperioden var andelen vårdade med narkotikarelaterad diagnos betydligt högre i studiepopulationen än i den övriga befolkningen. I den yngre åldersgruppen var andelen vårdade tämligen lika bland debutlagförda och tidigare lagförda. I den äldre åldersgruppen var andelen vårdade högre bland tidigare lagförda än bland debutlagförda (figur 23–24).





**Figur 24. Vård med narkotikarelaterad diagnos – födda 1997–1999**

Andel som vårdats inom slutenvård eller specialiserad öppenvård med narkotikarelaterad diagnos\* i studiepopulationen (delgrupperna) och övriga befolkningen, fördelat efter kön. Folkbokförda personer födda 1997–1999 åren 2014–2020.



## Förgiftningar den vanligaste dödsorsaken

I båda åldersgrupperna hade drygt 1 (en) procent avlidit till och med år 2020, de flesta till följd av en förgiftningsolycka. Det innebär att dödligheten i studiepopulationen var drygt sju gånger så hög som i den övriga befolkningen när man tar hänsyn till kön och ålder.<sup>96</sup>

Bland 15–17-åringarna hade 25 personer avlidit. Av dessa dog 11 personer i förgiftningsolycka (varav 6 av narkotika och 5 av icke specificerade droger eller läkemedel), 9 personer i suicid (vara 2 oklara fall), 3 personer på grund av övergrepp av annan person genom skott från skjutvapen och 2 personer i transportolycka.

Bland 18–20-åringarna hade 56 personer avlidit. Av dessa dog 17 personer i förgiftningsolycka (varav 10 av narkotika och 7 av icke specificerade droger eller läkemedel), 15 personer på grund av övergrepp av annan person (varav 14 genom skott från skjutvapen och 1 med trubbigt föremål), 14 personer i suicid (vara 5 oklara fall), 4 personer i transportolycka och 6 personer av övriga dödsorsaker.

<sup>96</sup> Det standardiserade dödstalet var 7,3 (7,1 för pojkar/män och 10,6 för flickor/kvinnor) när dödligheten i studiepopulationen jämfördes med dödligheten bland jämnåriga i befolkningen (folkbokförda i Sverige den 31 december år 2016) perioden 2017–2020 (visas ej i tabell).



# Delstudie 1: Resultat från aktstudien

Resultaten från föregående pilotstudie [2] visade att det saknades studier som belyser huruvida unga med begynnande missbruk uppmärksammas inom ramen för påföljdssystemet och som en följd av det nås av vårderbjudanden från socialtjänsten. Syftet med aktstudien är att undersöka dels huruvida barn som lagförs för narkotikabrott nås av insatser från socialtjänsten, dels vilka faktorer som påverkar socialtjänstens bedömning av vårdbehov och vilka insatser som erbjuds för barn som lagförts för brott mot narkotikastrafflagen (1968:64), NSL.

När ett barn i åldern 15–17 år misstänks för brott inleds två olika rättsprocesser, en straffrättslig och en socialrättslig. Dessa processer löper parallellt men är samtidigt tätt sammankopplade. Socialnämnden och de rättsvårdande myndigheterna har olika ansvar och roller, men de har ett gemensamt ansvar för att förhindra och motverka brott. Enligt dagens straffrättsliga system är utgångspunkten att barn, som begått brott, i första hand ska bli föremål för insatser inom socialtjänsten.

## Frågeställningar

Vi har studerat socialtjänstens dokumentation i 29 kommuner för sammanlagt 240 barn och unga vuxna i åldrarna 15–20 år, vilka lagfördes för narkotikabrott 2017 (urvalsbrottet). Se vidare i bilaga 1.

De individer som ingår i studien har delats upp i två delpopulationer. Delpopulation 1 utgörs av barn 15–17 år som lagfördes för första gången för ett brott mot NSL under 2017. Delpopulation 2 utgörs av 18–20-åringar som lagfördes för brott mot NSL under 2017 med böter som påföljd och som tidigare varit lagförda för sådant brott när de var i åldern 15–17 år.

Delpopulation 2 valdes för att säkerställa att barn som återföll skulle komma att ingå i datamaterialet. Uppdraget skulle ursprungligen ha redovisats i december 2020 men blev på grund av pandemin uppskjutet. För delpopulation 1 planerades från början endast ett uppföljningsår. Eftersom redovisningen flyttades fram fanns möjlighet att förlänga uppföljningstiden för delpopulation 1, vilket minskar betydelsen av delpopulation 2 och frågeställning nummer 6. Resultatredovisningen för delpopulation 2 är därför kortfattad och finns sist i denna del.

Följande frågeställningar har varit i fokus i aktstudien:

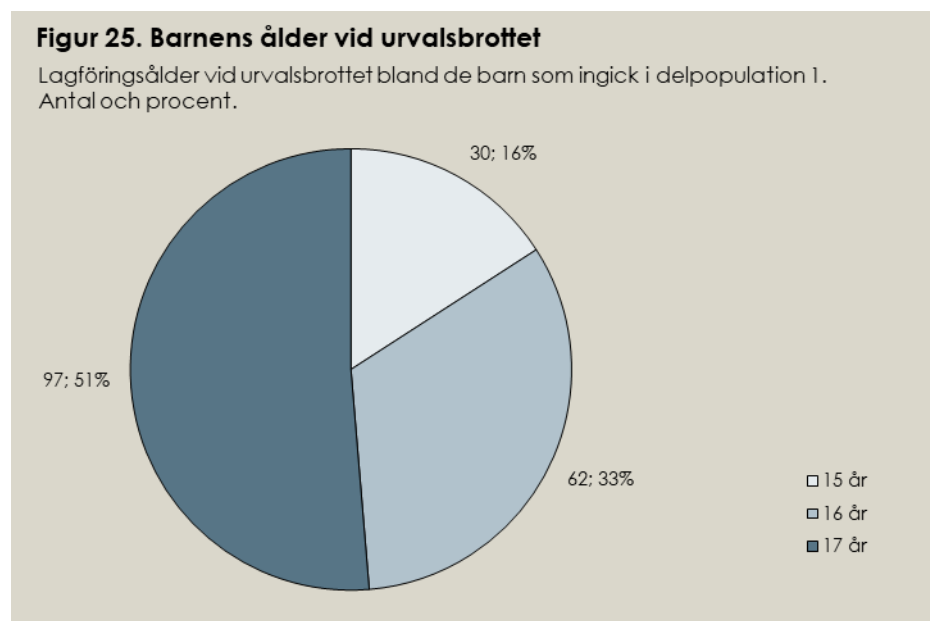
1. Hur motiveras vårdbehov för barn 15–17 år?
2. Vilka insatser genomförs av socialtjänsten för barn 15–17 år som lagförts?
3. Hur stor andel av barnen 15–17 år avböjer vård respektive fullföljer inte vård när sådan erbjuds av socialtjänsten?

4. Är det någon skillnad i (a) återfallsfrekvens i kriminalitet, respektive (b) återaktualisering inom socialtjänsten av andra orsaker än för brott, för barn 15–17 år som får rättslig reaktion som innehåller vårdinsats respektive utan vårdinsats?
5. Av de 18–20-åringar som fick utdömda böter/strafföreläggande och som tidigare är lagförda för brott mot narkotikastrafflagen när de var 15–17 år:
  - a) Hur många fick ett erbjudande om vård när de var 15–17 år?
  - b) Vilken rättslig reaktion fick de när de var 15–17 år?
  - c) Vilka insatser fick de när de var 15–17 år?
  - d) Hur stor andel avböjde och fullföljde inte vård när sådan erbjöds av socialtjänsten när de var 15–17 år?

## Vad gör socialtjänsten för barn som lagförs för narkotikabrott?

### Bakgrundsdata

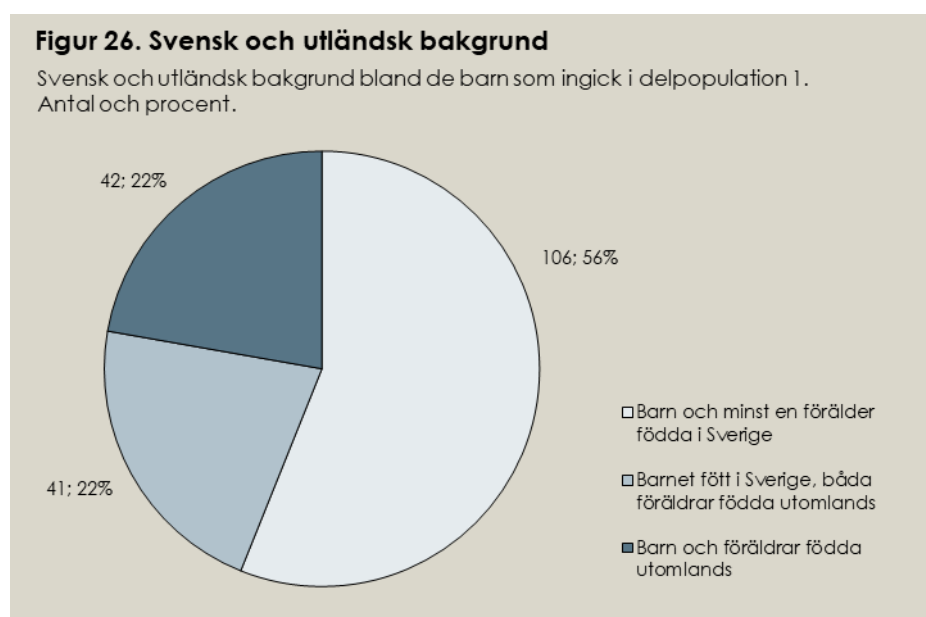
I delpopulation 1 ingick 189 barn i åldrarna 15 till 17 år, varav 78 procent (n=146) är pojkar och 23 procent (n=43) är flickor. En majoritet av barnen var 17 år när de begick det narkotikabrott som är urvalsbrottet i denna studie (figur 25). Medelåldern för barnen vid urvalsbrottet var 16,4 år.



Drygt tre fjärdedelar av barnen (n=146) är kända av socialtjänsten sedan tidigare. Ofta har de aktualiserats genom en orosanmälan och har fått vårdinsatser på grund av eget normbrytande beteende. Socialtjänsten saknade tidigare kännedom om cirka en fjärdedel (n=43) av delpopulationen innan de lagfördes för urvalsbrottet. Barnen aktualiserades alltså i samband med att polis och åklagare utredde brottet.

Nästan vart tredje barn hade till och med 2016, det vill säga året före urvalsbrötet, fått en adhd-diagnos inom slutenvården eller den specialiserade öppenvården och en dryg femtedel (n=40) hade hämtat ut förskrivet läkemedel för adhd under 2016. Ungefär vart tionde barn (n=20) hade haft ett vårdtillfälle för narkotikarelaterad diagnos fram till utgången av 2016. Två av barnen avled 2018 och ytterligare två 2019.

Drygt hälften av barnen är födda i Sverige och har minst en förälder som är född i Sverige. Knappt en fjärdedel är födda i Sverige och har föräldrar som båda är födda i utlandet och knappt en fjärdedel är födda utomlands liksom båda deras föräldrar (figur 26).



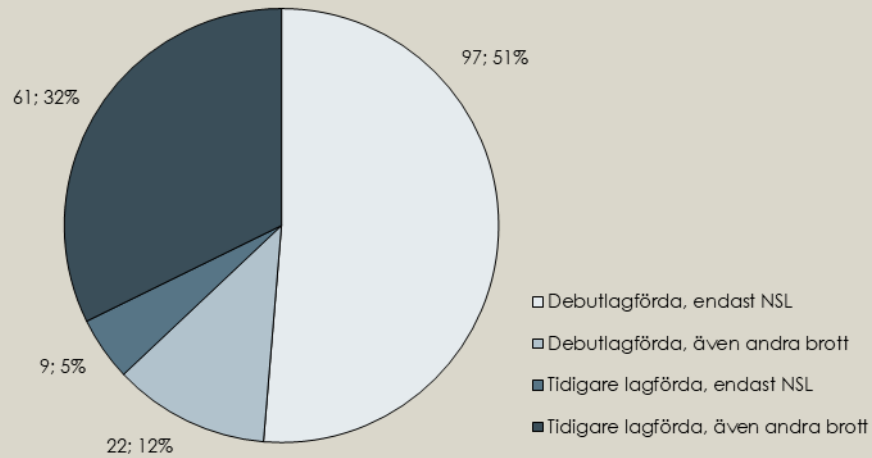
## Urvalsbrötet

För två tredjedelar av delpopulationen (n=119) var urvalsbrötet det första brott som barnen lagförts för (debutlagförda). För hälften av barnen (n=97) gällde debutlagföringen endast brott mot NSL, medan 12 procent (n=22) lagfördes även för annat brott förutom narkotikabrottet (figur 27). De vanligaste andra brottstyperna var tillgreppsbrott, som rån eller stöld, följt av våldsbrott och brott mot knivlagen.

Drygt en tredjedel av alla barn (n=70) hade en tidigare lagföring före urvalsbrötet. Av dessa hade nio barn endast begått brott mot NSL medan de övriga (n=61) var tidigare lagförda även för andra brott än narkotikabrott.

**Figur 27. Debutlagförda och tidigare lagförda**

Debutlagförda och tidigare lagförda, endast för brott mot NSL respektive även för andra brott, bland de barn som ingick i delpopulation 1. Antal och procent.

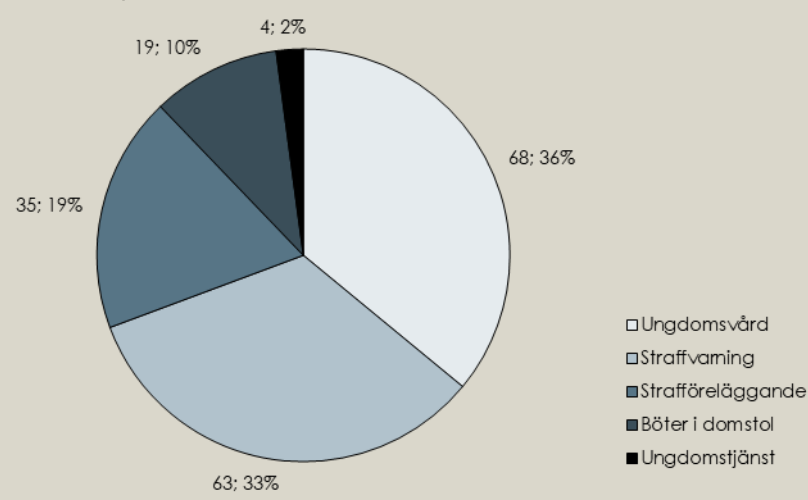


## Rättsliga reaktioner på urvalsbrottet

Av de barn som inkluderats i delpopulation 1 hade nästan tre av fyra (71 %) fått en rättslig reaktion med vårdinsats, det vill säga ungdomsvård, straffvarning eller ungdomstjänst.<sup>97</sup> De flesta fick ungdomsvård (36 %), följt av straffvarning (33 %), strafföreläggande (19 %), böter i domstol (10 %) och ungdomstjänst (2 %) (figur 28). För de flesta av barnen (närmare 80 %) var brott mot NSL det enda brott som låg till grund för den aktuella lagföringen. Andelen som begått ringa narkotikabrott var 97 procent och resterande 3 procent hade begått brott av normalgraden.

**Figur 28. Rättsliga reaktioner på urvalsbrottet**

Rättsliga reaktioner på urvalsbrottet bland de barn som ingick i delpopulation 1. Antal och procent.



<sup>97</sup> Att jämföra med hela populationen, där drygt två tredjedelar (67 %) av 15–17-åringarna fått en rättslig reaktion med vårdinsats.

## Majoriteten av barnen kända sen tidigare

Drygt tre fjärdedelar av barnen i delpopulation 1 (n=146) var kända sedan tidigare av socialtjänsten. Med tidigare känd menas att barnet varit aktualiserat på grund av orosanmälan eller fått insatser från socialtjänsten innan polisens anmälan om urvalsbrottet inkom.

För drygt hälften av de kända barnen (n=76) var urvalsbrottet det första brott som de lagförts för (debutlagförda). För merparten handlade det enbart om brott mot NSL (n=59). Knappt hälften (n=70) var tidigare lagförda även för andra brott utöver narkotikabrott.

Merparten (75 %; n=110) av de kända barnen hade tidigare fått vårdinsatser genom socialtjänsten, oftast på grund av normbrytande beteende hos barnet, såsom substansbruk (54 %), kriminalitet (44 %) och skolproblem (39 %). Alla barn som tidigare varit lagförda för brott (n=70) var också kända av socialtjänsten.

För en fjärdedel (n=36) hade socialtjänsten kännedom om barnet endast utifrån tidigare orosanmälan. Barnen hade alltså inte fått några vårdinsatser tidigare. De flesta anmälningarna (56 %) gällde kriminalitet hos den unge, följt av orosanmälan om barnets bruk av narkotika (39 %) och skolproblem (drygt 30 %). Medelåldern för första aktualisering hos socialtjänsten relaterat till eget beteende var 14 år.

En tredjedel av barnen hade fått vårdinsatser tidigare som en följd av omsorgsbrister inom familjen. En femtedel var kända av socialtjänsten efter orosanmälan på grund av våld i familjen. Medelåldern för den första aktualiseringen hos socialtjänsten, relaterat till föräldrar, var 11 år.

Totalt 25 barn var placerade i heldygnsvård fram till fyllda 14 år. Femton av barnen var 0–12 år och tio barn var 13–14 år när de heldygnsplacerades för första gången.

## Socialtjänstens hantering av brottsanmälan

Polisen har i vissa fall en skyldighet att genast underrätta socialtjänsten när en person under 18 år är misstänkt för brott.<sup>98</sup> Våra data visar att i 85 procent av fallen (n=160) fanns en brottsanmälan i socialtjänstens akt över personen. För omkring två tredjedelar (64 %) ledde polisens brottsanmälan till att socialtjänsten (efter en förhandsbedömning) inledde en utredning av den unges situation på grund av oro för begynnande missbruk och/eller kriminalitet eller för att revidera/komplettera en pågående insats. För en mindre grupp, 17 procent, hade socialtjänsten en pågående utredning när brottsanmälan inkom. Cirka 10 procent av barnen hade redan en relevant insats.

I utredningarna redogjorde socialtjänsten i mer än 75 procent av fallen för barnets risk- och skyddsfaktorer inom områden som familj och miljö, utbildning, sociala relationer, fysisk och psykisk hälsa, känslor och beteende samt alkohol- och droganvändning. I 86 procent av fallen hade en sammanvägd bedömning av barnets situation utifrån dessa områden genomförts.

För mer än hälften av barnen (n=109) förekom inga andra indikationer på narkotikabruk från tiden för brottet och fram till lagföringsdagen utöver brottsanmälan. I de fall indikationer hade förekommit kom de från skolan

<sup>98</sup> Se 6 § första stycket LUL och 34 § första stycket 1 LUL.

(16 %), polisen (15 %), socialtjänstens egna iakttagelser (11 %), föräldrar (10 %) och fältarbetare (2 %). I drygt 18 procent av fallen kom indikationer från ”annan”, som till exempel hälso- och sjukvården, olika behandlingsutförare eller fritidsgård.

## Handläggningstider

Antal dagar mellan brottsdatum och lagföringsdatum varierade mellan 23 och 276 dagar. Medelvärdet var 95 dagar och medianen 79 dagar. När två extremvärden med långa tidsspänn exkluderas var antalet dagar mellan brottsdatum och den dag då yttrandet från socialtjänsten skickades till polis eller åklagare 0 till 238 dagar. Medelvärdet var 59 dagar och medianen 42 dagar.

## Socialtjänstens bedömning påverkar valet av rättslig reaktion

Åklagaren eller undersökningsledaren ska under vissa förutsättningar inhämta yttrande från socialnämnden innan man beslutar i åtalsfrågan.<sup>99</sup> Detta förefaller ske regelmässigt när barn under 18 år är misstänkta för narkotikabrott. Av våra data framkommer att åklagare eller polismyndighet har skickat begäran om yttrande i 98 procent (n=186) av ärendena.

Ett yttrande ska bland annat innehålla en bedömning av huruvida den unge har ett särskilt behov av åtgärder från socialtjänsten som syftar till att motverka fortsatt ogynnsam utveckling. Yttrandet ska också innehålla en redovisning av de åtgärder som nämnden avser att vidta.<sup>100</sup> Yttrandet kan påverka åklagarens inställning till om straffvarning är aktuellt. Om åtal väcks kan yttrandet användas som underlag för valet av påföljd.<sup>101</sup>

Domstolen får endast döma till ungdomsvård om det finns ett yttrande från socialnämnden med det innehåll som avses i 11 § LUL.<sup>102</sup>

## En majoritet bedömdes ha vårdbehov

För drygt tre fjärdedelar av barnen (n=143) svarade socialnämnden i sitt yttrande till åklagare att den unge hade ett särskilt vårdbehov och var i behov av insatser från socialtjänsten till följd av urvalsbrottet. I drygt 20 procent (n=39) av ärendena bedömdes den unge inte ha ett sådant vårdbehov och i några ärenden (n=7) framgick det inte vilken bedömning socialtjänsten hade gjort (figur 29).

---

<sup>99</sup> Se 11 § LUL.

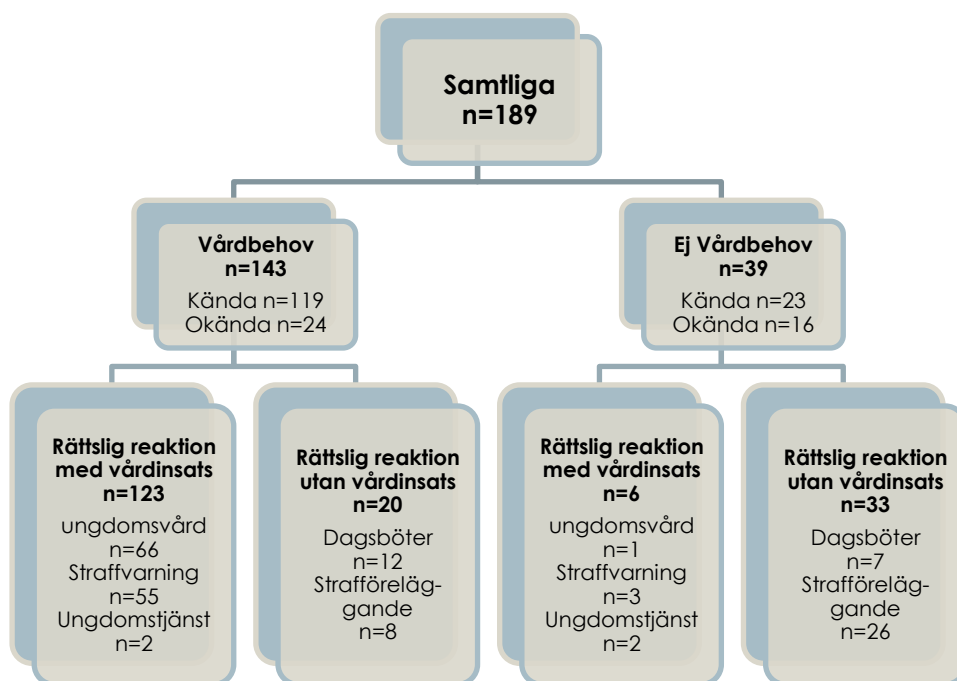
<sup>100</sup> Se 11 § tredje stycket LUL. Uppgifter som bör eller kan finnas med i yttrandet framgår av HSLF-FS 2019:30.

<sup>101</sup> Se 11 och 17 §§ LUL samt 32 kap. 1 och 2 §§ BrB.

<sup>102</sup> Se 28 § LUL och prop. 2005/06:165 s. 107.

## Figur 29. Socialtjänstens bedömning av vårdbehov

Socialtjänstens bedömning av vårdbehov\* samt rättsliga reaktioner, med och utan vårdinsats, på urvalsbrottet. Barn i delpopulation 1.



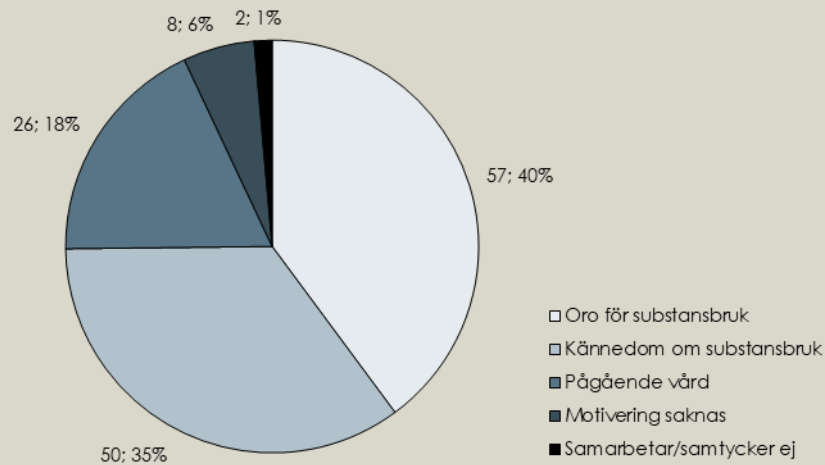
\* För 7 barn framgick inte bedömning av vårdbehov.

## Socialtjänstens motivering till vårdbehov

Socialnämnden ska i sitt yttrande till åklagare bedöma behovet av vård. Den vanligaste motiveringen i denna studie var att socialtjänsten uttryckte oro för substansbruk. Argumenten var att det behövs vård för att motverka en ogynnsam utveckling, att substansbrukets omfattning behöver kartläggas samt att den unge behöver stöd för att förstå risker och konsekvenser av substansbruk. En nästan lika vanlig motivering var att socialtjänsten hade kännedom om barnets pågående substansbruk med vidhängande destruktivt beteende och bedömde att barnet behövde stöd för att bli drogfri. I 18 procent av fallen var motiveringen att barnet redan hade en pågående vårdinsats (figur 30).

**Figur 30. Socialtjänstens motivering av vårdbehov**

Socialtjänstens motivering (katgriserat) av att vårdbehov föreligger vid urvalsbrottet bland de barn som ingick i delpopulation 1. Antal och procent.

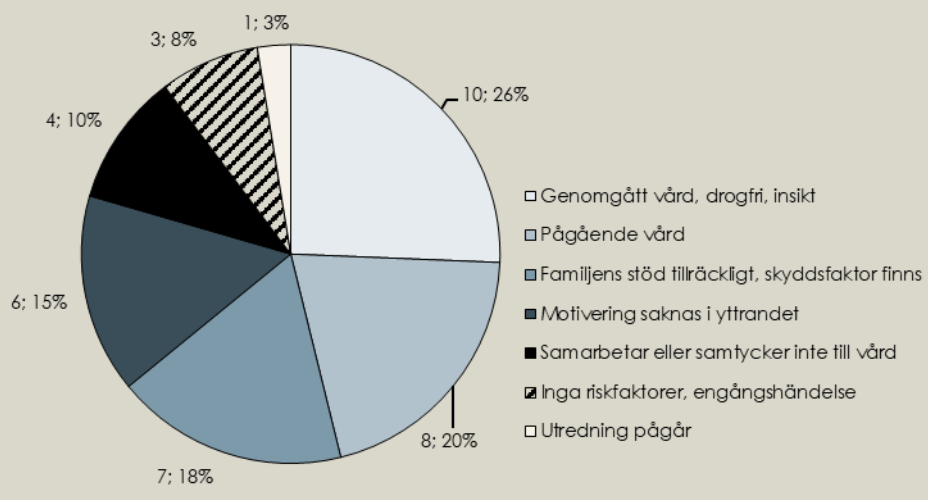


## Motivering till att vårdbehov inte bedömdes föreligga

En femtedel (n=39) av 15–17-åringarna bedömdes sakna ett särskilt vårdbehov. Över hälften (n=23) av dessa var kända av socialtjänsten sen tidigare. Nästan alla (n=22) av de tidigare kända barnen hade tidigare anmälts till socialtjänsten på grund av eget beteende och nästan hälften på grund av substansbruk. Vid tillfället för brottet hade 20 procent (n=8) en pågående vårdinsats, varav tre vårdades för substansbruk.

**Figur 31. Socialtjänstens motivering till att barnet saknar vårdbehov**

Socialtjänstens motivering i yttrandet (katgriserat) till att barnet bedöms sakna särskilt vårdbehov vid urvalsbrottet. Barn som ingick i delpopulation 1. Antal och procent.





Socialtjänstens vanligaste motivering till att särskilt vårdbehov inte bedömdes föreligga var att barnet genomgått vård och nu var drogfri eller hade kommit till insikt om det problematiska med att använda droger. Näst vanligast var att barnet vid tiden för yttrandet hade pågående vård. En motivering var att familjens stöd var tillräckligt för att hantera problemet och att det därmed fanns tillräckligt med skyddsfaktorer runt barnet. I sex fall saknades en motivering i yttrandet (figur 31).

## Skilda bedömningar av vårdbehov för tidigare kända respektive inte kända barn

Drygt 80 procent (n=119) av de tidigare kända barnen bedömdes av socialtjänsten ha ett särskilt vårdbehov, medan drygt 15 procent (n=23) bedömdes sakna ett sådant. I fyra fall framgick inte socialtjänstens bedömning av vårdbehovet.

Tre fjärdedelar (n=108) av de kända barnen fick en rättslig reaktion med vårdinsats. Den vanligaste rättsliga reaktionen, som 40 procent (n=57) fick, var ungdomsvård medan en knapp tredjedel (n=45) fick straffvarning. I två fall dömdes till ungdomstjänst. Ungefär vart fjärde barn (n=38) lagfördes och fick strafföreläggande eller böter i domstol.

Något mer än hälften (n=24 av 43) av de barn som socialtjänsten saknade tidigare kännedom om bedömdes ha ett vårdbehov. En dryg tredjedel (n=16) bedömdes sakna ett vårdbehov. I tre fall framgick inte socialtjänstens bedömning.

Drygt hälften av de inte tidigare kända barnen fick en rättslig reaktion med vårdinsats. Vanligast var straffvarning (n=13), följt av ungdomsvård (n=10). I två fall dömdes barnet till ungdomstjänst. Tre av barnen fick en rättslig reaktion med vårdinsats, trots att socialtjänsten bedömt att särskilt vårdbehov saknades. Drygt en tredjedel (n=15 av 43) fick strafföreläggande eller böter i domstol.

För samtliga barn som benämns som okända var urvalsbrottet det första brott som de dittills lagförts för. Merparten (n=38) lagfördes endast för brott mot NSL. Samtliga brott, utom ett, var ringa brott.

## En tredjedel fick bötesstraff

Knappt en tredjedel av delpopulationen (n= 54) fick en rättslig reaktion i form av böter. Böter kan tilldelas på två sätt, antingen som påföljd i domstol eller efter beslut av åklagare i form av strafföreläggande. Drygt två tredjedelar (n=35 av 54) fick böter i form av strafföreläggande (figur 32).

En dryg tredjedel (n=20) av dem som fick böter bedömdes av socialtjänsten *ha ett vårdbehov* men lagfördes ändå inte till en rättslig reaktion med vårdinsats. Nästan hälften av dessa barn (n=9) hade vid tiden för brottet redan en pågående vårdinsats från socialtjänsten, oftast med fokus på substansbruk. För dem som inte hade en pågående vårdinsats erbjöd socialtjänsten vård i åtta av elva fall. I fyra fall avböjde barnet den erbjudna vården.

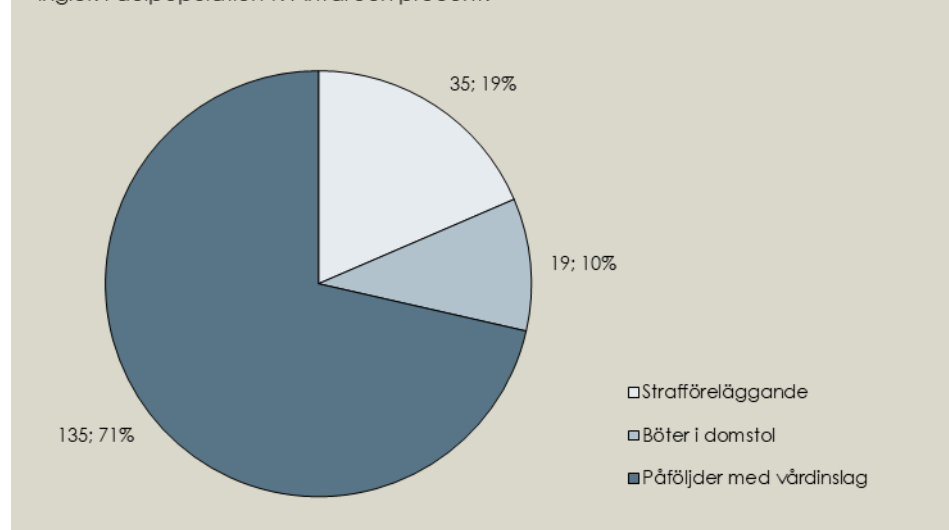
Två tredjedelar av gruppen (n=33) som fick böter bedömdes *inte ha något vårdbehov* av socialtjänsten. I socialtjänstens yttranden till polis eller åklagare var motiveringen oftast att barnet bedömdes vara drogfri och hade insikt om sin situation (n=7) eller att det fanns både skyddsfaktorer och tillräckligt

stöd inom familjen (n=4). Som exempel kan nämnas två ärenden där barnen hade genomgått en vårdinsats i direkt anslutning till brottet på initiativ av föräldrarna som kände oro för substansbruk. Vårdinsatsen hade avslutats före lagföringsdagen. Inom denna grupp fanns det även ett antal barn som hade pågående vård (n=7), varav knappt hälften hade en vårdinsats för substansbruk.

De flesta som ingick i studiepopulationen var kända av socialtjänsten sedan tidigare. Detsamma gällde de som fick böter (n=38). Nästan hälften (n=25) hade tidigare fått någon form av vård från socialtjänsten, varav hälften för substansbruk.

**Figur 32. Böter och strafföreläggande**

Böter, strafföreläggande och påföljder med vårdinslag vid urvalsbrottet. Barn som ingick i delpopulation 1. Antal och procent.



## De flesta fick vård med fokus på substansbruk

Den insats (till både tidigare kända och inte kända barn) som socialtjänsten oftast föreslog i sitt yttrande var det som vi valt att benämna *substansbruksbedömning med kort intervention*. Det kan beskrivas som en tidsbegränsad serie av samtal med fokus på den unges riskbeteende och droganvändning, med inkluderade drogtestar. För genomförandet av vårdkontakten ansvarade oftast en specialiserad öppenvårdsmottagning för unga med drogproblem, såsom en Mariamottagning (Mini-Maria) eller liknande.

Andra förekommande insatser var *placering i heldygnsvård* (särskilda ungdomshem, övriga HVB, familjehem), *program- eller gruppverksamheter* (t.ex. CRA, Ett nytt vägval, Familjeteamet, RePulse, Ta Chansen, Resursteam) och specificerade programverksamheter som Social insatsgrupp (SIG), Multisystemisk terapi (MST) och *kontaktperson* (SKKP och KP). Inom kategorin ”annat” finns insatser som Ungdomsmottagning, Hemmalaget, barn och ungdomspsykiatri och förstärkt öppenvård (tabell 4).

Det var i huvudsak tidigare kända barn som föreslogs få heldygnsvård i form av institutionsplacering.

**Tabell 4. Insatser i yttrandet för barn med vårdbehov**

Antal insatser i yttrandet för barn med vårdbehov (n=135), fördelat efter om insatsen är "ny", "samma som pågående" eller "insats som kompletteras". Flera insatser är möjliga.

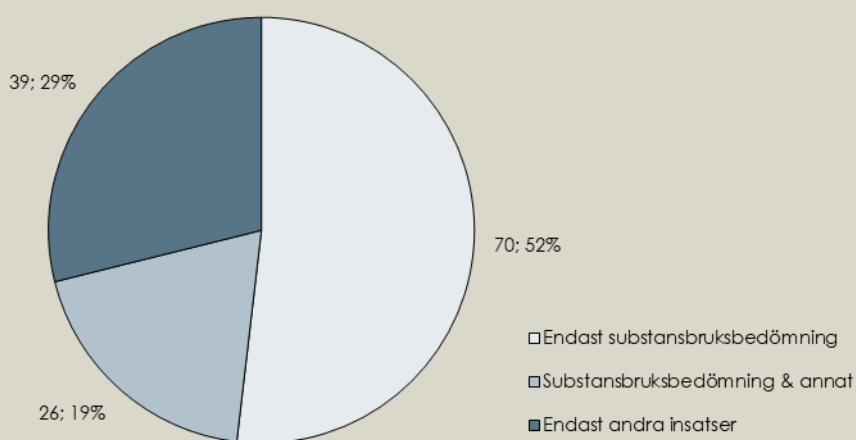
	Ny insats	Samma insats som pågår	Har insats, kompletteras	Summa antal insatser	Summa (%)
Särskilt kvalificerad kontaktperson (SKKP)	3	1	3	7	5
Kontaktperson (KP)	..	1	..	1	<1
Sociala Insatsgrupper (SIG)*	3	1	..	4	3
Substansbruksbedömning	53	25	18	96	71
<i>Därav:</i>					
Mariamottagning	41	19	11	71	53
Specialiserad öppenvård	9	6	5	20	15
Endast droganalys	3	..	2	5	4
Program eller gruppverksamhet	16	5	3	24	18
Multisystemisk Terapi (MST)	..	1	1	2	1
Särskilt ungdomshem (SiS)	1	7	3	11	8
Hem för vård och boende (HVB)	4	7	6	17	13
Familjehem	..	2	..	2	1
Annat	2	4	2	8	6

\* SIG är en arbetsform för samverkan på individnivå.

Drygt hälften av de barn som föreslogs få vård i yttrandet fick substansbruksbedömning som ensam vårdinsats. Vart femte barn föreslogs få substansbruksbedömning i kombination med en annan insats. För nästan vart tredje barn föreslogs andra insatser än substansbruksbedömning (figur 33).

**Figur 33. Substansbruksbedömning som insats**

Antal barn som i yttrandet föreslogs få en substansbruksbedömning (ensamt eller i kombination med annan insats) respektive endast annan insats vid urvalsbrottet. Barn som ingick i delpopulation 1. Antal och procent.



## Hög andel fullföljer vården

Merparten av delpopulationen (71 %, n =131) fick en rättslig reaktion i form av ungdomsvård eller straffvarning. Av dokumentationen framgår att 77 procent av barnen fullföljde den vård som var beskriven i ungdomskontrakt eller i vårdplan (n= 85 av 115).

För 16 barn (14 %) påbörjades den föreslagna vården men den avbröts i förtid. Angivna orsaker var misskötsamhet från barnets sida (n=12) och ett förändrat vårdbehov (n=2). I två fall var orsaken inte angiven i socialtjänsten akt. För fyra barn kunde den vård som planerades inte påbörjas av olika anledningar. I ett fall lagfördes personen inte till den vård som föreslagits i yttrandet. I fem fall gick det inte att utläsa av dokumentationen huruvida vården fullföljdes. Det är ingen större skillnad i fördelning mellan dem som fått ungdomsvård respektive straffvarning vad gäller fullföljandet av vården.

## Flera insatser utöver den vård som ingick i den rättsliga reaktionen

Fler barn än dem som fick vård inom rättssystemets ramar, i form av ungdomsvård eller straffvarning för urvalsbrottet, hade insatser inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården. Några barn fick också fler insatser än dem som ingick i den rättsliga reaktionen.

Sammantaget fick 87 procent (n=164) av barnen vårdinsatser, såväl utöver som inom ramen för rättssystemet. Så stor andel som 42 procent (n=79) av barnen hade en pågående insats vid tiden för urvalsbrottet. Två tredjedelar (n=51) av de barn som hade pågående vård hade det för substansbruksrelaterade problem och drygt två tredjedelar (n=55) för andra problem.

Drygt en fjärdedel (n=22) av barnen som hade pågående vård var placerade i heldygnsvård. För ytterligare en fjärdedel (n=19) pågick någon form av familjebehandling. Övriga hade pågående insatser i öppenvården, bland annat SKKP, KP eller substansbruksbedömning.

Av vad som framgår av den utredning som socialtjänsten inledde till följd av brottsanmälan eller för att avge yttrande, erbjöds knappt hälften av barnen (n=91) en insats som var direkt riktad till barnet. Ett vårderbjudande riktat till familjen erbjöds i 11 procent (n=21) av fallen och 10 procent (n=18) fick ett vårderbjudande riktat till föräldrar och barn var för sig. I vissa insatser som är riktade till barnet involveras vårdnadshavare men dessa är inte specificerade i denna redovisning.

Omkring 15 procent av barnen (n=28) fick inget erbjudande om vård av socialtjänsten. En lika stor andel, 15 procent (n=29), erbjöds fler insatser än vad som föreslogs i yttrandet.

## Samtycke till vård

I de fall barnet redan har en pågående vårdinsats kan socialtjänsten föreslå att den fortsätter eller att barnet får kompletterande insatser som en följd av narkotikabrottet. Den pågående insatsen kan vara med stöd av SoL eller LVU, det vill säga vård utan samtycke.

Barnet och/eller vårdnadshavare kan ibland först tacka nej till socialtjänstens vårderbjudande för att senare samtycka till den vård som föreslagits i

yttrandet till åklagaren. Dessa olika alternativ gör att det inte på ett entydigt sätt går att uttala sig i denna studie om vilken betydelse barnets samtycke har för valet av rättslig reaktion med eller utan vårdinsats.

Av de barn som inte hade pågående vård var det endast ett fåtal barn som inte samtyckte till vård som sedan fick en rättslig reaktion utan vårdinsats. Det gällde endast fem barn, varav tre fick strafföreläggande och två fick böter. Ett av dessa barn bedömdes i yttrandet inte ha ett vårdbehov, men socialtjänsten föreslog ändå familjebehandling. I detta fall avböjde även vårdnadshavare vård. I yttrandet föreslogs två av barnen att få substansbruksbedömning, ett barn att få kontaktperson och ett barn att få enskilt samtal. Ett barn placerades sedermera i särskilt ungdomshem men fick böter. Skäl till att samtycke inte erhöles var antingen att barnen förnekade problem eller att familjen ansåg att de kunde hantera situationen på egen hand.

## Få barn riskerar att *inte* bli uppmärksammade

För att få en bild av hur många barn som inte erbjuds insatser har ett urval gjorts av (1) de barn som antingen fick strafföreläggande eller böter i domstol, (2) de som inte hade pågående vård vid tidpunkten för urvalsbrottet, (3) de som var tidigare okända av socialtjänsten och (4) de som inte bedömdes ha ett särskilt vårdbehov och inte heller erbjöds vård.

Endast elva barn möter dessa uppställda kriterier. För samtliga var urvalsbrottet det första brott de begått och narkotikabrottet var det enda brottet i lagföringen. Socialtjänstens motivering till att de inte bedömdes ha ett särskilt vårdbehov var i tre fall att det fanns skyddsfaktorer och tillräckligt familjestöd. I fyra fall bedömdes den unge ha kommit till insikt om den uppkomna situationen, var drogfri eller hade redan genomgått behandling i anslutning till brottet. I två fall saknades motivering och i två fall ville inte familjen samarbeta eller ge sitt samtycke. Vid utgången av 2020 hade sju av dessa elva barn återfallit, sex av dem i nya narkotikabrott.

## Skillnader mellan flickor och pojkar

I delpopulation 1 ingår 23 procent flickor (n=43) och 77 procent pojkar (n=146).<sup>103</sup> I avsnittet presenteras vissa skillnader mellan flickor och pojkar i delpopulationen (tabell 5). I urvalet har en större andel flickor fått straffvarning (44 % respektive 30 %) medan en större andel pojkar har fått ungdomsvård (39 % respektive 28 %). I övrigt är fördelningen av rättsliga reaktioner snarlika mellan könen.

## Hälften av flickorna hade tidigare anmälningar på grund av omsorgsbrist

Urvalsbrottet var ett debutantbrott för en något större andel flickor än pojkar. Pojkarna hade i sina debutlagföringar något fler andra brott utöver narkotikabrott. Dock var en större andel flickor i materialet kända av socialtjänsten sedan tidigare.

<sup>103</sup> Att jämföra med hela populationen där 13 procent var flickor och 87 procent var pojkar.

Medelåldern vid tiden för den första anmälan på grund av eget beteende till socialtjänsten var fjorton år både för pojkar och flickor. När anmälan gällde omvårdnadsbrist var pojkarna nästan ett år yngre (10,4 år respektive 11,3 år). Orsak till anmälningarna skiljer sig mellan könen i några avseenden. En högre andel flickor hade anmälningar för alkoholkonsumtion jämfört med pojkar i materialet. Fler pojkar hade fått anmälningar om kriminalitet (47 % respektive 37 %) och våld eller aggressivitet (21 % respektive 9 %). Vad gäller anmälningar om föräldrars omvårdnadsbrist eller våld i familjen var förhållandet det motsatta. Hälften av flickorna hade fått tidigare anmälningar avseende omsorgsbrist (51 % respektive 19 %) och var tredje hade fått tidigare anmälningar för våld inom familjen (35 % respektive 16 %). Anmälningar som rörde skola och substansbruk var ungefär lika vanliga mellan könen.

Betydligt större andel flickor (35 % respektive 17 %) hade förskrivits och hämtat ut läkemedel för adhd under 2016. En större andel flickor än pojkar (42 % respektive 26 %) hade fått en adhd-diagnos inom slutenvården eller den specialiserade öppenvården till och med år 2016.

**Tabell 5. Könsskillnader för ett urval av nyckelvariabler**

Könsskillnader för ett urval nyckelvariabler. Barn i delpopulation 1. Antal och procent.

	Flickor (n=43)		Pojkar (n=146)	
	n	%	n	%
Tidigare kända av socialtjänsten	36	84	110	75
Uttag adhd-läkemedel år 2016	15	35	25	17
Adhd-diagnos t.o.m. 2016	18	42	38	26
Debutlagförda	30	70	89	61
Pågående vård vid brottet	25	58	54	37
Pågående vård för substansbruk	17	40	34	23
Bedömdes ha särskilt vårdbehov	29	67	114	78
Föreslogs vård i yttrande	32	74	110	75
Samtyckte ej till insats i utredning	12	28	19	13
Fullföljde vård i yttrande	17	74	92	78

## Vanligare att flickor hade pågående vård vid tiden för brottet

En större andel av flickorna (58 %) i delpopulationen hade pågående vård vid tidpunkten för urvalsbrottet, jämfört med pojkarna (37 %). Det var också fler flickor som hade pågående vård för substansbruk (40 % respektive 23 %).

Nästan fyra av fem pojkar bedömdes av socialtjänsten ha ett särskilt vårdbehov, medan samma bedömning gjordes för en något lägre andel flickor (67 %). Detta trots att andelen som föreslogs få vård i socialtjänstens yttranden var densamma för båda grupperna (ca 75 %). En förklaring kan vara att hälften av de tio flickor som bedömdes sakna ett vårdbehov hade pågående vårdinsatser, till skillnad från en andel på 10 procent bland pojkarna. Den insats som föreslogs i yttrandet till polis eller åklagare var i drygt hälften av fallen substansbruksbedömning för både flickor och pojkar. Det var något vanligare att pojkar fick förslag på andra typer av program eller gruppverksamheter och det var något vanligare att flickor fick förslag på HVB-hem.

Av dem som fick rättslig reaktion med vårdinsats, och för vilka ett ungdomskontrakt eller en vårdplan fanns, fullföljde ungefär lika stor andel vården (74 % flickor respektive 78 % pojkar). En högre andel flickor (28 % respektive 13 %) samtyckte inte till den vårdinsats som föreslogs i utredningen. För åtta av de tolv flickor som inte samtyckte pågick redan vård.

## Pojkar med utländsk bakgrund erbjuds insatser i samma omfattning

Tidigare studier har visat att pojkar med utländsk bakgrund beviljas insatser i lägre grad än övriga barn [38]. I den aktuella studien går det emellertid inte att se sådana skillnader i relation till urvalsbrottet. I socialtjänstens yttranden bedömdes barn i de tre grupperna ha ett särskilt vårdbehov och föreslogs att få vård i lika stor omfattning. Andelen som fullföljde den föreslagna vården var också lika stor i de olika grupperna (tabell 6).

**Tabell 6. Svensk eller utländsk bakgrund**

Skillnader mellan barn med svensk och utländsk bakgrund för ett urval nyckelvariabler. Barn i delpopulation 1. Antal och procent.

	Barn och minst en förälder födda i Sverige (n=106)		Barnet fött i Sverige, båda föräldrarna födda utomlands (n=41)		Barn och föräldrar födda utomlands (n=42)	
	n	%	n	%	n	%
Flickor	34	79	5	12	4	9
Tidigare kända av socialtjänsten	83	78	33	81	30	71
Debutlagförda	70	66	26	63	23	55
Adhd-diagnos t.om. 2016	40	38	8	20	8	19
Adhd-läkemedel år 2016	29	27	4	10	7	17
Pågående vård vid brottet	52	49	9	22	18	43
Pågående vård för substansbruk	37	35	5	12	9	21
Rättslig reaktion med vårdinsats	74	70	29	71	32	76
Bedömdes ha särskilt vårdbehov	78	74	31	76	34	81
Föreslogs vård i yttrande	78	74	32	78	32	76
Fullföljde vård i yttrande	62	82	21	78	27	77
Nya lagföringar brott inkl. NSL	69	65	33	81	31	74
Nya lagföringar NSL	61	58	27	66	27	64

Det finns dock några större skillnader mellan grupperna. Det är en betydligt mindre andel flickor i de båda grupper där båda föräldrarna har invandrat (ca 10 % i vardera) jämfört med andelen pojkar i dessa grupper (ca 25 % i vardera). Nästan hälften (n=52) av barnen som är födda i Sverige med minst en förälder som också är född i Sverige hade pågående vård vid tidpunkten för urvalsbrottet. Detsamma gällde för gruppen barn som inte är födda i Sverige och vars föräldrar inte heller är det (n=18). Endast vart femte barn som är fött i Sverige och som har föräldrar som båda är födda utomlands hade pågående vård (n=9). Barn som har minst en förälder som är född i Sverige hade betydligt oftare fått en adhd-diagnos fram till och med år 2016 eller hade hämtat ut adhd-läkemedel under 2016, jämfört med barn vars båda föräldrar är födda utomlands.

## Hur går det för barnen?

### En majoritet lagfördes för nya brott

Av 189 barn lagfördes 70 procent (n=133) för nya brott, inklusive brott mot narkotikastrafflagen, NSL, fram till och med år 2020. Av dessa hade 61 procent enbart lagförts på nytt för narkotikabrott.

I tabell 7 redovisas återfallsfrekvensen både för nya lagföringar för annan brottslighet, inklusive brott mot NSL, och för nya lagföringar för brottslighet som enbart gäller narkotikabrott.

För de barn vars första lagföring dittills var urvalsbrottet, och som alltså blev debutlagförda för det, var andelen återfall något lägre än för de barn som hade tidigare lagföringar. Det gäller särskilt återfall i brott mot NSL. Det framgår också att andelen återfall var högre för de barn som socialtjänsten hade bedömt ha ett särskilt vårdbehov. Nästan tre av fyra barn med vårdbehov återföll i brott jämfört med 59 procent av de barn som inte bedömdes ha haft ett vårdbehov. Ett liknande mönster i återfallsfrekvens framträder för de barn som var okända respektive kända för socialtjänsten. De tidigare kända barnen återföll i brott i större omfattning än de okända. Sist i tabell 7 redovisas återfallsfrekvenser för de barn som fick rättsliga reaktioner med eller utan vårdinsats. Skillnaderna mellan grupperna är små.

**Tabell 7. Lagföringar för nya brott**

Lagföringar för nya brott. Barn i delpopulation 1. Antal och procent.

	Nya lagföringar för annan brottslighet inkl. NSL n (%)	Nya lagföringar NSL n (%)
Debutlagförda	80 (67)	67 (56)
Tidigare lagförda	53 (76)	48 (69)
Tidigare kända barn	106 (73)	92 (63)
Tidigare okända barn	27 (63)	23 (53)
Barn med särskilt vårdbehov	106 (74)	90 (63)
Barn utan särskilt vårdbehov	23 (59)	21 (54)
Rättslig reaktion med vårdinsats	96 (71)	80 (59)
Rättslig reaktion utan vårdinsats	37 (69)	35 (65)

### Lägre andel flickor lagfördes på nytt

Ungefär hälften (n=21) av flickorna, jämfört med tre fjärdedelar av pojkarna (n=77), lagfördes för nya brott efter urvalsbrottet och fram till utgången av 2020. När det gäller återfall i endast narkotikabrott var andelen pojkar högre än andelen flickor (67 %, n=98 respektive 40 %, n=17).

### Högre andel nya lagföringar för barn som fått böter

Två tredjedelar (65 %) av gruppen som fick böter lagfördes för nya brott mot narkotikastrafflagen de följande tre åren. Det är en något högre andel än bland de barn som fick en rättslig reaktion med vårdinsats, där 59 procent återföll fram till och med år 2020. En betydligt större andel av dem som



dömts till böter i domstol (84 %, n=16) jämfört med dem som fick strafföreläggande (54 %, n=19) återföll i nya narkotikabrott fram till och med år 2020.

## Högre andel nya lagföringar för barn med utländsk bakgrund

Barn som är födda i Sverige, vars båda föräldrar är födda utomlands, återföll i brott i större omfattning (81 %) fram till och med år 2020 än de andra två grupperna. I gruppen barn som har minst en förälder som är född i Sverige återföll 65 procent i brott och i gruppen där både barn och föräldrar är födda utomlands återföll 74 procent (se tabell 6).

## Barn med annan brottslighet lagfördes på nytt i större omfattning

Något mer än hälften av barnen (n=106) hade fram till och med 2017 endast lagförts för narkotikabrott. Av dessa återföll 57 procent (n=60) enbart i nya narkotikabrott och ytterligare åtta procent (n=9) även i andra typer av brott. De barn (n=83) som förutom narkotikabrott även begått andra typer av brott återföll i större omfattning. Två tredjedelar av dessa återföll enbart i nya narkotikabrott och drygt 10 procent (n=9) även i andra typer av brott.

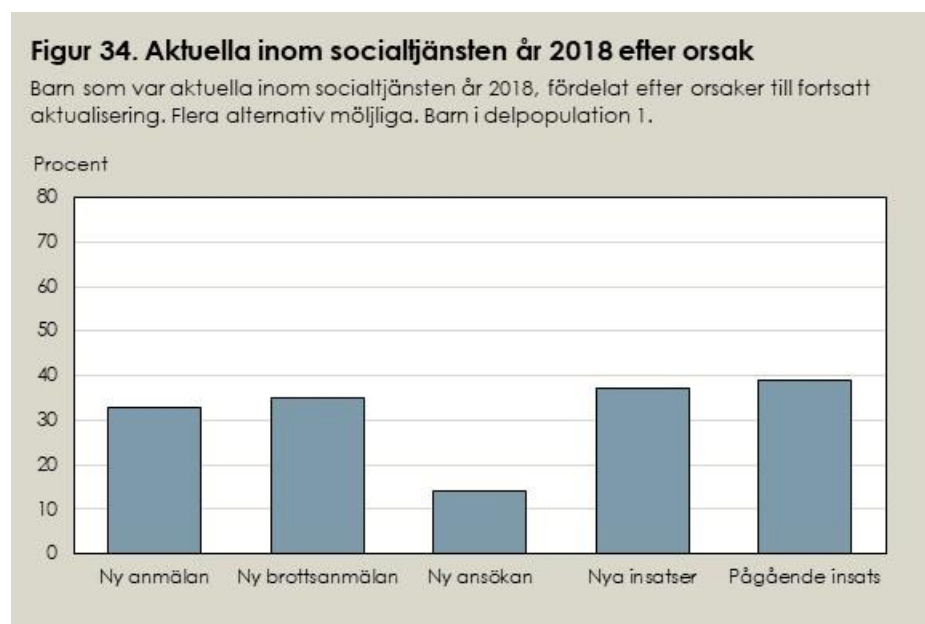
Skillnaden mellan grupperna blir större vid en jämförelse av barn som begått tre eller fler brott, vilket totalt sett vart fjärde barn (n=51) gjorde under studieperioden. I gruppen som endast begått narkotikabrott återföll 11 procent (n=12) i tre eller fler narkotikabrott och ytterligare 6 procent (n=7) återföll i andra typer av brott. I gruppen som även begått andra typer av brott återföll 31 procent (n=26) i tre eller fler narkotikabrott och ytterligare 7 procent (n=9) återföll i andra typer av brott.

## Barn som fullföljde vården lagfördes på nytt i mindre omfattning

Andelen barn som inte återföll i något brott var 30 procent fram till och med år 2020. Bland de variabler som ingår i studien finns få tydliga skillnader mellan gruppen som återföll och den som inte gjorde det. Dock skiljer sig grupperna åt i andel som fullföljde den föreslagna vården. Av dem som begick nya brott fullföljde 74 procent (n=75) den vård som socialtjänsten föreslog i yttrandet. I gruppen som *inte* begick nya brott fullföljde så många som 95 procent (n=35) den vård som föreslogs i yttrandet. Skillnaden är dock mindre när det gäller återfall i endast narkotikabrott. Av dem som återföll i narkotikabrott hade 78 procent (n=66) fullföljt vården. Av dem som *inte* återföll i narkotikabrott hade 83 procent (n=44) fullföljt vården. I övrigt finns skillnader mellan dem som hade pågående vård och dem som inte hade det vid tiden för brottet. I gruppen som återföll hade 44 procent (n=59) pågående vård och i gruppen som *inte* återföll hade 36 procent (n=20) pågående vård.

## De flesta var aktuella inom socialtjänsten även 2018

Flertalet barn var aktuella inom socialtjänsten året efter lagföringen av urvalsbrottet (figur 34). Endast vart femte barn (n=35) fanns inte i socialtjänstens dokumentation under 2018. Nästan 40 procent (n=74) av alla barn hade en pågående insats under 2018 som i många fall var den vård som följde på urvalsbrottet. För vart tredje barn (n=62) hade nya anmälningar om barnet inkommit till socialtjänsten och i ungefär lika många fall hade det inkommit nya brottsanmälningar från polisen (n=66). Dessa anmälningar överlappar varandra för 32 barn. För drygt vart tredje barn (n=70) insattes nya insatser under 2018.



## Barn med endast en lagföring

För vart femte barn (n=39) var urvalsbrottet den enda lagföringen från 15 års ålder och fram till och med år 2020. I 90 procent av fallen var det en lagföring av brott mot narkotikastrafflagen. Något färre än hälften av de 39 barnen (n=16) var okända för socialtjänsten. En fjärdedel av dem som hade en enda lagföring hade tidigare fått vård för normbrytande beteende, såsom substansbruk, kriminalitet eller våldsamt beteende. I gruppen som hade flera lagföringar hade drygt hälften fått sådan vård. Barn med endast en lagföring fick en rättslig reaktion med vårdinsats i samma omfattning som de andra barnen i delpopulationen och de fullföljde i högre utsträckning den vård som föreslås i yttrandet. Dock bedömdes 80 procent (n=120) av dem som hade flera lagföringar ha haft ett särskilt vårdbehov jämfört med 59 procent (n=23) av dem som endast hade en lagföring. De barn som lagförts för flera brott fick mer omfattande insatser, såsom Sociala insatsgrupper<sup>104</sup> och Multisystemisk terapi. Alla heldygnsplaceringar (SIS, HVB, familjehem) förutom tre gavs

<sup>104</sup> SIG är en arbetsform för samverkan på individnivå.

till barn som lagförts för flera brott. De tre undantagen gällde barn med endast en lagföring, som placerades på HVB. Vart tredje barn (n=13) med endast en lagföring hade ett vårdtillfälle relaterat till en adhd-diagnos till och med år 2016 medan detsamma gällde för endast 18 procent (n=27) av övriga barn.

## Sammanfattning av delpopulation 2

Detta avsnitt handlar om delpopulation 2, det vill säga de 18–20-åringar som lagfördes för brott mot NSL under 2017 och som fick böter som rättslig reaktion, och som tidigare varit lagförda för narkotikabrott när de var 15–17 år. Syftet var att undersöka socialtjänstens bedömning av vårdbehov och vilka insatser de erbjudits vid tidigare lagföring när de var 15–17 år. Även för denna grupp har socialtjänstens dokumentation och bedömning av barnens behov *vid första lagföringstillfället för brott mot NSL* (år 2012–2015) analyserats. I delpopulationen ingår 51 personer, varav 80 procent (n=41) är pojkar och 20 procent (n=10) är flickor.

Delpopulationen utmärker sig inte vad gäller de frågeställningar (6a-d, se sida 76) som undersökts. Inte heller vad gäller huruvida de var kända sedan tidigare av socialtjänsten, socialtjänstens bedömning av särskilt vårdbehov eller vilka insatser de fick. Även i denna grupp var en majoritet (71 %) kända och tre av fyra bedömdes ha ett vårdbehov. Substansbruksbedömning var den klart mest förekommande vårdinsats som föreslogs i yttrandet. Med anledning av ovan följer endast en kortare redovisning av återfall i delpopulation 2.

Andelen som återföll under uppföljningsperioden efter urvalsbrottet 2017 fram till och med år 2020 var hög. Urvalet är dock baserat på att de som inkluderats i delpopulationen tidigare hade begått minst två narkotikabrott, ett under åren 2012–2015 och ett då urvalsbrottet begicks år 2017. Återfall i denna grupp blir därmed individernas minst tredje brott. Eftersom ett inklusionskriterium i urvalet är baserat på återfall (urvalsbrottet 2017) är det inte relevant att jämföra återfallsfrekvensen mellan delpopulation 1 och delpopulation 2.

I delpopulation 2 återföll nästan tre fjärdedelar (n=37) av de unga ytterligare minst en gång i någon typ av brottslighet efter urvalsbrottet fram till och med år 2020. Drygt två tredjedelar (n=34) återföll i endast narkotikabrott, vilket innebär att återfallsbrottet var minst deras tredje narkotikabrott. Dock minskade andelen som begått ytterligare brott efter denna tredje lagföring avsevärt.

## Delstudie 2: Modeller och samverkansformer för begynnande narkotikaproblem

Delstudie två syftar till att studera och kartlägga modeller och samverkansformer som bidrar till att dels uppmärksamma barn och unga vuxna i åldern 15–20 år, som använt narkotika, dels kan fungera som en brygga mellan områdena brottsbekämpning, drogförebyggande och behandling.

Delstudie två är uppdelad i två faser, en kartläggning och en fördjupande studie av Mini-Maria eller Mariamottagningarnas arbetsmodell för målgruppen. Genomförandet av fas två var avhängigt av vad som identifierades i fas 1.

### Resultat från kartläggning av samverkansformer

Under hösten 2019 genomfördes en kartläggning av samverkansformer för att uppmärksamma barn och unga vuxna som använt narkotika samt att identifiera framgångsfaktorer i dessa samverkansformer<sup>105</sup>. För metod och genomförande se bilaga 2.

Resultaten av kartläggningen visar att det finns en mångfald samverkansformer mellan polis och socialtjänst. För att en samverkansform ska fungera väl behöver den utformas utifrån lokala förutsättningar. Att hitta en samverkansmodell som skulle kunna implementeras och användas i alla kommuner förefaller därför inte troligt, och det var heller inte ett mål för uppdraget. Samtidigt visar forskning att vissa komponenter behövs i all samverkan för att den ska fungera och vara långsiktigt hållbar. Dessa komponenter rör styrning, struktur och samsyn [39].

Många av de identifierade arbetssätten kan kategoriseras som *social brottsprevention*,<sup>106</sup> med fokus på *universell* och *selektiv prevention*. Det vill säga: det finns en strukturerad samverkan, dels kring gruppen unga generellt, dels kring de unga som bedöms vara i riskzon för att begå brott. Syftet med samverkan är att skapa gemensamma problembilder och lägesbeskrivningar och att rikta insatser till unga som riskerar att utvecklas ogynnsamt. Dessa samverkansformer kan ses som en brygga mellan brottsbekämpning och drogförebyggande arbete och insatser, men de syftar inte specifikt till att uppmärksamma unga som använt narkotika.

<sup>105</sup> Inom ramen för ett annat uppdrag, har Socialstyrelsen även gjort en kartläggning av metoder och arbetssätt som används i arbetet med att förebygga normbrytande beteende och brott bland barn och unga i Sverige. Exemplet har valts ut i samverkan mellan Socialstyrelsen och Polismyndigheten, och i samråd med Skolverket. Exemplet finns publicerade på Socialstyrelsens webbplats. Läs mer: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/barn-och-unga/unga-som-begar-brott/exempel-brottsforebyggande-metoder/>

<sup>106</sup> En vanlig indelning inom det brottsförebyggande arbetet är situationell brottsprevention och social brottsprevention.

## Identifierade samverkansformer

Samverkan mellan polis och socialtjänst förekommer i någon form i de flesta av kommunerna, men graden av samverkan varierar. Vanligast är övergripande samverkan mellan olika aktörer kring barn och ungdomsgruppen i stort, snarare än samverkan specifikt kring unga som missbrukar droger. Dessa samverkansformer rör oftast barn upp till 18 år.

De modeller som används mest riktar sig till unga på gruppnivå i förebyggande syfte (oftast brottsförebyggande). Syftet är att fånga upp trender, tendenser och aktuella problem, men det finns även utrymme för samverkan kring individen. Modellerna har en liknande struktur men benämns olika, beroende på vilka aktörer som ingår, till exempel: SSPF (samverkan, socialtjänst, polis och fritid), SSP (socialtjänst, skola, polis), PSS (polis, skola, socialtjänst) och SSPU (socialtjänst, skola, polis, ungdom).

En annan samverkansform är sociala insatsgrupper (SIG), som i huvudsak handlar om samverkan kring enskilda barn. SIG har utvecklats i olika lokala varianter och används för olika målgrupper i kommunerna. Vissa SIG fokuserar på barn som ännu inte har begått brott men befinner sig i riskzonen, och vissa fokuserar på unge med en omfattande brottsproblematik. Majoriteten av de unga som erbjuds stöd inom ramen för sociala insatsgrupper är dock redan aktuella hos socialtjänsten.

I några kommuner har samverkansmodellen SMADIT (samverkan mot alkohol och droger i trafiken) utvecklats till att även omfatta misstänkta för ringa narkotikabrott utöver trafiknykterhetsbrott, vilket inkluderar unga som är 18 år och äldre. Folkhälsomyndigheten har i uppgift att samordna SMADIT. De myndigheter som ingår i samverkan är Trafikverket, Transportstyrelsen, Polismyndigheten och Socialstyrelsen.

I vissa kommuner har polisen och socialtjänsten tecknat avtal om samverkan kring unga upp till 20–25 år, som grips för misstanke om ringa narkotikabrott. Avtalen innebär antingen en överenskommelse om att polisen även orosanmäler unga över 18 år eller att polisen efterfrågar samtycke av den unge till att socialtjänsten kontaktar den unge för samtal och vårderbjudande.

En annan form av samverkan är att socialsekreterare är samlokaliserade med polisen och har sin arbetsplats där. De närvarar då bland annat vid förhör med unga.

## Samverkan på individnivå kräver samtycke

De samverkansformer som finns på individnivå, till exempel SIG, bygger på förutsättningen att alla inblandade parter ska kunna dela information med varandra. Det innebär att SIG förutsätter att den unge, och i vissa fall vårdnadshavarna, samtycker till att sekretessbelagda uppgifter får lämnas mellan de aktörer som ska samverka. Samtycket bryter då sekretessen.

## Påverkansprogram med straffvarning

En form av samverkan som framkommer i kartläggningen är på individnivå och handlar om att erbjuda och nå den unge med en vårdinsats inom påföljds-systemet. Samverkan sker då mellan socialtjänsten och åklagare, men inklu-

derar även polisen. Förutsättningarna för denna samverkan regleras både i lagen (1964:167) med särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare (LUL) och i socialtjänstlagen (2001:453).

Modellen innebär att den unge får en vårdinsats i form av ett så kallat påverkansprogram, vilket ger åklagaren möjlighet att besluta om *straffvarning*. Det kan bli aktuellt i de fall den unge har begått ett brott innan han eller hon har fyllt 18 år.<sup>107</sup> Påverkansprogrammen uppges vara individuellt utformade men har en förutbestämd struktur vad gäller omfattning (pågår under 10 veckor) och frekvens (1–2 träffar per vecka och 1 timme per tillfälle). En förutsättning för straffvarning det är fullt utrett att barnet begått brottet.

I vilken fas av rättsprocessen som den unge får vårderbjudandet kan variera. Det kan ske direkt i samband med gripandet eller i samband med socialtjänstens utredning av den unges behov. I sitt yttrande till åklagaren anger socialtjänsten vårderbjudandet som förslag på vårdinsats. Yttrandet ligger till grund för åklagarens beslut, som kan vara att inte väcka åtal utan besluta om straffvarning. Alternativt kan yttrandet utgöra underlag för domstolens övervägande om att döma den unge till ungdomsvård.

## Mariamottagningar – en nyckelverksamhet

Av kartläggningen framkom att en central aktör i de samverkansformer mellan polis och socialtjänst som används för att uppmärksamma barn som använt narkotika är de så kallade Mariamottagningarna (Mini-Maria) eller liknande lokala varianter. Det är specialiserade öppenvårdsmottagningar där behandlingspersonalen ansvarar för kontakten med barnen, det vill säga för utformandet av vårderbjudandet och för genomförandet av vårdinsatsen. I förekommande fall ansvarar de även för innehållet påverkansprogram för målgruppen.

Mariamottagningar finns över hela landet och riktar sig till målgruppen 15–25 år, med vissa lokala variationer i åldersspannet. Syftet är att erbjuda specialiserad öppenvård till unga med alkohol- och narkotikaproblem. Hjälps och stöd erbjuds även till barnens anhöriga. Verksamheten ska vara lätt tillgänglig och erbjuda tvärprofessionell vård för målgruppen.

Verksamheten är ofta integrerad med hälso- och sjukvården, med delat ansvar för finansieringen mellan regionen och kommunen. Mottagningarna är organiserade på olika sätt, men vanligtvis finns där kuratorer/socionomer, sjuksköterskor och behandlare samt tillgång till psykolog och läkare vid behov. Fördjupningen i fas 2 handlar om just Mariamottagningar.

---

<sup>107</sup> Se 16 § LUL.

## Mariamottagningarnas arbetsmodell – ett lärande exempel

För att fördjupa kunskapen kring Mariamottagningarna/Mini-Maria och deras arbetssätt för att fånga upp barn med begynnande narkotikaproblem genomfördes under 2021/2022 en intervjustudie med enhetschefer och behandlingspersonal på de tre Mariamottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö. I särskilt fokus för studien var barn, där kontakten har initierats av socialtjänsten och där den unge är föremål för en rättslig reaktion.

Benämningen varierar mellan verksamheterna i storstäderna, Mini-Maria Stockholm, Mini-Maria Göteborg och Maria Malmö. Vi använder i rapporten båda benämningarna, och ibland för enkelhetens skull endast Mariamottagningarna. För en närmare beskrivning av de tre verksamheternas organisation, resurser och uppdrag, se bilaga 3.

### Mariamottagningarnas målgrupp

Mariamottagningarnas målgrupp är bredare än den grupp som avses i föreliggande uppdrag, som avgränsats till barn för vilka kontakten har initierats av socialtjänsten och där barnet är föremål för en rättslig reaktion.

En studie av Anderberg et al (2022) om den bredare målgruppen (data insamlad på Mariamottagningar i 12 städer) visar att vid inskrivning på Mariamottagning rapporterar drygt 60 procent av unga att de tidigare blivit arresterade av polis, 33 procent har en dom sedan tidigare och hälften har själva varit utsatta för brott. Nästan hälften (48%) har en riskkonsumtion av alkohol. Cannabis är den primära drogen för 76 procent av de unga. Drygt 30 procent av de unga har tidigare fått vård för drogrelaterade problem. En ettårsuppföljning visar att drygt 23 procent av de unga hade fortsatta problem med kriminalitet och för 37 procent fanns fortsatta indikationer på drog användning. En majoritet (84%) av dem som hade indikationer på kriminalitet hade också indikationer på fortsatta problem med alkohol eller droger [32].

### Modellen anpassad till påföljdssystemet för barn

Mini-Maria i Stockholm och Göteborg samt Maria Malmö har i samverkan med den lokala (myndighetsutövande) socialtjänsten utvecklat ett arbetssätt som syftar till att fånga upp barn som grips av polis, misstänkta för narkotikabrott. Arbetssättet har anpassats för att tillgodose de krav som följer av påföljdssystemet för barn och kan rubriceras som ”Motiverande samtal med substansbruksbedömning”. Dess struktur, förutsättningar och ingående moment beskrivs mer ingående nedan. I vissa moment syns skillnader mellan mottagningarna, men som helhet och i väsentliga delar är arbetssätten lika.

## Vägen in till en kontakt

Kontakt med barnet kan etableras vid olika tidpunkter:

- direkt efter gripandet
- när socialtjänsten skriver yttrande
- efter dom eller åklagarbeslut.

## Kontakt direkt efter gripandet

Föräldrarna och/eller barnet kan av polis eller av socialsekreterare inom socialtjänsten uppmanas att *direkt efter gripandet* kontakta Mini-Maria eller Mariamottagningen för att frivilligt påbörja behandling. I sådana fall omvandlas kontakten till ett *ungdomskontrakt* när rättsväsendet har meddelat domslut alternativt beslut av åklagare.

Det finns socialsekreterare som jobbar tillsammans med polisen (lokaliserade på polisen i Malmö och Göteborg) och som är med vid gripandet (Ungdomsjouren Mumin i Stockholm). Detta underlättar för att informera och motivera föräldrarna att själva ta kontakt med mottagningen. Verksamheterna anser att kontakten i dessa fall blir bättre när föräldrarna själva känner att de har initiativet.

## Kontakt när socialtjänsten skriver yttrande

Kontakten tas med Mini-Maria eller Mariamottagningen i samband med att socialsekreteraren skriver ett *yttrande till åklagare/förundersökningsledare*, vilket används som underlag för rättsväsendets myndigheters bedömning i påföljdsfrågan.

Mottagningarna konsulteras när socialtjänsten behöver ta ställning till huruvida den unge har ett vårdbehov, och för samråd om innehåll i ett eventuellt ungdomskontrakt. I dessa fall behöver ungdomen inte invänta domslut eller beslut av åklagaren utan kan direkt, på frivillig väg, påbörja behandling. Möjligheten att nå fram till ungdomen ökar om Mariamottagningen lyckas etablera en kontakt så snart som möjligt i anslutning till gripandet.

### *Mottagningarna vill bli konsulterade om innehållet i ungdomskontraktet*

En förutsättning för att mottagningarna ska kunna tillhandahålla adekvat behandling är att socialtjänsten konsulterar mottagningen angående innehållet i den vård och behandling som föreslås i ungdomskontraktet. Yttrandet och det föreslagna innehållet i ungdomskontraktet behöver stämma överens med den modell som Mini-Maria och Mariamottagningen arbetar utifrån, både vad gäller innehåll och behov, och i relation till straffvärdet för det brott som begåtts. För vissa behov kan andra aktörer än Mariamottagningar vara mer relevanta utförare. Konsultationen med Mariamottagningen är viktig för att socialnämnden ska kunna ge domstol eller åklagare ett bra beslutsunderlag. Det handlar också om att få en uppfattning om den unges inställning och samtycke till att ha en kontakt med mottagningen.

Det är socialsekreterarna inom socialtjänstens myndighetsutövande enheter som styr över inflödet till Mariamottagningarna när barn aktualiseras på grund av att de är föremål för en rättslig reaktion. Mottagningarnas möjligheter att påverka inflödet är att vara tydliga med vilken eller vilka vårdinsatser de kan erbjuda.

### *Samtycke till behandling*

Den unges samtycke till kontakt med Mariamottagningen efterfrågas av verksamheterna, men är inte ett krav. Ett inledande motiverande arbete kan behö-



vas beroende på den unges inställning till kontakt. Om behandling hos Mariamottagningen föreslås för åklagare, sker det utifrån socialtjänstens bedömning att ungdomen klarar att sköta ett sådant kontrakt. Det innebär till exempel att komma på bestämda mötestider. En iakttagelse från verksamheterna är att mer brottserfarna unga inte samtycker till kontakt med Mariamottagningarna utan hellre får bötesstraff, om straffvärdet tillåter det. Unga över 18 år behöver samtycka till att Mariamottagningen samverkar med föräldrarna. Det händer att en ungdom över 18 år samtycker till behandling men säger nej till föräldramedverkan. Då försvåras behandlingsarbetet.

## Kontakt efter dom eller åklagarbeslut

Det förekommer att Mariamottagningarna kontaktas först *när domslut eller beslut av åklagaren har fattats*. Mottagningarna får alltså i uppdrag att genomföra vård som planerats av socialtjänsten utan att mottagningarna har konsulterats vid utformningen av ungdomskontrakten. Denna kontaktväg företräds i lägst utsträckning av mottagningarna.

## Målgruppen för ungdomskontrakt

Från mottagningarna uppges att de får fler yngre jämfört med tidigare, vilket ses som positivt eftersom tidig upptäckt ingår som en målsättning för verksamheterna. Andelen barn som kommer till mottagningarna med stöd av ungdomskontrakt anges vara omkring 15 procent [40]. I Stockholm kom 92 personer till mottagningarna 2020 och 77 personer 2021. I Göteborg kom 72 personer 2020 (medianålder 17 år) och i Malmö 23 personer 2020 (medianålder 17 år).

Det är oftast tidigare okända barn som får ungdomskontrakt och för dem räcker det vanligen med en bedömning av substansbruket. Beroende på vad som framkommer i den bedömningen kan andra lämpliga insatser sättas in. Är ungdomen känd sedan tidigare sätter man vanligtvis in ett behandlingsprogram som delvis ligger utanför ungdomskontraktet. Behandlingstiden kan då bli längre.

Mottagningarna uppger att det generellt sett inte är de barn som har tyngst problematik och mest komplexa behov som aktualiseras. Förklaringen är att socialtjänsten har kunskap och erfarenhet som är till hjälp för att kunna avgöra vilka som kan klara det åtagande som ett ungdomskontrakt med behandling på Mini-Maria eller Mariamottagningen kräver.

### *Få flickor – men de har fler riskfaktorer än pojkar*

Det är vanligt att de unga har ett flertal riskfaktorer. Många barn uppges ha problem med det psykiska måendet och med relationer. Många har också sömnproblem.

Flickor utgör en minoritet på Mariamottagningarna och kommer sällan via ungdomskontrakt. Andelen flickor är cirka 20 procent i Stockholm och cirka 30 procent i Göteborg respektive Malmö. De flickor som kommer till Mariamottagningarna har ofta fler riskfaktorer än pojkar. De har till exempel varit utsatta för sexuellt våld och är generellt sett mer utsatta för olika sorters våld än pojkar och de mår psykiskt sämre.

## Kriminalitet och substansbruk

En erfarenhet är att det är lättare att fånga upp de barn som endast misstänks för brott mot narkotikastrafflagen än de som utvecklat ett mer avancerat kriminellt beteende.

Den förstnämnda gruppen kommer till Mariamottagningar för att de har ett tydligt vårdbehov för substansbruk eller en samsjuklighet. För de barn som har ett utvecklat ett kriminellt beteende kan ungdomskontrakten behöva innefatta insatser från andra aktörer som fokuserar på kriminaliteten, medan Mariamottagningarna fokuserar på vårdbehovet för substansbruket.

Det vanligaste substansbruket är cannabis, eller cannabis tillsammans med någon annan substans, till exempel opioder som Tramadol eller kokain. Det är allt färre som bara röker cannabis.

## Ungdomskontraktets ramar

För barn som kommer via ungdomskontrakt är omfattningen på vårdkontakten vanligtvis 6 till 8 träffar men kan i vissa fall vara 15 träffar i lika många veckor, beroende på ungdomens situation ”I behandlande kontakter behöver det finnas en viss intensitet i kontakten.” För dem som avslutat ett ungdomskontrakt i Stockholm under 2020 varierade kontaktens längd från 30 dagar till 316, med en median på 84.

Innehållet i ett ungdomskontrakt anpassas även utifrån brottets straffvärde. För ringa narkotikabrott är straffvärdet lågt. Det är det brott som de flesta av Mariamottagningarnas barn blivit lagförda för.

Alla mottagningar har tagit fram förslag på innehåll i ett ungdomskontrakt som de vill att den lokala socialtjänsten använder när den föreslår den här typen av vårdinsats.

## Motiverande samtal med substansbruksbedömning

Insatsen kan beskrivas som en kort intervention som genomförs i en serie av samtal inom en given tidsram (6–8 veckor eller 5–10 tillfällen under lika många veckor). Syftet är att få en psykosocial, medicinsk och psykiatrisk bedömning av den unges situation och substansbruk av alkohol och andra droger. I samtalsserien ingår drogtester och annan provtagning, hälsorådgivning, individuell samtalsbehandling (motiverande samtal) och familjesamtal av rådgivande och behandlande karaktär.

### De centrala momenten

- **Kartläggning av risk- och skyddsfaktorer** med stöd av UngDok-intervjun som grund och ram för bedömning av risk för fortsatt substansbruk och en ogynnsam utveckling.
- **Skapa en helhetssyn genom kartläggning av den unges livsområden** med stöd av UngDok-intervjun. I Göteborg har man lyft in sexuell utsatthet som särskilt tema.

- **Hälsosamtal**, inkluderat urinprov för droganalyser. Samtalen ingår i konceptet men genomförs på lite olika sätt. I Stockholm erbjuds alla en medicinsk-psykiatrisk basutredning.
- **Motiverande förhållningssätt till ungdomen.** Enskilda samtal med ungdomen. MI som förhållningssätt för att nå fram och få den unges delaktighet och etablera en kontakt. Viktigt att den unge känner sig sedd och lyssnad på.
- **Se föräldrar som de viktigaste samarbetspartnerna.** Föräldra-/familjesamtal. Föräldrar erbjuds eget stöd om behov finns. Ett utvecklingsarbete pågår med att använda Anhörig UngDok för att kartlägga anhörigas bild av situationen och behov av stöd. Föräldrarnas medverkan och delaktighet betonas som avgörande. Det är de som ska stödja den unges fortsatta utveckling.
- **Psykoedukation.** Benämningen används inte av alla. Det som avses är att man ger en kort, faktabaserad information om aktuell substans och dess effekter och skadeverkningar på kropp och psyke. Informationen är generell men knyts till det aktuella ärendet. Gäller även kriminaliteten och att prata om risker kring det. Samtalet genomförs med hela familjen tillsammans, alternativt med föräldrar och den unge var för sig.
- **Sammanhållen vård från flera huvudmän.** *En väg in i vården* för den unge och med fokus på en helhetsbedömning av den unges behov och situation – *en* medicinsk, psykiatrisk/psykologisk och psykosocial bedömning. Utifrån vad man får fram vid kartläggningen av livsområdena och hälsosamtal görs en bedömning av den unges behov. Det avgör vilka insatser, metoder eller andra resurser som kan behöva kopplas på. Olika kompetenser behövs för att kunna länka och förmedla vårdkontakter samt motivera den unge till den/de eventuella fortsatta vårdkontakter som hen behöver.
- **Flexibilitet och snabbhet för att fånga upp de omotiverade.** Det behöver finnas utrymme för flexibilitet och snabbhet i kontakten för att fånga upp de unga som inte är motiverade för en samtalskontakt. Det krävs också en viss intensitet i behandlingen och en tydlighet i struktur och omfattning.

## Mål och syfte med insatsen

I ungdomskontraktet anges det övergripande mål som ska uppnås med insatsen, Vid ett uppstartsmöte formuleras mer operativt handlingsbara mål, i nära och tät kommunikation med ungdomen, föräldrar och lokal socialtjänst.

Det man vill ska ske inom ramen för kontraktstiden beskrivs vara: 1) att den unge slutar använda droger, 2) att man kan motivera till en kontakt om man upptäcker att den unge har ett problem eller 3) att ge den unge en upplevelse av att vara lyssnad på, som hen kan ha med sig om hen väljer att inte ha fortsatt kontakt. Detta kan avgöra huruvida den unge vill efterfråga en vårdkontakt vid något annat tillfälle, om hen skulle behöva det.

## UngDok-intervjun som bedömningsstöd

En individuell bedömning av ungdomens behov görs utifrån UngDok-intervjun. Med hjälp av de livsområden som ingår i UngDok-intervjun identifieras förekomsten av risk- och skyddsfaktorer kring den unge.

UngDok är en intervjuetod som är utvecklad specifikt för unga med missbruksproblem. Den är kortfattad och lättadministrerad för att passa unga som påbörjar någon form av behandling för missbruksproblem i öppenvård. Intervjuetoden används för att kartlägga den unges problem, behov och aktuella situation, med syfte att få fram ett underlag för bedömning, planering och genomförande av behandling. Inskrivningsformuläret innefattar följande livsområden: Boende och försörjning, Sysselsättning, Fritid, Alkohol, droger och tobak, Behandlingshistoria, Kriminalitet, Uppväxt, Utsatthet för våld, Familj och relationer, Fysisk hälsa samt Psykisk hälsa. Därutöver finns områden med administrativa uppgifter, sociodemografisk information och behandlingskontakter samt några avslutande öppna frågor. Det finns även särskilda formulär för utskrivning och uppföljning [41].

Hur kartläggningen genomförs skiljer sig något mellan mottagningarna, men den görs alltid individuellt med ungdomen och syftet är detsamma på alla mottagningar. Kartläggningen sker genom enskilda samtal med den unge vid tredje eller fjärde mötestillfället. När kartläggningen är klar diskuteras genom teamarbete och behandlings- eller remisskonferenser ungdomens behov av behandlingsinsatser utifrån de risk- och skyddsfaktorer som har identifierats, inklusive hur hans substansbruk ser ut.

## Socialtjänstens medverkan vid familjemöten

Socialtjänsten närvarar vid två möten tillsammans med Mariamottagningen och familjen. Det första mötet är ett uppstartsmöte, då socialtjänsten berättar om ungdomskontraktet. Om allt fungerar enligt planeringen närvarar socialtjänsten för andra gången vid ett möte vid slutbedömningen (avstämningmöte) av ungdomskontraktet. Mariamottagningen redovisar då sin bedömning, kompletterad med eventuella rekommendationer samt familjens önskemål.

## "Föräldrarna är vårt viktigaste team"

Det systemteoretiska förhållningssättet är viktigt i behandlingen eftersom det är systemet runt ungdomen som ska bära förändring och motivation och ansvara för ungdomens utveckling. Familjen ses som central i behandlingen eftersom man strävar efter att stärka skyddsfaktorerna med varma familjerelationer, lagom mycket tillsyn samt en minskning av konfliktskapande beteenden. Intentionen är att föräldrarna ska medverka genom hela behandlingen. Graden av medverkan och delaktighet varierar. Ju yngre barn, desto mer föräldramedverkan. För unga över 18 år kan det vara svårare att få ett samtycke från den unge till föräldramedverkan.

Vid vissa möten förväntas föräldrar närvara, exempelvis vid ett första möte, vid ett avstämningmöte (avslut), vid eventuella läkarbesök och vid familjesamtal. Vid det första mötet informeras om formalia och om syftet med kontakten. När Mariamottagningen slutfört kartläggningen görs en återkoppling kring vad som framkommit tillsammans med ungdomen och föräldrarna. För att möjliggöra föräldramedverkan är det viktigt med flexibilitet vad gäller tider samt om- och avbokningar. Mariamottagningarna har till exempel förlängda öppettider vissa kvällar för att underlätta för föräldrar som arbetar dagtid.

Det ingår ett visst mått av familjeinterventionssamtal för alla familjer. I familjesamtalen arbetar man främst med *psykoedukation* kring den drog som ungdomen använt. Det betyder att man ger kunskapsbaserad information (fakta) om drogen, dess effekter, skadeverkningar och risker vid bruk. Verksamheterna har tagit fram ett material för psykoedukation baserat på forskning om exempelvis cannabisbruk och dess skador på hjärnan. Syftet är att få till en dialog mellan ungdom och förälder om bruket av droger. En fördel med att involvera föräldrarna är att de oftast kan ta till sig informationen bättre och kan påminna ungdomen om vad som har sagts under familjesamtalen.

## Stöd till föräldrarna

Föräldrarna erbjuds även separata föräldrasamtal. Man har också anhörigutbildning/-stöd i grupp att erbjuda. Om det förekommer konflikter i hemmet, som är relaterade till ungdomen och dennes drogsituation, erbjuds familjesamtal. Föräldrastödet är frivilligt.

## Metoder och förhållningssätt

I alla tre Mariamottagningarna används MI (Motivational Interviewing) som förhållningssätt i arbetet. Innehållet i behandlingen beskrivs som motiverande samtal. Fokus ligger på drogbruk och samtal kring varför den unge väljer att använda droger, det vill säga vilken funktion droganvändningen fyller för den unge, och på de psykosociala faktorerna kring ett drogbruk.

Man försöker att möta den unge där han/hon befinner sig med sina bekymmer och problem och hjälpa hen med dem. Det beskrivs som en utmaning att arbeta med dem som inte kommit frivilligt till mottagningarna och därför är den kontaktskapande och relationella aspekten särskilt viktig.

Mini-Maria Stockholm betonar att kontexten är viktig och att man behöver arbeta med helheten kring ungdomen. Man använder till exempel veckovis de ”instrument” (Outcome Rating Scale, ORS, och Session Rating Scale, SRS) som mäter den unges mående och upplevelse av behandlingen.

Mini-Maria Göteborg lyfter fram vikten av att vara lyhörd inför vad som är viktigt för den unge att fokusera på och använder sig av ”menyer” i samtalskontakten. Det betyder att behandlarna väljer *när* och *hur ingående* man samtalar kring de olika teman/livsområdena i UngDoK, beroende på hur vilig den unge är att tala om dem.

Maria Malmö betonar vikten av att ha ungdomens behov i fokus, inte organisationens. Den unge ska till exempel inte behöva träffa en rad olika professionella om det inte är nödvändigt. Bemötandet är viktigt. Behandlaren behöver ställa frågor som gör den unge nyfiken och positiv till ett samtal.

## Hälso- och sjukvårdens roll och ansvar

Det är i huvudsak socialtjänstens personal på Mariamottagningarna som har ansvaret för vården enligt ungdomskontraktet. Regionens personal kopplas in där deras insatser ska ingå eller då deras professionella kompetens behövs, till exempel för medicinsk-psykiatriska bedömningar, drogkontroller, hälsosamtal eller andra typer av behandlingar.

I helhetsbedömningen av den unges situation och behov ingår urinprovtagning för drogkontroller, hälsosamtal och, när så behövs, läkarkontakt. I region Stockholms uppdrag ingår att erbjuda alla som har kontakt med psykiatri eller beroendevården en basutredning, det vill säga en form av screening för att se om det finns andra funktionella svårigheter. Det gäller även de unga som har kontakt med Mini-Maria Stockholm.

Sjuksköterskan har hälsosamtal utifrån psykiatriska behov och tar även upp frågor om sexualitet. Sjuksköterskan samtalar om fysisk och psykisk hälsa samt allmänt mående (Göteborg). I Malmö ansvarar sjuksköterskan för drogtest, men alla behandlare har hälsosamtal med de unga. Om psykiatriska behov uppmärksammas kopplas hälso- och sjukvården in.

## Andra behov hos ungdomen kan upptäckas

En kontakt som startar med ungdomskontrakt kan leda till att andra behov hos ungdomen upptäcks. Om kartläggningen resulterar i bedömningen att den unge har behov av fortsatt behandling har Mariamottagningarna tillgång till, och kan erbjuda mer omfattande insatser, till exempel Haschavvänjningsprogrammet (HAP), ÅP (återfallsprevention) och A-CRA (ungdomsversionen av ACRA, vars målgrupp är vuxna). I de fall den unge är i behov av psykologisk bedömning eller psykiatrisk/neuropsykiatrisk utredning är det en fördel om det finns etablerade kontaktvägar för tillgång till sådan kompetens inom huvudmännens verksamheter.

När Mariamottagningen inte kan tillgodose den unges behov kopplas andra professioner in. Om behoven går utöver vad som framgår i ungdomskontraktet, och om ett biståndsbeslut om andra insatser behövs, återkopplar Mariamottagningen till socialtjänsten. Ungdomen erbjuds då insatser på frivillig väg och dessa kan starta redan under pågående rättslig reaktion.

## Att hantera de ungas kriminalitet

Ungas kriminalitet kan behöva behandlas specifikt. När det gäller barn med ungdomskontrakt görs en djupare bedömning och man för samtal kring det brott som har begåtts. I Malmö används kartlägningsverktyget PIKT<sup>108</sup> för att undersöka hur den unges kriminella tankemönster ser ut. Det gäller de barn som man bedömer har behov av särskilda insatser för sin kriminalitet.

För barn som har en mer omfattande kriminalitet samverkar alla mottagningarna med socialtjänsten, som kan länka till andra resurser internt, som är mer inriktade på att stödja och förebygga återfall i brott. Exempel är särskilda ungdomsbehandlare, SSKP (särskilt kvalificerade kontaktpersoner) och Social insatsgrupp (SIG).

Mini-Maria Stockholm tillhör den stadsövergripande enheten Framtid Stockholm, som ansvarar för flera olika öppenvårdsinsatser till unga med sociala problem, och deras familjer. Bland insatserna finns insatser till unga lagöverträdare, till exempel ungdomstjänst och särskilt kvalificerad kontaktperson, SKKP. Det ger möjlighet till samordning för de unga som behöver insatser för både substansbruk och kriminalitet eller som fått rättslig reaktion som inkluderar fler insatser än substansbruksbedömning.

<sup>108</sup> PIKT (Psykologisk Inventering av Kriminella Tankemönster) är ett test utformat av Glenn D Walters. Testet används för att bedöma en persons tankemönster.

Mini-Maria Göteborg hör till den avdelning som ansvarar för Göteborgs stadsövergripande öppenvårdsresurser till unga. Det ger bra förutsättningar för samordning av bland annat insatser mot ungas substansbruk och kriminalitet. Det underlättar också samarbetet med de socialsekreterare som samarbetar med och är lokaliserade vid polisen.

Maria Malmö är en del av Plattform Malmö, som ansvarar för stadsövergripande ungdomsinsatser. Plattform Malmö har utvecklat ett samarbete med Lyftet, som är kommunens särskilda verksamhet riktad till barn som begår brott och har ett kriminellt beteende och/eller umgås i kriminella kretsar. Det pågår också ett utvecklingsarbete inom Malmö stad som syftar till att samla ihop alla öppenvårdsresurser och skapa *en* ingång för *alla* stadens unga. Idag finns vissa insatser endast i några stadsdelsområden.

## Slutbedömning och uppföljning

De flesta barn fullföljer sina ungdomskontrakt hos Mariamottagningarna. Alla erbjuds uppföljning tre månader efter avslutad kontakt men uppföljningen ligger utanför ungdomskontraktet. Även om flertalet tackar ja till uppföljning vid avslut är det uppskattningsvis endast hälften till en tredjedel som återkommer för uppföljning. För dem som gör det har det oftast gått bra men flertalet av dessa barn är debutanter, vilket innebär att det finns en selektionsproblematik.

### Fortsatta behov efter avslutat ungdomskontrakt

Det finns de som på frivillig väg, genom ansökan, fortsätter sin kontakt med Mariamottagningen efter avslutat ungdomskontrakt. Detta tolkas som att ungdomen upplevt sig ha fått bra hjälp och stöd.

I de fall en ungdom har fullföljt kontraktet men inte är drogfri, eller har en situation som ger anledning till fortsatt oro, kan socialtjänsten tillsammans med Mariamottagningen försöka motivera till fortsatt kontakt. Oftast sker det i samråd med föräldrarna.

### Avbrytande av kontraktet – sammanbrott

Om ungdomen inte fullföljer ungdomskontraktet kontaktas berörda aktörer – socialtjänst, föräldrar och den unge – för ett möte, där man försöker motivera den unge att fullfölja kontraktet. Om den unge avbryter behandlingen, rapporterar Mariamottagningen till socialtjänsten att insatsen i öppenvård inte fungerar.

Verksamheterna framför att det är socialtjänsten roll att ha informerat den unge om att myndigheten är skyldig att återrapporera till åklagare och om att Mariamottagningen rapporterar till socialtjänsten om den unge uteblir från besök.

### Upprepad behandling

Barn kan återkomma till en Mariamottagning men då görs en bedömning tillsammans med socialtjänsten, dels av huruvida det är relevant med fortsatt öppenvårdsbehandling, dels av huruvida barnet är motiverad för fortsatt behandling. Det händer att unga själva tar kontakt med Mariamottagningen om

de börjat använda narkotika igen. Det kan tyda på att de har tillit till Mariamottagningen, att de upplever att de har fått hjälp där tidigare och därför vill komma dit igen.

## Framgångsfaktorer, utmaningar och utvecklingsbehov

I intervjuerna och i seminariet framförde Mariamottagningarna vad de ansåg vara framgångsfaktorer och utmaningar för att bedriva en integrerad öppenvård. Verksamheterna fick även möjlighet att beskriva viktiga utvecklingsbehov. I följande avsnitt sammanfattas vad som kom fram i diskussionen.

### Framgångsfaktorer

Ett väl genomarbetat avtal mellan de huvudmän som tillsammans driver mottagningen är en förutsättning för att en integrerad verksamhet ska fungera effektivt. Genom avtalet tydliggörs gränsdragningar mellan huvudmännen och där klargörs vilka personella och ekonomiska resurser som de olika huvudmännen ska bidra med.

#### *Fördelar med att arbeta över professionsgränser*

En integrerad verksamhet som Mariamottagningarna, där flera huvudmän är gemensamt ansvariga, kan bidra till att de inblandade utvecklar en samsyn över professionsgränserna. En grundläggande förutsättning för det är att chefer på olika nivåer inom huvudmännens organisationer värnar om verksamheten. Om huvudmännen aktivt intresserar sig för varje huvudmans område kan det medföra att revirtänkandet minskar och viljan/förmågan att se fördelarna med samarbetet ökar.

#### *Fördelar för klienten*

En fördel med en integrerad mottagning är att den har kapacitet att bedöma ungdomens behov och tillhandahålla relevanta insatser. Mottagningen kan hantera allt från tidig upptäckt till samsjuklighet inom ramen för samma verksamhet. För ungdomen blir mottagningen en väg in i vården, åtminstone upp till primärvårdsnivå. En integrerad mottagning är en styrka när det gäller att bedöma ungdomens behov och tillhandahålla relevanta insatser.

Genom att samtliga Mariamottagningar använder bedömningsmetoden UngDok för samtliga klienter ger det ett bra underlag, både för arbetet med den enskilde ungdomen och för att kunna följa verksamheten på gruppnivå. Men hjälp av UngDok, som fungerar som grund och ram för bedömningen av ungdomens situation, kan hans risk- och skyddsfaktorer identifieras. Detta ger i sin tur vägledning i valet av relevant behandling. De resultat som Mariamottagningarna kan visa genom att använda underlag som är baserade på UngDok-systemet har också betydelse för det politiska stödet för verksamheten.



## Utmaningar

### *Två huvudmän – två olika lagstiftningar*

Kommuner och regioner styrs av olika författningar och har olika journalsystem för dokumentation om ungdomen, vilket medför dels dubbelarbete vid dokumentation, dels att man inte kan dela all information på grund av regler om sekretess och personuppgiftsbehandling. Därmed blir det svårare att få en gemensam helhetsbild av ungdomen, vilket leder till en mindre sammanhållen vård. Det tar också längre tid med informationsöverföringen mellan de olika aktörerna.

### *Svårt att få barnen till uppföljningsmötet efter tre månader*

Uppföljning av klienter är en central del, både för att kunna hjälpa den enskilde klienten och för att kunna bedöma arbetets resultat, vilket är en förutsättning för att kunna utveckla verksamheten. Mariamottagningarna har intentionen att följa upp de unga tre månader efter avslutad kontakt men det är endast hälften av de unga, högst räknat, som återkommer för uppföljning. Ett skäl kan möjligen vara att denna uppföljning ligger utanför kontraktets ram.

## Utvecklingsbehov

Verksamheterna uttryckte i intervjuerna en mängd utvecklingsbehov på olika nivåer och dessa redovisas i det följande. Under de tre första rubrikerna samlas det som mest ingående diskuterades på det efterföljande seminariet.

### *Uppföljning och vetenskaplig utvärdering*

Användningen av UngDok och den uppföljning av ungdomen som sker vid avslutningen av kontakten ger en god möjlighet att följa de som deltar i Mariamottagningarnas verksamhet. Det har hittills varit svårt att få till stånd den uppföljning efter tre månader som man vill göra efter avslutad kontakt, men mottagningarna har en fortsatt strävan att få den unge att delta.

Verksamheterna uttrycker ett behov av en utvärdering för att följa hur det går för barnen som haft en vårdkontakt genom ungdomskontrakt, med en uppföljningstid på förslagsvis tre år. För att få fram tillförlitliga resultat bör studien genomföras av oberoende forskare.

### *Mer samordning och nationellt erfarenhetsutbyte*

Mottagningarna framför att det finns behov av samordning och nationellt erfarenhetsutbyte, till exempel genom ett gemensamt nätverk och en årlig konferens för integrerade öppenvårdsmottagningar med substansbruksinriktning.

### *Vårdbehovsbedömning ända upp till 20 år*

Alla 15–17-åringar, för vilka en rättslig reaktion kan vara aktuell, borde utifrån ett rättighetsperspektiv få sina vårdbehov prövade. Verksamheterna framför att detsamma borde gälla för 18–20-åringar som i stor utsträckning får böter som rättslig reaktion. Det skulle kunna vara en modell med straffvarning eller liknande, där Mariamottagningarna tillhandahåller vård.

Verksamheterna framför att det vore bra om det fanns någon morot i systemet för att fånga upp 18–20-åringarna. En sådan ”morot” kan vara information till den unge om att samtycke till vård skulle kunna innebära att hen inte får någon anmärkning i belastningsregistret.

### *Kriminalitet och substansbruk*

Många av ”Maria-barnen” som är aktuella för ungdomskontrakt har behov av insatser för att motverka både substansbruk och annan kriminalitet. Mottagningarna framför att det behövs en tydligare problemformulering i ungdomskontrakten när det gäller dessa barn. Om lagföringen innehåller annan kriminalitet än endast narkotikabrott, behövs det möjligen också insatser för att motverka kriminalitet utöver substansbruk i ungdomskontraktet.

Kriminalitet och substansbruk går ofta i varandra och det kan vara svårt att avgöra vilket av beteendena som är mest angeläget att ta itu med och vilka insatser som bäst behövs. Det finns en risk för att det uppstår gränsdragningsproblem och det är därför viktigt att tydliggöra vilken aktör som ska göra vad. Till exempel kan Mariamottagningens insatser behöva samordnas eller kombineras parallellt med andra insatser från socialtjänsten med inriktning på kriminalitet.

### *Utveckla motivationsskapande arbetssätt*

Barn med ungdomskontrakt är ofta mindre motiverade än andra som kommer till Mariamottagningarna. Dessa barn ställer höga krav på motivationsskapande arbete och det är därför viktigt att arbeta med att skapa en god relation och därigenom öka tilliten. För att kunna göra det behövs en god samtalsmetodik. Det finns ett behov av att hitta arbetsformer för att bättre kunna motivera dessa barn.

### *Konsekvenser vid misskötsamhet behöver bli mer lika*

När ett barn upprepade gånger missköter sin vård genom att exempelvis utebli från planerade besök ska Mariamottagningen rapportera detta till socialtjänsten, som i sin tur kontaktar åklagaren som får ta ställning till huruvida straffvarningen ska återkallas och åtal väckas. Verksamheterna framför att rapporteringen till socialtjänst och vidare till åklagare behöver bli bättre och att konsekvenserna vid misskötsamhet måste bli likartade.

### *Mariamottagningen som gängse vårdform vid ungdomskontrakt*

Om Mariamottagningarnas verksamhet etableras som den gängse vårdformen för barn med ungdomskontrakt kan kontakten med mottagningarna etableras snabbare, vilket har betydelse för behandlingsutfallet. I samverkan med socialtjänsten skulle Mariamottagningarna dessutom kunna vara en öppenvårdslösning för dem som fått en rättslig reaktion både före, under och efter att de har varit på institution. Kontakten med Mariamottagningen kan då fungera som ett kontinuerligt stöd.

### *Förtur till psykiatrin för Mariamottagningens unga*

Samverkan med barn- och vuxenpsykiatrin behöver stärkas. De unga på Mariamottagningarna behöver få förtur till medicinering och utredning så att psykiatrins insatser ges i samband med kontakten på Mariamottagningen.

# Slutdiskussion

Narkotikabrott är en av de vanligaste brottskategorierna som barn och unga vuxna i åldrarna 15–20 år lagförs för och antalet lagföringsbeslut i de åldersgrupperna har ökat under senaste fem åren. Narkotikabrotten handlar i över 90 procent av fallen om ringa narkotikabrott, det vill säga huvudsakligen eget bruk eller innehav för eget bruk. Att bli gripen och lagförd för ringa narkotikabrott i unga år kan vara en indikation på att den unge har ett narkotikaproblem och ett sådant behöver uppmärksammas så tidigt som möjligt för att en fortsatt negativ utveckling ska kunna motverkas.

Inom påföljdssystemet för unga lagöverträdare har socialtjänsten en central roll. För barn under 18 år har socialtjänsten en skyldighet att erbjuda insatser i anslutning till den straffrättsliga påföljden för att motverka fortsatt missbruk och kriminalitet. För unga vuxna finns inte samma möjligheter att fångas upp och få en vårdinsats som rättslig reaktion för ett ringa narkotikabrott.

## Unga som lagförs för narkotikabrott är en heterogen grupp

I studiepopulationen ingår drygt 6 000 barn och unga vuxna i åldrarna 15–20 år, varav omkring 2 000 är barn under 18 år. Samtliga lagfördes år 2017 för narkotikabrott. Det är betydligt färre flickor och unga kvinnor som lagfördes för narkotikabrott än pojkar och unga män.

Valet att använda ett specifikt undersökningsår (2017) innebär att studiepopulationen kan beskrivas som heterogen vad gäller brottslighet och återfall i brott. I studiepopulationen ingår både barn och unga vuxna som lagförts för första gången, så kallade debutlagförda, och individer som är tidigare lagförda. En del har lagförts endast för narkotikabrott och en del har lagförts även för andra brottstyper utöver narkotikabrottet. En del har lagförts endast en gång, andra har lagfört för nya narkotikabrott och i andra brott mer eller mindre frekvent under den treåriga studietiden.

Vid uppföljningen över tid märks påtagliga skillnader inom den grupp som lagförts för narkotikabrott. Dessa skillnader, som bland annat rör psykisk hälsa, förmåga att klara skolan, härkomst och eventuell annan kriminalitet, är det viktigt att reflektera kring inför valet av insatser för individen.

## Regionala skillnader i antalet lagförda

Narkotikabrott är ett så kallat spanings- och ingripandebrott. Barn och unga vuxna som lagförts för narkotikabrott är en selekterad grupp. De har befunnit sig i en miljö eller situation som uppmärksammas av polisen, utifrån polisens resurser och prioriteringar. Antalet lagförda barn och unga vuxna kan därför inte godtas som ett mått på drogutvecklingen eller drogvänorna inom ungdomsgruppen generellt sett.

I föreliggande studie syns regionala skillnader i andel lagföringar i förhållande till befolkningsstorlek. I de län som hade de högsta andelarna lagförda för NSL-brott var andelen omkring tre gånger så hög som i länen med lägst andel. De regionala mönstren skiljer sig också något mellan könen. Exempelvis hade Kronobergs län den lägsta andelen NSL-lagförda pojkar, jämfört med övriga län, och en genomsnittlig andel NSL-lagförda flickor. Dalarna hade den lägsta andelen NSL-lagförda flickor. Eftersom lagföring ger möjlighet att tidigt upptäcka barn/unga med narkotikaproblem och erbjuda dem stöd och hjälp, tydliggörs det i föreliggande studie att möjligheten till denna hjälp varierar stort över landet.

## Sambandet mellan droganvändning och kriminalitet

Det finns en tydlig koppling mellan kriminalitet och droganvändning, men vilket av problemen som uppstår först diskuteras inom forskningen och är heller inte tydligt i denna studies resultat. Såväl droganvändning som annat normbrytande beteende (begå brott, bryta mot gällande regler och normer) är starka riskfaktorer för framtida normbrytande beteende. Att samma typ av beteende kan vara både riskfaktor och utfall visar många forskningsstudier [11]. Den som uppvisar ett normbrytande beteende vid en viss tidpunkt har alltså högre risk för att göra det även i framtiden. Alkohol- och droganvändning och missbruk är också relaterat till en högre risk för återfall i kriminalitet. De barn och unga vuxna som vid upprepade tillfällen lagförs för ringa narkotikabrott har sannolikt ett narkotikaproblem och riskerar att eller redan har ett skadligt bruk eller beroende.

Resultaten i studien visar att sambandet mellan kriminalitet och droganvändning är komplext och att relationen kan vara dubbelriktad, alltså att alkohol- och droganvändning och normbrytande (brottsligt) beteende påverkar varandra. Kopplingen mellan droganvändning och brottsligt beteende är ju tydlig så till vida att det är olagligt att inneha och bruka narkotika, och vilket av riskbeteendena som är mest styrande, det vill säga upprätthåller det andra, kan vara svårt att avgöra. Det är möjligt att sambandet mellan droganvändning och normbrytande beteende finns i ett antal underliggande orsaker och riskfaktorer som är gemensamma för de båda beteendena. Drogförebyggande insatser och brottsförebyggande arbete kan därför behöva överlappa varandra, både på grupp- och individnivå.

Vid planering och val av insatser och åtgärder till den unge för att motverka missbruk och återfall i brott så är det relevant att reflektera kring vilken eller vilka av riskfaktorerna som kan sägas *upprätthålla* eller driva på beteendet och som är möjliga att förändra. Det kan också vara relevant att i bedömningen identifiera de faktorer som kan tänkas vara *initierande*, det vill säga kan bidra till att ett problembeteende utvecklas [11].

## Många riskfaktorer förekommer för unga som lagförs för narkotikabrott

Det är välkänt att brottsligheten är ojämnt fördelad och varierar med faktorer som kön, ålder, härkomst och socioekonomisk bakgrund [42], vilket även framgår i denna studie. Flera riskfaktorer som är kopplade till skola, familj och mer direkt till barn och unga vuxna förekommer i studiepopulationen. Exempelvis saknade närmare hälften av barnen behörighet till gymnasiet, många hade debuterat tidigt med normbrytande beteende och förekomsten av psykisk ohälsa inom gruppen var hög.

### Hög andel tidigare kända av socialtjänsten

Den rättsliga reaktionen på brottet blir för vissa barn en insats inom ramen för andra pågående insatser, men kan också leda till (bidra till) att mer långtgående insatser initieras. Man kan beskriva det som att barnen befinner sig i ett *kontinuum av insatser från socialtjänstens sida*; som pågår tidsmässigt såväl före, som i samband med att brottet begåtts och efter att den unge lagförts för narkotikabrottet (studiens urvalsbrott).

Tre fjärdedelar av barnen i aktstudien var kända sedan tidigare inom socialtjänsten, varav mer än hälften på grund av normbrytande beteende i form av substansbruk och/eller kriminalitet och hade fått insatser med fokus på det. Hälften av barnen hade pågående insatser vid tiden för brottet och en fjärdedel hade haft tidigare insatser. En del av barnen hade haft insatser sedan barndomen på grund av förälders omvårdnadsbrister. Andra barn aktualiserades för att det fanns ett behov av stödinsatser på grund av barnets eget beteende.

Studiens resultat visar att merparten (90 %) av barnen fick någon form av vårdinsats, både utöver och inom ramen för påföljdssystemet.

### Tidig upptäckt för att motverka fortsatta narkotikarelaterade problem

Majoriteten i studiepopulationen var inte tidigare lagförda för brott. För två tredjedelar av 15–17-åringarna och nästan hälften av 18–20-åringarna var urvalsbrottet (brott mot NSL) deras *debutlagföring*. För en fjärdedel av den yngre gruppen och en femtedel av den äldre var urvalsbrottet det enda brott som de lagförts för under studieperioden. De hade alltså inte lagförts vare sig före eller efter urvalsbrottet. Bland de debutlagförda i hela studiepopulationen omfattade lagföringen oftast endast narkotikabrott.

En stor andel av barnen var alltså kända sedan tidigare av socialtjänsten, dock inte alltid till följd av eget substansbruk. Omkring en fjärdedel av barnen hade inte haft någon kontakt med socialtjänsten tidigare, vilket visar att för en relativt stor andel av barnen kan polisens gripande ha lett till att deras droganvändning uppmärksammades för första gången av såväl socialtjänst som av föräldrar och vårdnadshavare.

Tidig drogdebut och lagföring för narkotikabrott i unga år kan vara tecken på omfattande narkotikaproblem. Droganvändning innebär också en ökad

risk för utveckling av och exponering för andra riskfaktorer, så kallad kumulativ risk. För att nå fram med tidiga insatser som kan motverka en fortsatt negativ utveckling är det relevant att reflektera kring vilka faktorer som kan sägas upprätthålla problemet och att även identifiera faktorer som kan sägas vara initierande.

Å ena sidan kan droganvändningen sägas vara det som driver på ett brottsligt beteende men å andra sidan kan det vara det omvända, dvs. att brottsliga handlingar bidrar till att den unge använder droger. Det kan vara viktigt att reflektera kring båda förhållandena när det blir fråga om att vilka insatser som bäst tillgodose den unges behov och som kan motverka fortsatt missbruk och kriminalitet.

Inom ramen för den här studien har inte gruppen engångslagförda kunnat studeras mer ingående. Det vore värdefullt att undersöka huruvida det finns särskilda faktorer kring dessa barn och unga vuxna, och i så fall vilka av dessa faktorer som kan vara av betydelse för att motverka återfall och ny lagföring.

## Vårdbehoven kring psykisk ohälsa behöver fångas upp

Psykisk ohälsa hänger samman med både risken för att utveckla ett normbrytande beteende och en ökad risk för återfall i kriminalitet [11]. I studien framgår att andelen som haft en vårdkontakt relaterad till psykisk ohälsa är betydligt högre bland de barn och unga vuxna som lagfördes för narkotikabrott under 2017 jämfört med övriga jämnåriga. I båda åldersgrupperna, 15–17 år och 18–20 år, hade en hög andel (drygt 1 procent vilket är drygt sju gånger så högt som i den övriga befolkningen) avlidit till följd av en förgiftningsolycka och det fanns också flera fall av suicid. Bland 15–17-åringarna hade 25 personer avlidit och bland 18–20-åringarna hade 56 personer avlidit under uppföljningstiden.

I den yngre åldersgruppen syns för både flickor och pojkar en tillfällig uppgång i andelen som haft en vårdkontakt 2017 för bedömning av psykiska sjukdomstillstånd eller syndrom. I den äldre åldersgruppen fanns inte samma tydliga uppgång i kontakter med hälso- och sjukvården för psykiska sjukdomstillstånd under 2017. Det fanns däremot mindre uppgångar i de narkotikarelaterade diagnoserna.

En tänkbar förklaring till uppgången under 2017 är att den unges behov uppmärksammas i samband med att polisen upptäcker brottet. En del barn och unga vuxna kan således komma in i vården som ett resultat av att de grips och lagförs för narkotikabrott. Att den yngre målgruppen hade en tydligare uppgång under 2017 kan bero på att socialtjänsten har förutsättningarna för att ingripa för den yngre målgruppen, men för den äldre gruppen finns inte samma möjligheter att nå fram med vårderbjudanden och kontakter till hälso- och sjukvården.

Resultaten pekar på vikten av att uppmärksamma den psykiska hälsan och att undersöka hur omfattande narkotikaproblemen är för de barn och unga vuxna som lagförs för narkotikabrott. Hur målgruppens behov av vårdinsatser för den psykiska ohälsan och drogproblemen tillgodoses behöver följas upp.

## Majoriteten lagfördes för nya brott under studieperioden

De flesta som begår brott gör det under en begränsad tid i ungdomsåren, och de flesta av dem kommer därefter att leva ett välanpassat liv som vuxna. En liten andel fortsätter dock med ett normbrytande beteende och begår brott in i vuxen ålder [43]. Det tyder även resultaten i denna studie på. En majoritet av studiepopulationen lagfördes för nya brott under den treåriga studieperioden, men det syns tydliga skillnader i frekvens inom studiepopulationen och även mellan könen. Omkring 70 procent av barnen och 65 procent av de unga vuxna lagfördes för nya brott, en del enbart för narkotikabrott, en del för enbart för andra brott och en del för både - och. Av dem som lagfördes för nya narkotikabrott handlade det oftast om ett eller två tillfällen.

## Annan brottslighet ökar risken för nya lagföringar

De flesta barn – fyra av fem – som lagfördes på nytt var lagförda för andra brottstyper utöver narkotikabrottet, antingen tidigare eller i samband med urvalsbrottet. Den gruppen utgör 44 procent av 15–17 åringarna. Resultaten går i linje med studier från Brå [15]. Bland de mer högaktiva, de barn och unga vuxna som under uppföljningsperioden lagfördes tre gånger eller mer, hade begått ett ringa narkotikabrott utöver andra brott som ingick i domen. Inom den gruppen fanns det således barn och unga vuxna med ett mer eller mindre omfattande narkotikaproblem.

Resultaten pekar på att det finns en tydlig koppling mellan droganvändning och kriminalitet. Relationen kan ses som dubbelriktad, vilket ökar risken för återfall i brott. Vid planering och val av insatser för denna grupp behöver man bedöma huruvida det finns behov av parallella insatser, alltså insatser för både substansbruk och kriminalitet. Inom ramen för den här studien görs ingen närmare undersökning om vilka insatser som riktas till denna grupp av mer brottsaktiva barn och unga vuxna, och deras effekt. Klart är att den här gruppens behov av stöd, vård och behandling även behöver innefatta insatser riktade mot missbruk/beroende av alkohol eller narkotika.

## Flickorna hade fler riskfaktorer men färre lagföringar

De flesta som lagfördes för narkotikabrott var pojkar och unga män. Det var vanligare bland flickorna att urvalsbrottet var deras första lagföring. Skillnaden mellan könen minskade med stigande ålder och var mindre bland 18–20 åringarna. Flickor/kvinnor lagfördes i mindre omfattning för nya brott jämfört med pojkar/ män, trots att flickor/kvinnor uppvisade fler riskfaktorer än pojkar/män.

Av resultaten (från register och aktstudien) framgår att flickornas individuella sårbarheter var mer synliga än pojkarnas. En större andel flickor i materialet var kända av socialtjänsten sedan tidigare. Det var vanligare att flickor hade pågående vård vid tiden för brottet. En högre andel flickor/kvinnor än pojkar/män hade haft kontakt med hälso- och sjukvården för bedömning och behandling av psykisk ohälsa. Även för neuropsykiatriska tillstånd låg andelen flickor/kvinnor högre än pojkar/män, vilket är det omvända jämfört med övriga befolkningen. Huruvida flickor med substansbruk har fler riskfaktorer

än pojkar kan inte fastslås utifrån den här studien men för flickor som lagförts för narkotikabrott tycktes det vara fallet. Annan forskning har visat att flickor och unga kvinnor som varit i kontakt med Mariamottagningar har betydligt fler riskfaktorer än pojkar och unga män [44].

Könsskillnaderna syns även vid jämförelse av hur stor andel av befolkningen som lagförts för NSL respektive har vårdats för narkotikarelaterad diagnos. För flickor/kvinnor var det vanligare att ha vårdats än att ha lagförts för brott mot NSL. För pojkar/män var det betydligt vanligare att ha lagförts för narkotikabrott än att ha vårdats för narkotikarelaterad diagnos.

Hur det kommer sig att flickorna/kvinnorna med narkotikaproblem i högre utsträckning fångas upp av vården jämfört med pojkarna/männen kan inte denna studie svara på. En möjlig förklaring är att socialtjänsten och hälso- och sjukvården är bättre på att uppmärksamma och förstå flickors behov av stöd, framförallt när det gäller utagerande beteende [11, 45].

En annan intressant iakttagelse att reflektera kring i det brottsbekämpande och det drogforebyggande arbetet handlar om könsskillnader i lagföringar och härkomst. Av de unga som lagförts för narkotikabrott hade 80 procent av flickorna/kvinnorna svensk bakgrund jämfört 60 procent av pojkarna/männen.

## Rättsliga reaktioner med vårdinsats – en möjlighet att tidigt upptäcka ett begynnande narkotikaproblem?

Det råder stor enighet inom forskningen om att droganvändning i unga år och tidig brottsdebut är riskfaktorer för att utveckla ett normbrytande beteende (missbruk och kriminalitet) och för att problemen ska bestå i vuxen ålder. Tydligt är också att ju fler riskfaktorer som finns hos barnet/den unga vuxna eller i omgivningen, desto större är risken. Det vill säga att en riskfaktor eller ett riskbeteende ökar risken för, och kan leda till, andra riskfaktorer eller riskbeteende, en så kallad kumulativ risk. Utifrån kunskapen om att en tidig drogdebut ökar risken för fortsatt droganvändning är det viktigt med en tidig upptäckt för att kunna motverka en negativ utveckling.

Av föreliggande studie framgår att *majoriteten i både den yngre och den äldre åldersgruppen var inte tidigare lagförda för narkotikabrott (86 procent respektive 60 procent)*. Att bli gripen av polis med narkotika i kroppen och/eller i fickan är en varningssignal om att den unge har ett riskbeteende. När narkotikabrottet handlar om ringa sådant (eget bruk eller innehav för eget bruk) kan *rättsväsendets ingripande bli en möjlighet för samhällets aktörer att undersöka huruvida den unge håller på att utveckla ett narkotikaproblem och, om så är fallet, erbjuda stöd och hjälp*.

Inom ramen för påföljdssystemet för unga lagöverträdare finns förutsättningar för socialtjänsten att fånga upp om barnet har ett begynnande narkotikaproblem genom att de kan lagföras till en vårdinsats, som syftar till att motverka att den unge utvecklas ogynnsamt. Detta system tycks enligt föreliggande studie i huvudsak fungera väl. För unga vuxna 18–20 år som grips



och lagförs för narkotikabrott finns dock inte samma förutsättningar för informationsutbyte och samverkan mellan socialtjänsten och rättsväsendet.

## Barn får vård som rättslig reaktion medan unga vuxna får böter

Resultaten från aktstudien visar att socialtjänsten agerar på polisens information om att den unge är misstänkt för narkotikabrott vid flera olika tillfällen: direkt i samband med brottet, under tiden som brottet utreds och som en följd av att barnet har lagförts. En majoritet av 15–17-åringarna (65 procent) fick en rättslig reaktion med vårdinsats. Vart tredje barn fick böter.

När narkotikabrottet var huvudbrott fick ungefär lika stor andel åtalsunderlåtelse med straffvarning som böter. Drygt hälften av flickorna fick straffvarning. Att flickorna fick vård som rättslig reaktion kan betyda att deras behov uppmärksammades i samband med brottet. Men det skulle också kunna betyda att pojkarnas behov inte upptäckts i samma utsträckning.

För unga vuxna blir böter den vanligaste rättsliga reaktionen för brott mot NSL. Tre fjärdedelar av de unga vuxna 18–20 år fick böter och det fick också 90 procent av dem som debutlagfördes för enbart NSL-brott. Böter var något vanligare bland unga kvinnor än bland unga män.

## Insatser med fokus på substansbruket förekommer mest

Socialtjänsten har en central roll inom påföljdssystemet framförallt för barn, där socialnämndens bedömning av barnets vårdbehov och förslag till insatser har betydelse för åklagarens beslut och domstolens val av påföljd.

Resultaten från aktstudien talar för att socialtjänsten i hög omfattning utreder och bedömer att narkotikabrott är en allvarlig riskfaktor för fortsatt negativ utveckling och återfall i brott. De insatser som erbjöds i relation till urvalsbrottet hade också oftast fokus på barnets substansbruk.

Substansbruksbedömning med kort intervention var den vårdinsats som socialtjänsten oftast föreslog i sitt yttrande till åklagaren och som barnet blev lagförd till att genomgå. Denna insats föreslogs både när socialtjänsten uttryckte oro för att barnet hade ett substansbruk och när det var känt att barnet hade ett pågående substansbruk med vidhängande destruktivt beteende. Det förekom även, i mindre omfattning, olika typer av program- eller gruppverksamheter som var inriktade på exempelvis kriminalitet.

Det syntes en viss skillnad i socialtjänstens bedömningar av vårdbehov mellan de tidigare kända barnen och de som inte var det. Drygt 80 procent av de tidigare kända barnen jämfört med drygt hälften av de okända barnen bedömdes av socialtjänsten ha ett särskilt vårdbehov. Socialtjänstens vanligaste motivering till att ett särskilt vårdbehov *inte* bedömdes föreligga var att den unge genomgått vård och nu var drogfri eller hade kommit till insikt om det problematiska med att använda droger. Det gällde de barn som fick en vårdinsats i direkt anslutning till polisens ingripande och som var avslutad innan den straffrättsliga processen var avslutad. Att en större andel av de barn som inte tidigare haft kontakt med socialtjänsten inte bedömdes ha ett vårdbehov behöver inte bero på bristfällig information om barnets situation. Det kan helt enkelt bero på mindre omfattande behov.

De barn som enligt socialtjänsten saknade vårdbehov fick vanligtvis bötesstraff. Att den tredjedel som fick böter återföll i något större omfattning kan tala för att en rättslig reaktion med vårdinsats är ett mer relevant alternativ för barn som lagförs för narkotikabrott.

## Förändringsprocess som tar tid

En stor andel av de unga lagfördes för nya narkotikabrott inom studieperioden, vilket är viktigt att reflektera kring. Av hela studiepopulationen lagfördes majoriteten på nytt vid ett eller två tillfällen under de tre år som studien pågick. Resultatet kan spegla att studiepopulationen är i det åldersspann då barn och unga vuxna är som mest brottsaktiva, och att merparten upphör med brott efter en begränsad tid. Av aktdata framgår att de flesta barn fanns kvar inom socialtjänsten året efter (2018) året för urvalsbrottet (2017). Detta kan ses som positivt eftersom det innebär att socialtjänsten inte släpper taget om barn som befinner sig i riskzonen för att utveckla missbruk och kriminalitet. Att de flesta barn fanns kvar inom socialtjänsten kan tyda på att den insats barnet lagfördes till blev en väg in i vården.

Samtidigt kan det vara så att det inte går att förvänta sig att ungdomar omedelbart, och på kort tid förändrar sitt beteende efter att de gripits och lagförts. På gruppnivå har de barn och unga vuxna som ingår i studiepopulationen fler riskfaktorer än övriga jämnåriga, vilket gör dem till en utsatt grupp. Med tanke på att de har ett drogbruk/drogproblem är det sannolikt att förändringsprocessen tar tid. I vissa fall, särskilt om barnet har flera riskfaktorer, kan substansbruket vara svårt att behandla.

Inom ramen för denna studie har inte effekter av de insatser socialtjänsten erbjuder målgruppen studerats, men det kan konstateras att en vanligt förekommande insats till de barn som lagförts för narkotikabrott hade fokus på den unges substansbruk. De som lagförts för både narkotikabrott och andra brott lagfördes på nytt i högre grad. Resultaten stärker vikten av att i högre grad uppmärksamma behovet av parallella insatser för unga med omfattande kriminalitet, det vill säga att utreda och bedöma vilka insatser som kan behöva kombineras för att motverka såväl ett fortskridande narkotikaproblem som ett fortsatt kriminellt beteende.

Den grupp som det förefaller särskilt svårt att fånga upp med insatser från socialtjänstens sida är de barn och unga vuxna som tidigt debuterat och lagförts med blandad brottslighet, dvs. narkotikabrott och andra brott. Det gäller också barn som är födda i Sverige vars båda föräldrar är födda utomlands. Orsakerna till det kan vara flera. Narkotikabrott är ett spanings- och ingripande brott där risken att lagföras till stor del påverkas av polisens prioriteringar. Det går att utifrån självrapporterade undersökningar om narkotikaanvändning se att skillnader i eget bruk bland unga vuxna med olika härkomst är ganska små. Detta samtidigt som det finns skillnader i andel lagföringar. Det kan därmed vara så att unga män med utländsk bakgrund löper större risk än andra grupper att stoppas av polisen för misstänkt narkotikabrott [42].

Resultaten kan också tyda på utmaningar i att anpassa insatser utifrån individernas behov och mottaglighet. Exempelvis används språket som verktyg i de vårdinsatser som ges av socialtjänsten. När insatsen är samtalsbehandling

och man inte delar samma språk kan man tänka sig att vårdens utfall påverkas. Även om tolk används kan det finnas begränsningar i möjligheten att nå samma resultat. Här påverkar alltså ursprung, kontextuella förutsättningar och språk mottagligheten [46].

## Motiverande samtal med substansbruksbedömning som rättslig reaktion

En central aktör för att fånga upp barn och unga vuxna som använt narkotika är de integrerade öppenvårdsmottagningar för unga med alkohol- och drogproblem, de så kallade Mariamottagningarna (Mini-Maria) eller liknande lokala varianter. Det framgår av den kartläggning av samverkansformer som gjordes inom ramen för denna studie. Till följd av det har en fördjupande studie om Mariamottagningarnas modell och arbetssätt genomförts inom ramen för föreliggande studie. Dessa mottagningar har utvecklat ett arbetssätt som anpassats till att fånga upp barn som lagförts för ringa narkotikabrott.

Den vanligaste insatsen som socialtjänsten föreslog som rättslig reaktionen vid narkotikabrott var det som benämndes substansbruksbedömning. För genomförandet av insatsen ansvarade oftast en s.k. Mariamottagning eller liknande verksamhet. En Mariamottagning är per definition en specialiserad och integrerad verksamhet för barn och unga vuxna. Att både kommun och region är huvudmän för dessa verksamheter gör att medicinsk-psykiatriska aspekter kompletterar socialtjänstens kompetensområde. Förutom kompetens inom socialt arbete finns tillgång till sjuksköterska, läkare och psykolog och det utförs i vissa fall även psykiatrisk screening. Hälsosamtal ingår alltid och berör psykisk hälsa som ett delområde i substansbruksbedömningen. Därmed finns det goda möjligheter att uppmärksamma barns psykiska ohälsa och att erbjuda adekvat stöd inom verksamheten alternativt remittera till barn- och ungdomspsykiatri.

Samverkan kring barn med olika behov är ständigt efterlyst och det sätts stora förhoppningar till samverkan. Mariamottagningarna är en form av samverkan där två huvudmän bidrar till att synliggöra ungas hela livssituation, och en sammanhållen vård för de unga. Resultaten i denna studie visar att bland barn och unga vuxna som lagförs för narkotikabrott är andelen som har sociala svårigheter och psykisk ohälsa hög. Med en samverkansform som Mariamottagningarna kan kommuner och regioner fånga upp sådana behov i studiens målgrupp.

Genom att verksamheterna använder en strukturerad intervju, UngDok, som bedömningsstöd finns möjligheter för verksamheterna att följa och utveckla sin verksamhet genom individbaserad systematisk uppföljning. Sådan uppföljning genomförs i de tre verksamheter som ingår i föreliggande studie.

För att arbetssättet med integrerade mottagningar ska kunna utvecklas och spridas till olika delar av landet uttrycks ett behov av samordning och ett nationellt erfarenhetsutbyte, till exempel genom ett gemensamt nätverk och en årlig konferens för integrerade öppenvårdsmottagningar med substansbruksinriktning.

I denna studie beskrivs Mariamottagningarnas arbetssätt kring barn som har lagförts för narkotikabrott som ett lärande exempel. Det har inte ingått att undersöka effektiviteten i deras modell med ungdomskontrakt, varför en extern utvärdering av modellen behöver göras. En sådan utvärdering kan utvidgas till den bredare målgrupp som får substansbruksbedömning hos Mariamottagningarna.

Modellen med ungdomskontrakt är i princip endast aktuell för 15–17-åringar. I dessa fall finns en lagstadgad informationsöverföring mellan rättsystemet och socialtjänsten. Som tidigare nämnts handlar narkotikabrottet i över 90 procent av fallen om eget bruk eller innehav för eget bruk för 18–20-åringar och tre fjärdedelar får böter som rättslig reaktion. I studien framkom det inga uppgifter om att det för de unga vuxna inhämtades yttranden från socialtjänsten eller kriminalvården för att avgöra påföljdsfrågan. Det innebär således att det inte erbjuds någon bedömning av behov av vård vare sig för substansbruket eller för psykisk ohälsa inom ramen för det straffrättsliga systemet. Mariamottagningarnas målgrupp är bredare än för de unga som lagförts för brott mot NSL. De tar emot personer upp till 25 år i de verksamheter som ingår i studien. Om samma rättsliga förutsättningar fanns som för barn kunde modellen utökas till att omfatta även den äldre målgruppen som begår narkotikabrott av ringa grad.

# Referenser

1. Svensson M, Berlin M, Ginsberg Y, Barnevik Olsson M, State M, Salmi P. Depressioner och ångestsyndrom bland barn och unga förknippade med långsiktiga konsekvenser – en nationell registerstudie. *Socialmedicinsk Tidskrift*. 2020; 97(5 och 6):771-86.
2. Pilotstudie om vård och behandling till barn och unga som lagförts för brott – Slutredovisning av regeringsuppdrag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
3. Drogutvecklingen i Sverige 2019. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2019.
4. Tollin K, Hammar L, Jonsson A. Narkotikamarknader: en studie av smuggling, gatuförsäljning, internethandel och köpare. Stockholm: Brottsförebyggande rådet; 2021.
5. Lundgren J. Narkotikaanvändning och misstankar om eget bruk bland ungdomar i Stockholm. Stockholm: Brottsförebyggande rådet; 2018.
6. Englund A. Skolelevers drogvanor 2019. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2019.
7. Gripe I. CAN:s nationella skolundersökning 2021 : ungas erfarenheter av alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2021.
8. Guttormsson U, Zetterqvist M. Det går uppåt i åldrarna: Substansdebut bland skolungdomar 1999–2019. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2019.
9. Berglund M, Andersson C. Slutrapport Trestad2. Del B, Uppdatering av cannabissituationen i Sverige och internationellt : debut av cannabis efter 18 års ålder: en studie baserad på undersökningen Narkotikabruket i Sverige. Stockholm: Stockholms stad; 2015.
10. Kriminalstatistik. Personer lagförda för brott 2020. Slutlig statistik. Stockholm: Brottsförebyggande rådet; 2020.
11. Bedöma risk och behov för barn och unga som begår brott eller har annat normbrytande beteende: kunskapsstöd för socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
12. Turner R. Teenage kicks : the differential development of drug use, drunkenness, and criminal behaviour in early to mid-adolescence. Gothenburg: Department of Social Work, University of Gothenburg; 2020.
13. Strategiska brott: vilka brott förutsäger en fortsatt brottskarriär? Stockholm: Brottsförebyggande rådet; 2000.
14. Granath S, Westlund O. Strategiska brott bland unga på 00-talet. Stockholm: Brottsförebyggande rådet; 2011.
15. Westlund O, Öberg J. Strategiska brott bland unga på 2010-talet: och faktorer av betydelse för att lämna ett kriminellt liv. Stockholm: Brottsförebyggande rådet; 2021.
16. Riskfaktorer för ungas narkotikabruk och narkotikarelaterade problem: En litteraturoversikt av longitudinella studier från Norden om barn och unga. *Folkhälsomyndigheten*; 2021.
17. Stone AL, Becker LG, Huber AM, Catalano RF. Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*. 2012; 37(7):747-75.

18. von Sydow K, Lieb R, Pfister H, Höfler M, Wittchen H-U. What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence?: A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence*. 2002; 68(1):49-64.
19. Kristjansson AL, Lilly CL, Thorisdottir IE, Allegrante JP, Mann MJ, Sigfusson J, et al. Testing risk and protective factor assumptions in the Icelandic model of adolescent substance use prevention. *Health Education Research*. 2021; 36(3):309-18.
20. Aston EV. Are risk factors for drug use and offending similar during the teenage years? *International Journal of Drug Policy*. 2015; 26(4):396-403.
21. Cleveland MJ, Feinberg ME, Bontempo DE, Greenberg MT. The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. *Journal of Adolescent Health*. 2008; 43(2):157-64.
22. Hoeben EM, Meldrum RC, Walker DA, Young JTN. The role of peer delinquency and unstructured socializing in explaining delinquency and substance use: A state-of-the-art review. *Journal of Criminal Justice*. 2016; 47:108-22.
23. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. The developmental antecedents of illicit drug use: Evidence from a 25-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2008; 96(1-2):165-77.
24. Rioux C, Castellanos-Ryan N, Parent S, Vitaro F, Tremblay RE, Séguin JR. Age of cannabis use onset and adult drug abuse symptoms: A prospective study of common risk factors and indirect effects. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*. 2018; 63(7):457-64.
25. Trujillo CA, Obando D, Trujillo A. An examination of the association between early initiation of substance use and interrelated multilevel risk and protective factors among adolescents. *PloS one*. 2019; 14(12):e0225384.
26. Tillson M, Staton M, Strickland JC, Pangburn K. An Examination of the Age of Substance Use Onset and Adult Severity of Use Among Offenders Entering Treatment. *Journal of Drug Issues*. 2019; 49(2):238-52.
27. Wymbs BT, McCarty CA, King KM, McCauley E, Vander Stoep A, Baer JS, et al. Callous-unemotional traits as unique prospective risk factors for substance use in early adolescent boys and girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2012; 40(7):1099-110.
28. Mulvey EP, Schubert CA, Chassin L. Substance Use and Delinquent Behavior Among Serious Adolescent Offenders Rockville, MD: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention (OJJDP); 2010.
29. Pinchevsky GM, Arria AM, Caldeira KM, Garnier-Dykstra LM, Vincent KB, O'Grady KE. Marijuana exposure opportunity and initiation during college: Parent and peer influences. *Prevention Science*. 2012; 13(1):43-54.
30. Lopez-Quintero C, de los Cobos JP, Hasin DS, Okuda M, Wang S, Grant BF, et al. Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and Alcohol Dependence*. 2011; 115(1-2):120-30.

31. Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott: kunskapsstöd med rekommendationer för socialtjänstens arbete med barn 6-17 år. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
32. Anderberg M, Dahlberg M, Wennberg P. Criminality among Young People With Substance Use Problems in Sweden: A One-Year Follow-Up Study. *Journal of Drug Issues*. 2022.
33. Nilsson A, Estrada F. Kriminalitet och livschanser. Uppväxtvillkor, brottslighet och levnadsförhållanden som vuxen. Stockholm: Institutet för Framtidsstudier; 2009.
34. Unga som varken arbetar eller studerar: statistik, stöd och samverkan. Slutbetänkande (SOU 2013:74). Stockholm: Fritze; 2013.
35. Begrepp inom området psykisk hälsa: Version 2020 Socialstyrelsen, Skolverket och Sveriges Kommuner och Regioner; 2020.
36. Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
37. Förskrivningen av adhd-läkemedel fortsätter att öka. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
38. Lika läge för alla? Om omotiverade skillnader inom den sociala barn- och ungdomsvården. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2018.
39. Samverka för barns bästa: en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
40. Toliat A, Johansson S. Brottslighet och ungdomskontrakt hos ungdomar med alkohol- och narkotikaproblem: En tvärsnittsstudie vid Mariamottagningar i Sverige. Kandidatuppsats; 2020.
41. Dahlberg M, Anderberg M. UngDOK - Manual för intervjuformulären, 2021: Institutet för kunskaps- och metodutveckling inom ungdoms- och missbrukarvården, IKM; 2021.
42. Bäckman O, Estrada F, Nilsson A, Sivertsson F. Den ojämlika brottsligheten : lagföringsutvecklingen i demografiska och socioekonomiska grupper 1973-2017. Stockholm: Kriminologiska institutionen, Stockholms universitet; 2020.
43. Orsaker till brott bland unga och metoder att motverka kriminell utveckling: En kunskapsinventering. Stockholm: Brottsförebyggande rådet; 2009.
44. Anderberg M, Dahlberg M. Gender differences among adolescents with substance abuse problems at Maria clinics in Sweden. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2018; 35(1):24-38.
45. Estrada F, Nilsson A. Does It Cost More to Be a Female Offender?: A Life-Course Study of Childhood Circumstances, Crime, Drug Abuse, and Living Conditions. *Feminist Criminology*. 2012; 7(3):196-219.
46. Berg B, Paulsen V, Midjo T, Haugen GMD, Garvik M, Tøssebro J. Myter og realiteter : Innvandreres møter med barnevernet. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning.
47. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology*. 2003; 3(21).
48. Allison PD. *Survival analysis using SAS*. 2nd ed. Cary, NC: SAS Institute; 2010.

49. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004; 24(2):105-12.



# Bilaga 1. Metod delstudie 1

Resultaten i delstudie 1 utgår från två delmaterial: (1) dels en registerdel där urvalet består av samtliga 15–20-åringar som lagfördes för NSL 2017, (2) dels en aktstudie som genomförts för ett urval av dem som ingår i registerdelen. Detta är källa till samtliga resultat som presenteras i delstudie 1.

Under hösten 2019 genomfördes en konsekvensbedömning avseende dataskydd enligt artikel 35 i dataskyddsförordningen. Etikprövningsmyndigheten har godkänt studien (2019–05810 samt 2021–03549).

## Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet med studien var att öka kunskapen om de ungdomar som lagförts för brott mot narkotikastrafflagen (NSL) och om socialtjänstens insatser för denna målgrupp.

Studien inkluderar två åldersgrupper. Det första delsyftet gäller gruppen ungdomar 15–17 år och handlar om att undersöka vilka faktorer som påverkar bedömningen av vårdbehov och de insatser som erbjuds för dem som lagförts för brott mot NSL.

I registersdelen besvaras frågeställning nummer 1 samt 5a och i aktdelen besvaras frågeställningarna 2 till 6.

### Frågeställningar:

1. Vad karaktäriserar individerna (kön, kriminalitet, ekonomi, psykisk sjukdom/ohälsa, utbildning, födelseland och familjebakgrund) i de två grupperna 15–17 år respektive 18–20 år som blir lagförda för brott mot narkotikastrafflagen?
2. Hur motiveras vårdbehov för barn 15–17 år?
3. Vilka insatser genomförs av socialtjänsten för barn 15–17 år som lagförts?
4. Hur stor andel av barnen 15–17 år avböjer vård respektive fullföljer inte vård när sådan erbjuds av socialtjänsten?
5. Är det någon skillnad i (a) återfallsfrekvens i kriminalitet, respektive (b) återaktualisering inom socialtjänsten av andra orsaker än för brott, för barn 15–17 år som får rättslig reaktion som innehåller vårdinsats respektive utan vårdinsats?
6. Av de 18–20-åringar som fick utdömda böter/strafföreläggande och som tidigare är lagförda för brott mot narkotikastrafflagen när de var 15–17 år:
  - Hur många fick ett erbjudande om vård när de var 15–17 år?
  - Vilken rättslig reaktion fick de när de var 15–17 år?
  - Vilka insatser fick de när de var 15–17 år?
  - Hur stor andel avböjde och fullföljde inte vård när sådan erbjöds av socialtjänsten när de var 15–17 år?

# Registerstudien

Registerstudien utgår från en samkörning av flera nationella register (se avsnittet *Register och variabler*), där individer har följts från uppväxten och till och med år 2020.

## Studiepopulation

Studiepopulationen utgörs av samtliga 15–20-åringar som år 2017 lagfördes<sup>109</sup> för brott mot Narkotikastrafflagen (1968:64), NSL, enligt Brottsförebyggande rådets register över lagförda personer. Därmed omfattade populationen 6 125 personer vilket motsvarade knappt 1 procent av alla jämnåriga i befolkningen.

I resultatredovisningen har studiepopulationen delats in i barn (15–17 år) och unga vuxna (18–20 år) eftersom påföljdssystemet skiljer sig åt med avseende på myndighetsålder. Barnpopulationen omfattade 2 017 personer och de unga vuxna omfattade 4 108 personer (tabell B1).

**Tabell B1. Barn och unga vuxna lagförda för brott mot NSL år 2017**

Barn (15–17 år) och unga vuxna (18–20 år) som lagfördes för brott mot NSL 2017, fördelat efter kön och ålder, samt med och utan giltigt personnummer (pnr) år 2017. Antal.

	Barn				Unga vuxna			
	15 år	16 år	17 år	15–17 år	18 år	19 år	20 år	18–20 år
Flickor/Kvinnor	39	97	122	258	146	159	152	457
Pojkar/Män	266	605	888	1 759	1 101	1 220	1 330	3 651
<b>Total</b>	<b>305</b>	<b>702</b>	<b>1 010</b>	<b>2 017</b>	<b>1 247</b>	<b>1 379</b>	<b>1 482</b>	<b>4 108</b>
Med giltigt pnr	291	645	911	1 847	1 160	1 320	1 435	3 915
Utan giltigt pnr	14	57	99	170	87	59	47	193
<b>Total</b>	<b>305</b>	<b>702</b>	<b>1 010</b>	<b>2 017</b>	<b>1 247</b>	<b>1 379</b>	<b>1 482</b>	<b>4 108</b>

## Avgränsning vid resultatredovisning

Ungefär 6 procent i studiepopulationen (motsvarande 363 personer) saknade giltigt personnummer (tabell B1). Dessa ingår bara i de resultat som rör lagföringen vid urvalsbrottet, och där det finns uppgifter för samtliga. I övriga resultat ingår bara personer med giltigt personnummer (5 762 personer) eftersom detta krävs för att knyta samman registeruppgifter och för att kunna följa personer över tid. Tiden efter urvalsbrottet försvinner även vissa individer ur studiepopulationen till följd av utvandring eller dödsfall, vilket gör att nämnaren skiljer sig åt mellan olika år. Därmed kan procentskattningar av samma företeelse skilja sig något åt beroende på att antalet individer med giltigt personnummer skiljer sig åt mellan olika kalenderår.

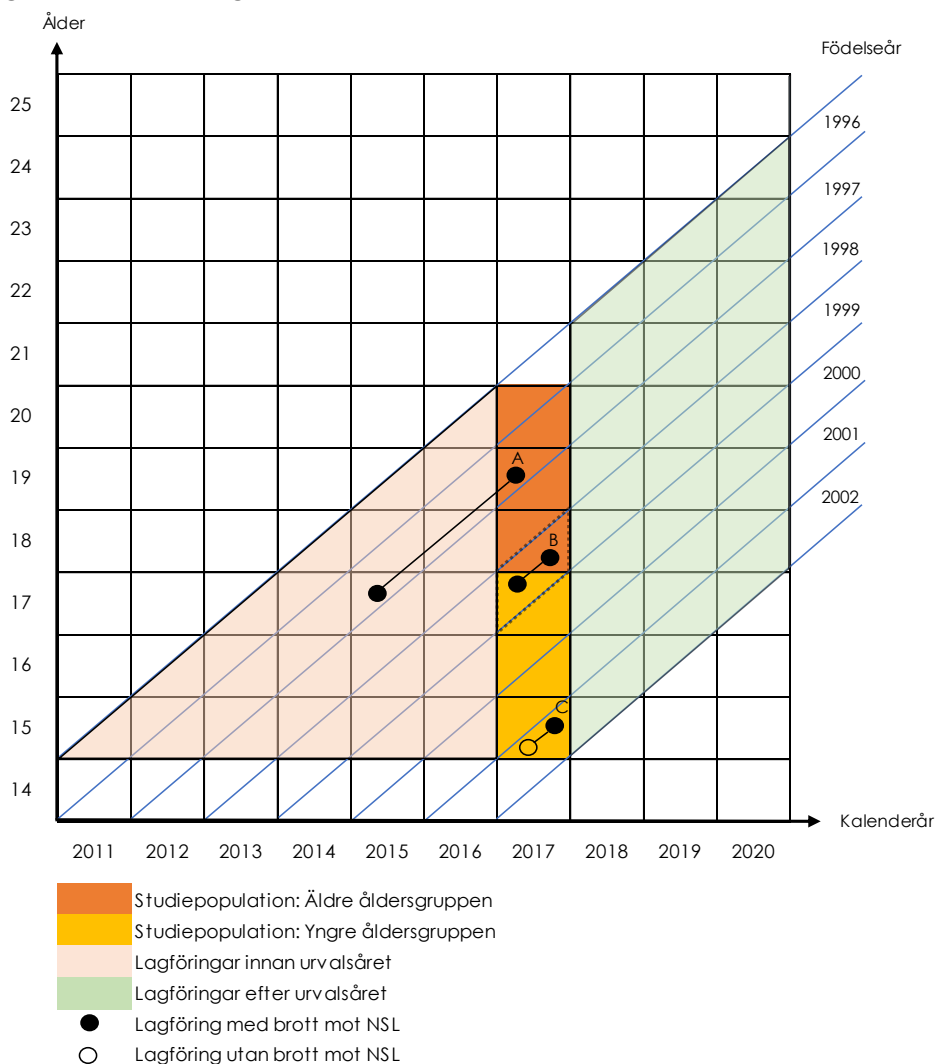
## Studiedesign

Studiedesignen kan beskrivas med ett så kallat Lexis-diagram som illustrerar hur ålder (y-axel), kalenderår (x-axel) och födelseår (diagonala linjer) förhåller sig till varandra (figur B1). Det gula och det orange fältet markerar val av

<sup>109</sup> Med lagföringsbeslut avses fällande dom i tingsrätten, godkänt strafföreläggande och åtalsunderlåtelse. Se [www.bra.se](http://www.bra.se)

studiepopulation, det vill säga personer som lagfördes för narkotikabrott år 2017 vid 15–17 års ålder (gult fält) och 18–20 års ålder (orange fält).

**Figur B1. Studiedesign**



Urvalet är gjort utifrån ålder, och inte födelseår, vilket gör att exempelvis 15-åringar som lagförts år 2017 kan vara födda både 2001 (ska fylla 16 år under året) och 2002 (fyller 15 år under året), osv. Detta gör också att både den yngre och den äldre åldersgruppen omfattar personer födda 1999 (se figur B1). När jämförelser görs med övriga befolkningen (exempelvis vad gäller vård med olika diagnoser i slutenvård och specialiserad öppenvård samt läkemedelsanvändning) är utgångspunkten dock ålder vid årets slut, dvs. den yngre åldersgruppen avgränsas till födelseåren 2000–2002 och den äldre åldersgruppen till födelseåren 1997–1999.

En liten grupp personer förekom både i den yngre och i den äldre åldersgruppen, dvs. år 2017 hade de lagförts för narkotikabrott både när de var 17 år och när de var 18 år (exempel B i figur B1). I resultaten ingår dessa i den yngre åldersgruppen, eftersom lagföringen vid 17 års ålder skedde först (den första punkten i exempel B är därmed urvalsbrottet).

Urvalsbrottet är det första lagförda narkotikabrottet år 2017. Detta brott behöver dock inte var den första lagföringen år 2017, utan under året kan det ha förekommit tidigare lagföringar som inte omfattade något narkotikabrott. Det innebär också att även 15-åringarna kan vara tidigare lagförda (exempel C i figur B1), trots att yngsta lagföringsålder är 15 år.

Tidigare lagföringar omfattar alla lagföringar före urvalsbrottet (exempel A figur B1). Det gör att beroende av lagföringsålder vid urvalsbrottet så är tidsintervallet där tidigare lagföringar kan ha inträffat olika långt (det ljusgula fältet i figur B1).

Uppföljningstiden däremot, varierar bara utifrån när under urvalsåret (2017) som urvalsbrottet lagfördes. Uppföljningen av nya lagföringar startar direkt efter urvalsbrottet och sträcker sig fram till och med utgången av år 2020 (ljusgrönt fält i figur B1). I exempel B i figur B1 blir därmed den andra punkten den första nya lagföringen efter urvalsbrottet, trots att båda lagföringarna skedde år 2017.

Uppföljningen efter urvalsbrottet har avgränsats till folkbokförda personer med giltigt personnummer. Registret över totalbefolkningen har använts för att kontrollera att en individ är folkbokförd i landet, och dödsorsaksregistret har använts för att identifiera avlidna personer. Personer som utvandrat eller avlidit under uppföljningstiden har exkluderats ur nämnaren, eller när persontid använts följts till dess att de lämnat populationen.

## Datakällor och indelningar

I registerstudien har olika nationella dataregister samkörts (tabell B2) och individerna i studiepopulationen (up = undersökningssperson) har följts från uppväxten och till och med år 2020. SCB:s flergenerationsregister har använts för att identifiera föräldrar (biologiska och adoptivföräldrar) och skapa bakgrundsfaktorer som är knutna till föräldrarna (utbildningsnivå, långvarigt försörjningsstöd, utländsk bakgrund, påföljder och vård för narkotikarelaterade diagnoser).

**Tabell B2. Register och datauppgifter.**

Registerhållare	Register	Datauppgifter
<b>Brottsförebyggande rådet (Brå)</b>	Registret över lagförda personer	Lagföringsuppgifter (för up t.o.m. år 2020; för föräldrar då up var 0–14 år).
<b>Statistiska centralbyrån (SCB)</b>	Register över totalbefolkningen (RTB)	Folkbokföringsuppgifter, födelse-land, datum för in- och utvandring.
	Geografidatabasen	Indelning i mindre regionala enheter (DeSo) för att identifiera det socialkontor som up var knuten till vid året för urvalsbrottet. Användes för aktstudien.
	Flergenerationsregistret	Kopplingar mellan barn och föräldrar (biologiska och adoptivföräldrar).
	Longitudinella integrationsdatabas för Sjukförsäkrings- och Arbetsmarknadsstudier (LISA)	Familjeställning, utbildningsnivå, inkomstslag (för up fr.o.m. 16 år; för föräldrar då up var 12–14 år).

Registerhållare	Register	Datauppgifter
SCB och Skolverket	Register över grundskolans slutbetyg	Genomsnittsbetyg och behörighet till gymnasiet (endast up).
	Register över slutbetyg från gymnasieskolan	Genomsnittsbetyg, år för slutbetyg (endast up).
Socialstyrelsen	Registret över insatser till barn och unga	Heldygnsplaceringar av barn och unga för vård utanför det egna hemmet enligt SoL och LVU då up var 0–12 år (endast up)
	Patientregistret	Vård i slutenvård och specialiserad öppenvård med diagnoser relaterade till psykiatri, substansbruk och yttre orsaker (för up t.o.m. år 2020; för föräldrar då up var 0–14 år). Se Diagnoskoder nedan.
	Läkemedelsregistret	Viss läkemedelsbehandling (för up t.o.m. år 2020). Se Läkemedelskoder nedan.
	Dödsorsaksregistret	Dödsdatum och dödsorsak.

## Indelningar

### *Regional indelning*

I de fall resultaten redovisas efter regionala områden så används NUTS2 (Nomenclature des Unités Territoriales Statistiques) som är EU:s regionindelning. Den består av följande åtta områden:

NUTS2	Län
Stockholm	Stockholms län.
Östra Mellansverige	Uppsala, Södermanlands, Östergötlands, Örebro och Västmanlands län.
Småland med öarna	Jönköpings, Kronobergs, Kalmar och Gotlands län.
Sydsverige	Blekinge och Skåne län.
Västsverige	Hallands och Västra Götalands län.
Norra Mellansverige	Värmlands, Dalarnas och Gävleborgs län.
Mellersta Norrland	Västernorrlands och Jämtlands län.
Övre Norrland	Västerbottens och Norrbottens län.

## Utbildningsgrupper

I de fall resultaten redovisas efter föräldrars högsta fullföljda utbildning så är utbildningsnivån grupperad enligt SUN2000.

### Utbildningsnivå

Grundskola	Förgymnasial utbildning kortare än 9 år, Förgymnasial utbildning 9 år
Gymnasium	Gymnasial utbildning högst 2-årig, Gymnasial utbildning, 3 år
Eftergymnasial	Eftergymnasial utbildning kortare än 3 år, Eftergymnasial utbildning 3 år eller längre, Forskarutbildning

## Diagnoskoder i Patientregistret

Socialstyrelsens Patientregister innehåller rikstäckande information om alla avslutade vårdtillfällen i slutenvård sedan 1987 (för delar av riket sedan 1964). Läkarbesök med kirurgisk åtgärd finns med i registret från 1997 och övriga läkarbesök i specialiserad öppenvård har registrerats sedan år 2001. År 2009 började även diagnoser och utförda åtgärder för patienter som vårdats i psykiatrisk tvångsvård enligt LPT eller LRV att rapporteras in.

Diagnoserna i Patientregistret är kodade enligt den svenska versionen av Världshälsoorganisationens (WHO) internationella system för klassifikation av sjukdomar – International Classification of Diseases. I rapporten redovisas följande diagnosgrupper enligt ICD-10:

### Diagnosgrupper (ICD-10)

Någon psykiatrisk diagnos	F1–F9.
Alkoholrelaterad diagnos	E244, F10, G312, G621, G721, I426, K292, K70, K852, K860, T51, Y90, Y91, Z502, Z714, Z721.
Narkotikarelaterad diagnos	F11-F16, F18-F19, T40, T436, Z503, Z715, Z722.
Cannabis	F12: Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av cannabis.
Droger i kombination	F19: Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser.
Beroendesyndrom	.2 (Fjärdeposition för diagnoserna F10-F19).
Depression	F32–F39: Depression, förstämningssyndrom.
Ångest	F40–F48: Neurofiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom.
Personlighetsstörning	F60-F69: Personlighetsstörningar och beteendestörningar.
Autismspektrumstörning	F80-F89: Störningar av psykisk utveckling.
Autism	F84: Genomgripande utvecklingsstörningar inkl. autism och Aspergers syndrom.
Hyperaktivitetsstörning	F90-F98: Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid.
Adhd	F90: Hyperaktivitetsstörningar.
Neuropsykiatriska fillstånd	F80–F98: Störningar i psykisk utveckling samt Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid.

## Läkemedelsgrupper

Läkemedelsregistret är ett rikstäckande register som innehåller data om varje individuellt uttag av läkemedel, förbrukningsartiklar och livsmedel som expedierats på apotek mot recept eller motsvarande. När en person har hämtat ut ett läkemedel indikerar detta att personen kommer att använda läkemedlet. I vissa fall kan dock ett läkemedel ha hämtats ut på apotek utan att det sedan används. I denna studie definieras det ändå som användning eftersom detta inte går att kontrollera. Ett läkemedel kan även förskrivas till en individ som inte hämtar ut läkemedlet. Förskrivna läkemedel som inte hämtas ut ingår inte i Läkemedelsregistret. Läkemedelsregistret uppdateras varje månad, och uppgifterna finns tillgängliga med mindre än två veckors eftersläpning. Registret inrättades 1 juli 2005.

ATC-koder (Anatomical Therapeutic Classification) har använts för att gruppera olika typer av läkemedel. Samma person kan använda flera typer av läkemedel, och därmed förekomma i fler än en läkemedelsgrupp. Följande läkemedel och läkemedelsgrupper ingår i studien:

Läkemedelsgrupper	ATC-koder
Antipsykotika	N05A exkl. N05AN
Ångstdämpande	N05B
Sömnmedel och lugnande medel exkl. melatonin	N05C exkl. N05CH01
Antidepressiva	N06A
Psykofarmaka	Ovanstående läkemedelsgrupper samt antiepileptika (N03)
Adhd-läkemedel	N06BA exkl. N06BA07, C02AC02

## Samlingsmättet för vård och läkemedelsbehandling av psykiatriska tillstånd

Samlingsmättet avser andelen som (1) vårdats med en F-diagnos (som huvuddiagnos eller bidiagnos) inom slutenvård eller specialiserad öppenvård, och/eller (2) haft minst ett uttag av psykofarmaka och/eller adhd-läkemedel (enligt läkemedelsgrupperna ovan), och /eller (3) vårdats utan diagnos på en klinik som grupperar under ett medicinskt verksamhetsområde som rör psykiatrisk vård inklusive missbruk (MVO = 9).

## Statistiska metoder

Alla analyser är gjorda med statistikprogrammet SAS. I de uppföljande delarna har individerna i studiepopulationen följts från urvalsbrottet till och med sista december 2020 (eller till och med sista folkbokföringsår respektive dödsdatum). Vid beräkning av tid till första lagföring för nya narkotikabrott efter urvalsbrottet (figur 10 och figur 15) har andelarna beräknats med hänsyn till persontid (antal dagar sedan urvalsbrottet) genom överlevnadsfunktion (PROC LIFETEST).

Den multivariata analysen (se tabell B8 och B18, bilaga 4) är genomförd med Cox-regression (PROC PHREG). Cox-regression är en så kallad överlevnadsanalys som används när man följer en population över tid. Med hjälp

av Cox-regression beräknas sannolikheten (benägenheten) för att en händelse ska inträffa, till exempel nya lagföringar efter urvalsbrottet. Resultaten presenteras som Hazard Ratios (HR), vilket är en skattning av benägenheten för att en viss händelse inträffar hos en grupp jämfört med en vald referensgrupp. Referensgruppen kan sägas vara den basnivå som övriga grupper jämförs med.

HR kan tolkas ungefär som en relativ risk (RR), med den skillnaden att RR anger risken vid slutet av uppföljningsperioden medan HR anger risken vid varje givet ögonblick under uppföljningsperioden. I modellen som skattar benägenheten för rättsliga reaktioner med vårdinsats för 15–17-åringar (se tabell B8, bilaga 4) används konstant tid [47]. HR över 1,0 innebär att risken är högre än referensgruppens (som är 1,0), medan HR under 1,0 anger att den är lägre [48].

Resultaten ”justeras” för olika bakgrundsfaktorer, exempelvis kön och delgrupp. Det innebär att analysen tar hänsyn till att fördelningen av dessa variabler skiljer sig åt mellan grupperna. Referensgrupperna för de olika variablerna anges i tabellen. I tabellerna redovisas p-värden som anger den statistiska signifikansnivån för olika faktorer. P-värden under 0,05 ( $p < 0,05$ ) anger att resultatet är signifikant på 5 %-nivån.

### Tabeller

Observera att så kallade avrundningsfel kan förekomma i tabellerna som redovisar procentskattningar, det vill säga att totalsumman inte blir exakt 100 procent (trots att den står angiven som 100 %) till följd av att procenttalen i tabellen har avrundats till närmaste ental.

### Teckenförklaring

..	Ingen förekomst.
0	Avrundat till noll (0).

## Aktstudien

För att besvara frågeställningarna 2–6 samlades data in från socialtjänstens dokumentation (så kallade aktdata) för ett urval av de barn och unga vuxna som ingick i studiepopulationen (dvs. alla 15–20-åringar som lagförts för brott mot NSL år 2017).

### Urval av kommuner

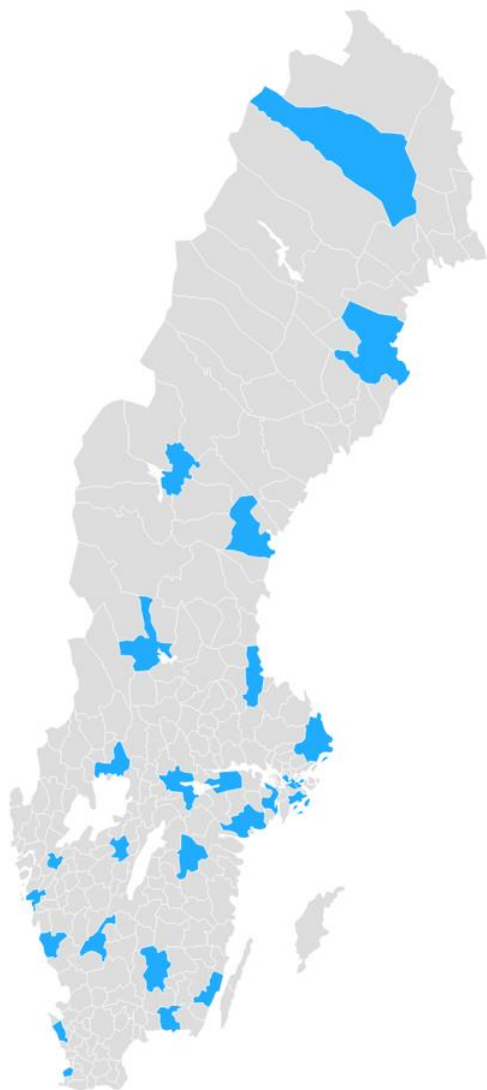
36 kommuner och stadsdelar tillfrågades att medverka i studien. Urvalet var strategiskt med syfte att fånga variation i storlek och geografiska spridning. Fram till sista december 2020 delades Sveriges åklagarkammare in i sju geografiska åklagarområden samt en nationell åklagaravdelning. För att få en geografisk spridning och för att fånga eventuella skillnader i åklagarnas arbetssätt valdes kommuner/stadsdelar ut från samtliga sju åklagarområden. Nästa steg i urvalet var att välja kommuner med olika karaktäristika. SKR:s kommungruppsindelning användes för att välja städer ur olika kommungrupper. Inga städer med färre än fem barn med lagföringar mot NSL under 2017 valdes.



Tre kommuner och tre stadsdelar tackade nej till att medverka i studien. En kommun exkluderades på grund av tidsbrist då pandemins fjärde våg försvårade tidsbokningar (tabell B3B). Totalt 29 kommuner/stadsdelar ingick i det slutliga urvalet (figur B2 och tabell B3A).

**Figur B2. Deltagande kommuner/stadsdelar**

Karta över de kommuner/stadsdelar som ingick i aktstudien.



**Tabell B3A. Deltagande kommuner/stadsdelar**

Kommun/stadsdel	Åklagarområde	Kommun-grupp*	Kommungruppsnamn
Örebro	Bergslagen	B3	Större stad
Karlstad	Bergslagen	B3	Större stad
Mora	Bergslagen	C8	Landsbygdskommun
Gävle	Mitt	B3	Större stad
Sundsvall	Nord	B3	Större stad
Östersund	Nord	B3	Större stad
Skellefteå	Nord	C6	Mindre stad/tätort
Gällivare	Nord	C8	Landsbygdskommun
Enskede Årsta Vantör	Stockholm	A1	Storstäder
Skärholmen	Stockholm	A1	Storstäder
Södermalm	Stockholm	A1	Storstäder
Haninge	Stockholm	A2	Pendlingskommun nära storstad
Nacka	Stockholm	A2	Pendlingskommun nära storstad
Södertälje	Stockholm	B3	Större stad
Norrtälje	Stockholm	C6	Mindre stad/tätort
Malmö	Syd	A1	Storstäder
Helsingborg	Syd	B3	Större stad
Växjö	Syd	B3	Större stad
Kalmar	Syd	C6	Mindre stad/tätort
Ronneby	Syd	C7	Pendlingskommun nära mindre stad/tätort
Nordost, Göteborg	Väst	A1	Storstäder
Hisingen, Göteborg	Väst	A1	Storstäder
Skövde	Väst	C6	Mindre stad/tätort
Trollhättan	Väst	B3	Större stad
Varberg	Väst	C6	Mindre stad/tätort
Linköping	Öst	B3	Större stad
Eskilstuna	Öst	B3	Större stad
Gislaved	Öst	C8	Landsbygdskommun
Nyköping	Öst	C6	Mindre stad/tätort

\* SKR:s kommungruppsindelning, se [www.skr.se](http://www.skr.se)

**Tabell B3B. Tillfrågade men ej deltagande kommuner**

Kommun/stadsdel	Åklagarområde	Kommun-grupp*	Kommungruppsnamn
Enköping	Mitt	B5	Lågpendlingskommun nära större stad
Uppsala	Mitt	B3	Större stad
Hässelby-Vällingby	Stockholm	A1	Storstäder
Hörby	Syd	B4	Pendlingskommun nära större stad
Lerum	Väst	A2	Pendlingskommun nära storstad
Askim-Frölunda-Högsbo, Göteborg	Väst	A1	Storstäder
Lundby, Göteborg	Väst	A1	Storstäder

\* SKR:s kommungruppsindelning, se [www.skr.se](http://www.skr.se)

## Urval av barn och unga vuxna

Initialt beräknades att ungefär 300 barn (delpopulation 1) och 100 unga vuxna (delpopulation 2) skulle ingå i urvalet till aktstudien. Urvalet gjordes enbart baserat på kommun/stadsdel, kön och rättslig reaktion. Hänsyn togs också till om lagföringen var den första någonsin och om lagföringen även innehöll andra brott än narkotikabrottet.

Eftersom studiepopulationen innehöll betydligt fler pojkar och unga män, än flickor och unga kvinnor, så kompenseras urvalet med fler flickor och unga kvinnor. Detta för att möjliggöra jämförelser mellan könen.

Urvalet var tänkt att spegla proportionen i typ av lagföringsbeslut och rättsliga reaktioner i form av åtalsunderlåtelse (straffvarning), ungdomsvård, strafföreläggande, böter i domstol och ungdomstjänst både nationellt som inom varje åklagarområde. Vi valde att inkludera en större andel barn som fick ungdomsvård och en något mindre andel som fick böter i domstol.

Påföljder som slutna ungdomsvård, skyddstillsyn och villkorlig dom exkluderades på grund av att dessa påföljder är relativt sällsynta. Initialt planerades för att ungdomstjänst skulle ingå men när reduktion av antalet akter var nödvändigt gjordes valet att dessa i stort sett skulle exkluderas.

Urvalet av unga vuxna (delpopulation 2) valdes för att säkerställa att barn som återföll skulle komma att ingå i datamaterialet. Uppdraget skulle ursprungligen redovisats i december 2020 men blev på grund av pandemin uppskjutet till juni 2022. För delpopulation 1 planerades från början endast ett uppföljningsår (2018). Eftersom redovisningen flyttades fram fanns möjlighet att inkludera en längre uppföljningsperiod vilket minskade betydelsen av delpopulation 2 och frågeställning nummer sex. Endast ett fåtal av dessa resultat redovisas därför i resultatdelen.

### *Delpopulation 1 - barn 15–17 år*

Från det ursprungliga antalet om cirka 300 barn så exkluderades 125 barn av olika anledningar (se nedan). Därmed uppgick antalet barn i aktstudien till 189 (delpopulation 1), vilket motsvarade 9,4 procent av alla i barnpopulationen.

Anledningen till att barn exkluderades ur studien berodde dels på tidsbrist, dels på administrativa omständigheter:

- 56 barn exkluderades till följd av att kommunen tackat nej eller att tidsramen inte medgav ett besök i kommunen.
- I de deltagande kommunerna exkluderades 32 barn till följd av tidsbrist vid själva insamlingen, och i dessa fall baserades reduktionen på den rättsliga reaktion som barnen fått.
- I 32 fall kunde akten inte återfinnas på socialtjänsten. Detta kunde dels bero på att akten hade gallrats, eller att barnet hade flyttat. Urvalet utgick från folkbokföringsort per den 31 december 2017. Om ungdomen flyttat till kommen efter brottet kan det innebära att socialtjänsten inte har dokumentation om barnet.
- I 5 fall förekom olika identifikationsnummer (personnummer respektive samordningsnummer).

**Tabell B4. Akturval i förhållande till studiepopulation**

Antal och andel i akturvalet i förhållande till studiepopulationen, fördelat efter delgrupp och ålder. Barn (15–17 år) och unga vuxna (18–20 år) som lagfördes för brott mot narkotikastrafflagen (NSL) år 2017. Antal och procent.

Barn	Studiepopulation				Akturval (delpopulation 1)				Andel (%) i akturval
	15 år	16 år	17 år	15–17 år	15 år	16 år	17 år	15–17 år	15–17 år
<b>Kön</b>									
Pojkar	266	605	888	1 759	24	49	73	146	8,3
Flickor	39	97	122	258	6	13	24	43	16,7
<b>Delgrupp</b>									
Debutlagförda									
Endast NSL	202	359	457	1 018	23	36	38	97	9,5
Även andra brott	70	141	131	342	2	12	8	22	6,4
Tidigare lagförda									
Endast NSL	6	20	58	84	2	0	7	9	10,7
Även andra brott	27	182	364	573	3	14	44	61	10,6
<b>Total</b>	<b>305</b>	<b>702</b>	<b>1 010</b>	<b>2 017</b>	<b>30</b>	<b>62</b>	<b>97</b>	<b>189</b>	<b>9,4</b>
Unga vuxna	Studiepopulation				Akturval (delpopulation 2)				Andel (%) i akturval
	18 år	19 år	20 år	18–20 år	18 år	19 år	20 år	18–20 år	18–20 år
<b>Kön</b>									
Män	1 101	1 220	1 330	3 651	16	14	11	41	1,1
Kvinnor	146	159	152	457	2	5	3	10	2,2
<b>Delgrupp</b>									
Debutlagförda									
Endast NSL	491	475	427	1 393	..	..	..	..	..
Även andra brott	127	128	122	377	..	..	..	..	..
Tidigare lagförda									
Endast NSL	102	123	141	366	5	6	4	15	4,1
Även andra brott	527	653	792	1 972	13	13	10	36	1,8
<b>Total</b>	<b>1 247</b>	<b>1 379</b>	<b>1 482</b>	<b>4 108</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>14</b>	<b>51</b>	<b>1,2</b>

### *Delpopulation 2 - unga vuxna 18–20 år*

Urvalet av unga vuxna (delpopulation 2) utgick från att den rättsliga reaktionen vid urvalsbrottet år 2017 skulle vara böter eller strafföreläggande, samt att de skulle ha minst en tidigare lagföring för brott mot NSL vid 15–17 års ålder. Samma reducering genomfördes för delpopulation 2 som för delpopulation 1. Därmed uppgick antalet unga vuxna i aktstudien till 51, vilket motsvarade 1,2 procent av alla unga vuxna i studiepopulationen.

Från det ursprungliga antalet om cirka 100 unga vuxna så exkluderades 50 individer:

- 21 unga vuxna exkluderades till följd av att kommunen tackat nej eller att tidsramen inte medgav ett besök i kommunen.
- I de deltagande kommunerna exkluderades 9 unga vuxna till följd av tidsbrist vid själva insamlingen, och i dessa fall baserades reduceringen på den rättsliga reaktion som de unga vuxna fått.
- I 19 fall kunde akten inte återfinnas på socialtjänsten. Den huvudsakliga anledningen var att akterna var från 2012–2015 och då hade gallrats i stor omfattning.

- I 1 fall förekom olika identifikationsnummer (personnummer respektive samordningsnummer).

## Representativitet

Aktstudien gör inga anspråk på att vara ett representativt urval av alla de ungdomar som år 2017 lagfördes för brott mot narkotikalagstiftningen. Av tabell B4 framgår hur akturvalet fördelade sig i förhållande till hela studiepopulationen. Jämförelsen visar att som avsett är flickor och unga kvinnor överrepresenterade i båda åldersgrupperna. I delpopulation 1 var åldersfördelningen ungefär densamma som i hela barnpopulationen. I delpopulation 2 fanns en viss överrepresentation i yngre åldrar (tabell B4), vilket kan bero på att 20-åringarnas akter gallrats i större omfattning. Det fanns totalt sett en överrepresentation av tidigare lagförda i aktstudien (tabell B4).

När det gäller urvalet av barn med olika rättsliga reaktioner så valdes de initialt att spegla hela populationen, men eftersom studien särskilt syftade till att undersöka socialtjänstens insatser så gjordes valet av barn vid reduktionen så att det blev färre barn med böter i domstol och fler barn med ungdomsvård. Fördelningen av Åtalsunderlåtelse (straffvarning) och strafföreläggande är jämförbara (visas ej i tabell).

## Material

Socialtjänsten har både fysiska akter och olika dokumentationssystem där utredningar och journalanteckningar förs. I samtliga fall fick forskarna det efterfrågade materialet antingen i form printade kopior eller originalakten i pappersform. När information saknades kunde personal på socialtjänstförvaltningen i många fall hitta den efterfrågade informationen i sina dokumentationssystem.

Granskningen i studien utgår från den dokumentation som finns av socialtjänstens handläggning av ärendet, från det att anmälan inkommer om att den unge är misstänkt för narkotikabrott, och/eller att begäran inkommer att socialtjänsten ska lämna yttrande till åklagare och domstol, till dess att socialtjänsten får information om den rättsliga reaktionen. Beroende på hur mycket information socialtjänstens utredning innehöll lästes även beslut om insats/insatser, vårdplaner och dokumentation kring pågående insats som inhämtas från ungdomens akt.

## Kodning av data och granskningsprotokoll

Information från socialtjänstens akter registrerades i en granskningsmall med 43 frågor med möjlighet till kommentarer. Data som samlades in handlar om bedömning av vårdbehov, socialtjänstens behovsbeskrivning, typ och omfattning av insats som tillhandahölls, om ungdomen fullföljde, avbröt eller tackade nej till insats, revidering av ungdomskontrakt eller vårdplan, erkännande av brott samt återaktualisering inom socialtjänsten under åren 2018–2020. Eftersom data är känsliga personuppgifter användes löpnummer som identifikation i mallen. Granskningsmallen ligger i ett av Socialstyrelsens eget framtagna verktyg där svarsfilerna är krypterade. Efter granskning fördes de krypterade filerna över via vpn till ett separat lokalt nätverk med begränsad åtkomst på Socialstyrelsen.

För att kvalitetssäkra kodningen (liknande bedömningar mellan forskarna) har fortlöpande diskussioner pågått mellan forskarna under hela datainsamlingen.

### *Pilottest*

Innan det slutgiltiga urvalet av delpopulationer gjordes genomfördes ett pilottest av granskning av socialtjänstens dokumentation i två kommuner/stadsdelar för att undersöka genomförbarheten av aktgranskningen avseende tidsåtgång och granskningsprotokollet. Pilottestet genomfördes under hösten 2019 efter att studien blivit godkänd av etikprövningsmyndigheten. Efter testet justerades granskningsformuläret och antalet inkluderade ungdomar reducerades på grund av tidsåtgången.

## Genomförande

Förberedelser och förfrågan till kommuner att medverka gjordes under tidig höst 2020. Ett e-postmeddelande skickades ut till chefer för socialtjänstens barn- och ungaenheter med information om studien samt en förfrågan om kontaktperson för att kunna diskutera medverkan och för att boka tid för besök. Dessvärre gjorde pandemins andra våg att resor inte var aktuella och kommunerna meddelades att aktstudien var inställd tills vidare. I augusti 2021 kunde planering av resor åter påbörjas och information om studien skickades till de kontaktpersoner som kommunerna tidigare angett. I e-postmeddelande efterfrågades om kommunen fortfarande ville delta i studien och om kontaktpersonen fortfarande var aktuell. I Göteborg stad hade en omfattande omorganisation skett och kontaktpersonerna var därför helt nya. Under de kommande månaderna planerades resor till de inkluderade kommunerna. De fick i samband med tidsbokningen mer specifik information om vilken dokumentation som projektgruppen ville ta del av. När en kommun tackat ja till en tid fick kontaktpersonen via krypterad e-post en lista över de personnummer som ingick i urvalet i den kommunen. Datainsamlingen genomfördes på varje enskild socialtjänstförvaltnings kontor.

Vid besöket ombads kontaktpersonen fylla i ett frågeformulär med fyra frågor om rutiner och insatser som kommunen har relaterat till den specifika målgruppen. Tjugosex kommuner besvarade formuläret.

## Bilaga 2. Metod delstudie 2

Delstudie 2 består av två faser. I fas 1 genomfördes en kartläggning av modeller och samverkansformer. Fas 2 består av en fördjupningsdel där utformningen bestämts av det som framkom i kartläggningen.

### Övergripande syfte

Det övergripande syftet med delstudie 2 var att studera och kartlägga effektiva modeller och samverkansformer som är framtagna för att uppmärksamma barn och unga vuxna i åldern 15–20 år som använt narkotika och som kan fungera som en brygga mellan brottsbekämpning, drogförebyggande och behandling.

### Kartläggning – fas 1

#### Syfte

Syftet med fas 1 är att kartlägga samverkansformer som fungerar väl samt identifiera framgångsfaktorer i dessa. Målgruppen är unga 15–20 år som använt narkotika.

Kartläggningen genomfördes av avdelningen för analys på myndigheten under hösten 2019 och tidig vinter 2020.

#### Studiedesign

För studien valdes en kvalitativ metod som inkluderade ett brett och aktivt initialt sökande efter fungerande samverkansformer. Dessa undersöktes djupare genom intervjuer med representanter för samverkansformerna. Avsikten med intervjuerna var att hitta både framgångsfaktorer och eventuella hinder för samverkan. Antal intervjuer bestämdes inte på förhand utan först när mättnad uppnått.

Alla former för samverkan som inkluderade målgruppen togs inledningsvis med men en avgränsning gjordes mot samarbeten och/eller projekt som avser universella drogförebyggande insatser. Samverkansformer relevanta för en djupare bedömning valdes utifrån följande kriterier:

- Samverkansformen ska rikta sig mot uppdragets målgrupp
- En tydlig arbetsprocess mellan personal ska finnas, inte bara en övergripande samverkan
- Samverkan ska innefatta vårderbjudande
- Vårderbjudandet ska komma tidigt i processen efter att ett gripande skett
- Samverkan ska ha pågått under minst ett år.

## Urval

I den breda aktiva sökfasen användes olika kanaler för att hitta relevanta samverkansformer. Dessa beskrivs nedan. Huvudfokus har legat på socialtjänst och polis eftersom de setts som avgörande aktörer när det gäller samverkansformer för målgruppen.

### *Kontakt med formella nätverk inom området*

Genom framförallt Länsstyrelsens, men också SKR:s nätverk för ANDT-frågor, togs en första kontakt för att informera om uppdraget. Regionala samordnare ombads att återkomma med tips om kända samverkansformer och förmedla information om studien till sina kontaktnät.

### *Informanter via sociala medier*

Utöver genom de formella nätverken har sökningar och efterfrågningar gjorts genom informella kanaler. Via LinkedIn och Facebook har kontakter sökts, både med enskilda personer direkt och i olika grupper och forum som finns där, exempelvis socionom- och socialchefsgrupper. Vid kontakt skickades information om uppdraget samt en fråga om huruvida man känner till fungerande samverkanforum för målgruppen.

### *Sökning på nätet och direktkontakt*

Samtidigt med efterfrågningarna i ovan nämnda kanaler gjordes även sökningar på nätet. Sökningar har också gjorts efter att information har framkommit i kontakter och efterföljande intervjuer.

De flesta personer/verksamheter har funnits inom kommuners socialförvaltning. Personerna har haft funktioner som socialchefer, enhetschefer och 1:e socialsekreterare inom framförallt barn- och ungdomsområdet. Några har varit projektledare för vissa pilotprojekt eller verksamheter som har uppdragets målgrupp i fokus. Polisen har varit svårare att nå. Direktkontakt har tagits, oftast efter tips från andra.

### *Övriga kontakter och deltagande i konferenser*

För att få in så många tips som möjligt, och även inhämta kunskap om både samverkan och framgångsfaktorer för samverkan, har kontakt tagits även med Brå och forskare och föreläsare inom området. Avslutningsvis har projektmedlemmar deltagit och fått talartid på aktuella konferenser med syfte att inhämta kunskap om samverkansformer och få information om uppdraget som de kunnat sprida och därigenom få in tips.<sup>110</sup> Dessa konferenser har också varit ett sätt att få kontakt med representanter för olika myndigheter och organisationer.

## Genomförda intervjuer

Urvalet som beskrivits ovan genererade totalt cirka 400 kontakter med representanter för främst socialtjänst men också för polisen, hälso- och sjukvården och övriga aktörer. Av dessa återkontaktades 150 för frågor, som ställdes med syftet att ytterligare avgränsa samverkan till fungerande former utifrån de kriterier som fastställts. Kontakten togs per e-post eller via telefon. I nästa

---

<sup>110</sup> RFMA - Förstärkte insatser för unga med begynnande eller pågående missbruk – handlingsplan och konkreta insatser, Länsstyrelsens konferens om Narkotika – förebyggande och tillgänglighetsbegränsande metoder, Förebygg nu.



steg valdes relevanta samverkansformer ut och representanter/informanter för dessa intervjuades utifrån en intervjuguide. Intervjuerna har skett parallellt med sökandet.

Urvalet resulterade i 41 intervjuer, varav 26 med socialtjänstverksamheter, 8 med polisen, 3 med Mariamottagningar och 4 med övriga organisationer och myndigheter. När det gäller Stockholm, Göteborg och Malmö har flera personer med olika roller och funktioner intervjuats.

## Fördjupning – fas 2

I fas 2, delstudie 2 var tanken att pröva den mest lovande modellen som identifierats i kartläggningen i fas 1 och prövningen skulle utformas utifrån vad som identifierats i den.

Många av de identifierade arbetsätten i kartläggningen kan kategoriseras som *social brottsprevention*<sup>111</sup> med fokus på *universell* och *selektiv prevention*. Det vill säga, det finns en strukturerad samverkan både kring gruppen unga generellt och kring dem som bedöms vara i riskzon för att begå brott. Dessa samverkansformer kan ses som, och fungerar förvisso som, en brygga mellan brottsbekämpning och drogförebyggande arbete men syftar inte specifikt till att uppmärksamma unga som använt narkotika.

I kartläggningen syntes de så kallade Mariamottagningarna ha en nyckelroll och vara en central aktör i samverkan med socialtjänsten för målgruppen barn 15–17 år, som var misstänkta eller lagförda för narkotikabrott. Fördjupningen i fas 2 handlar därför om Mariamottagningar.

### Syfte

Syftet med denna studie, delstudie 2, är att systematisera och beskriva en lovande arbetsmodell som kan användas för att både identifiera och motverka begynnande narkotikaproblem hos barn och unga vuxna. Beskrivningen visar hur arbetet kan organiseras och den kan spridas som ett lärande exempel.

### Studiedesign

För att få detaljerad information om Mariamottagningarnas arbetsprocess och om innehållet i den vård som erbjuds barn med ungdomskontrakt, valdes en deskriptiv design med semistrukturerade intervjuer.

### Deltagare

Genom kontakter med verksamhetsföreträdare för Mariamottagningarna, som förmedlats via forskare på Linnéuniversitet, framgick att verksamheterna i Stockholm, Malmö och Göteborg var intresserade av att skapa en gemensam struktur för insatser som kan möta behoven hos målgruppen barn och unga vuxna med substansbruk och kriminalitet. Totalt sex intervjutillfällen genomfördes med verksamhetsföreträdare och behandlare i de tre städerna och dessa intervjuades var för sig. I Stockholm respektive Göteborg intervjuades vardera två chefer/arbetsledare och tre behandlare. I Malmö intervjuades en

---

<sup>111</sup> En vanlig indelning inom det brottsförebyggande arbetet är situationell brottsprevention och social brottsprevention.

chef och tre behandlare. Totalt deltog 14 personer i intervjuerna. Alla intervjuer genomfördes via Skype eller Teams förutom en som gjordes på telefon.

## Intervjuguide

I de semistrukturerade intervjuerna användes en studiespecifik intervjuguide med övergripande teman, som utarbetats av projektgruppen. Intervjuguiden fungerade som ett stöd för att på ett systematiskt sätt kartlägga innehållet i Mariamottagningarnas verksamhet och för att kunna identifiera likheter och skillnader i utförandet av vården med den specifika målgruppen på de olika Mariamottagningarna. Vidare tillfrågades de om sina erfarenheter av vad som är viktiga faktorer i kontakten med ungdomen/familjen och i behandlingsplanering och upplägg, om samverkan med socialtjänsten och andra aktörer och om framgångsfaktorer, hinder och utvecklingsbehov.

## Datainsamling

Intervjuerna genomfördes av projektgruppen under februari och mars 2021. Intervjuerna spelades in och varade mellan 50 och 79 minuter (median 65 minuter). Intervjuerna följde de teman som finns i intervjuguiden, som skickats ut i förväg, men det gavs utrymme för utvikningar. Följdfrågor användes för att få intervjupersonerna att utveckla och precisera sina svar.

## Analys

Alla intervjuer utom en transkriberades av ett upphandlat företag. Undantaget transkriberades av projektgruppen. Kvalitativ manifest innehållsanalys [49] användes på det transkriberade materialet. Transkriptionen lästes igenom ett flertal gånger för att få en känsla för hela materialet. Texten delades sedan upp i meningsbärande enheter, vilket i detta fall var hela meningar eller hela stycken. Dessa kondenserades sedan till förkortade uttryck med bevarad mening. De kondenserade uttrycken abstraherades till en kod för att möjliggöra hantering av texten. Koderna sorterades därefter in i subkategorier som baserades på gemensamma likheter. Subkategorierna jämfördes sedan och klassificerades i kategorier. Subkategorierna och kategorierna representerar det manifesta innehållet.

Kodningen och kategoriseringen genomfördes av två personer gemensamt i projektgruppen.

## Validering av resultat

Utifrån kategorier och subkategorier sammanställdes text med syfte att beskriva likheter i Mariamottagningarnas arbetsprocess. I februari 2022 genomfördes ett seminarium med åtta av de 14 personer som intervjuats. Både verksamhetsföreträdare och behandlare samt två forskare från Linnéuniversitet var representerade. Inför seminariet hade deltagarna fått den sammanställda texten samt ett formulär med fördjupningsfrågor. Frågorna var utformade för att tydliggöra delar i Mariamottagningarnas processer som inte framkommit i intervjuerna eller som behövde förtydligas. Efter seminariet justerades och kompletterades texten utifrån det som framkommit vid seminariet. Texten skickades på nytt ut till verksamhetsföreträdarna för de tre Mariamottagningarna och forskarna från Linnéuniversitetet för kommentarer. Syftet var att få

bekräftelse på att projektgruppen korrekt beskrivit Mariamottagningarnas process ur ett gemensamt och övergripande perspektiv. Utifrån de få kommentarer som inkom i mars 2022 justerades texten slutligt.

## Bilaga 3. Mariamottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö

Benämningen varierar mellan verksamheterna i storstäderna, Mini-Maria Stockholm, Mini-Maria Göteborg och Maria Malmö. Vi använder i rapporten båda benämningarna, och ibland för enkelhetens skull endast Mariamottagningarna.

### Definition

En Mini-Maria eller Mariamottagning är en integrerad och specialiserad öppenvårdsmottagning som bedrivs i samverkan mellan kommun och region med syfte att tillhandahålla alkohol- och drogbehandling för ungdomar. Hjälp och stöd erbjuds även till ungdomarnas anhöriga. Verksamheten har ett delat ansvar, ska vara lättillgänglig och erbjuda tvärprofessionell vård för målgruppen.

*”En Mini-Mariamottagning eller Mariamottagning syftar till att erbjuda en sammanhållen vårdkedja för unga personer med missbruksproblematik, där det långsiktiga målet med vårdinsatserna är att skapa en effektiv och god vård och behandling för målgruppen. Avsikten med arbetssättet är att motverka dubbelarbete och att skapa samordningsvinster genom direkta kommunikationsvägar i samverkan mellan mottagningens olika huvudmän. Med ett riktat tvärprofessionellt stöd kan fler unga nås tidigt och snabbt få tillgång till rätt riktat stöd.”<sup>112</sup>*

### Uppdrag

Mariamottagningarnas uppdrag beskrivs som brett och komplext. Det krävs särskild kompetens att arbeta över hela fältet - från tidig upptäckt till behandling av substansbruksproblem hos unga. En del av specialistkompetensen handlar om att kunna bedöma var i processen den unge befinner sig. I arbetet är det viktigt att se den unges situation utifrån ett helhetsperspektiv, och därför behöver ansvaret delas lika mellan regionen (hälso- och sjukvården) och kommunen (socialtjänsten) när det gäller att bedöma och tillgodose den unges behov av stöd och behandling.

### Målgrupp

I Stockholm är målgruppen barn och unga vuxna från 13–20 (21) år, varav 80 procent är pojkar. Genomsnittsålder är omkring 16,5 år för både flickor och pojkar. Ca 400 barn och unga vuxna aktualiseras per år. Vanligaste aktualiseringsorsaken är misstanke om droganvändning och främst då cannabis.

---

<sup>112</sup> Rapport Mini-Maria 2019-02-01, Rapportering från pågående projektarbete. Mini-Maria Södra Älvsborg

I Göteborg är målgruppen barn och unga vuxna upp till 21 år, varav 70 procent är pojkar. Genomsnittsålder för de som aktualiseras eller söker kontakt är omkring 17 år för både flickor och pojkar. Under 2019 var det 380 barn och unga vuxna som ny aktualiserades. Vanligaste aktualiseringsorsaken var cannabisbruk.

I Malmö är målgruppen ungdomar mellan 13–25 år, varav hälften är minderåriga. Fördelningen pojkar respektive flickor är 70/30. Genomsnittsåldern är mellan 17–18 år. Omkring 300 ungdomar aktualiseras/år. Den mest förekommande aktualiseringsorsaken är substansbruk av cannabis, följt av alkohol och Tramadol.

## Organisation

### *Maria Malmö*

Huvudmannaskap och finansiering delas mellan Malmö Stad (Arbetsmarknads- och socialförvaltningen (ASF), Insats ungdomar öppenvård och Region Skåne (Beroendecentrum (BCM) och Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)), där samverkan regleras i avtal. Enhetschefen är anställd av Beroendecentrum (vuxenpsykiatri), och ansvarar för både regionens och kommunens personal på plats. Verksamhetens uppdrag är information, rådgivning och behandling till ungdomar upp till 25 år som har problem med alkohol och andra droger. I uppdraget ingår även att erbjuda stöd till anhöriga samt information och rådgivning till andra yrkesverksamma som kommer i kontakt med målgruppen.

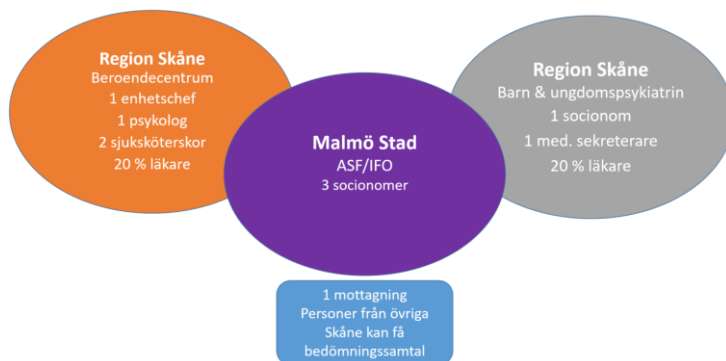
### *Mini Maria Stockholm*

Mini Maria Stockholm är en del av Framtid Stockholm, en enhet inom Stockholms stads socialförvaltning (stadsövergripande verksamhet). På Mini Maria Stockholm finns socialsekreterare, gruppleddare och en biträdande enhetschef, och det finns två mottagningar inom staden. Mini Maria Stockholm är samlokaliserade med personal från Region Stockholms beroendecentrum och allt arbete bedrivs i samverkan med regionen enligt samverkansöverenskommelse. Verksamhetens uppdrag är substans-/missbruksbedömning och -behandling till ungdomar 13–20 år med familj.

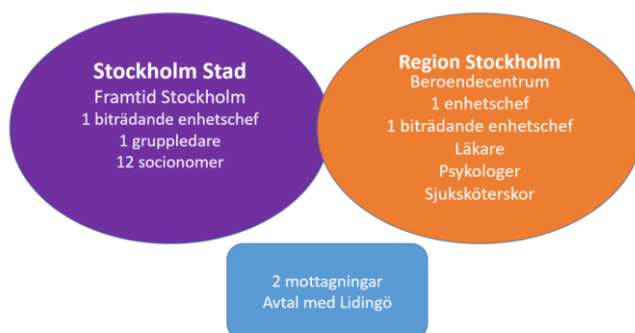
### *Mini Maria Göteborg*

Huvudmannaskap och finansiering delas mellan Göteborgs stad och Västra Götalandsregionen, där utförare är Socialförvaltningen Centrum respektive Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) Beroendekliniken. Verksamheten leds i samverkan av två enhetschefer, en från varje huvudman. Det finns tre mottagningar (team) inom Göteborg stad och en samordnare på varje mottagning. Den dagliga arbetsledningen av Mini-Maria ansvarar samordnaren för. Allt är reglerat i ett avtal mellan parterna. Det övergripande målet med Mini Marias verksamhet är att motverka alkohol- och drogmissbruk bland ungdomar upp till 21 år genom information, rådgivning och behandlingsinsatser.

## Mariamottagning Malmö



## Mini-Maria Stockholm



## Mini-Maria Göteborg



# Bilaga 4. Tabeller och figurer

## Tabeller

**Tabell B5. Typ av brott vid urvalsbrottet**

Typ av brott vid första lagföringen där NSL-brott ingick 2017 (urvalsbrottet) bland barn 15–17 år och unga vuxna 18–20 år. Procent.

Barn	15 år	16 år	17 år	15–17 år
<b>NSL-brottets grad</b>				
Grovt narkotikabrott	..	0	..	0
Narkotikabrott av normalgraden	3	4	3	3
Ringa narkotikabrott	97	96	97	97
<b>Summa</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>NSL-brottets art</b>				
Överlåter	0	2	2	2
Framställer	..	..	..	..
Förvärvar	0	0	0	0
Anskaffar	0	1	0	1
Bjuder ut	0	..	..	0
Innehar	99	97	97	97
<b>Summa</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Lagföringen omfattade</b>				
Även andra brottstyper	25	32	26	28
Endast brott mot NSL	75	68	74	72
<b>Summa</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Antal (n)</b>	<b>305</b>	<b>702</b>	<b>1 010</b>	<b>2 017</b>
Unga vuxna	18 år	19 år	20 år	18–20 år
<b>NSL-brottets grad</b>				
Grovt narkotikabrott	0	0	1	0
Narkotikabrott av normalgraden	5	7	9	7
Ringa narkotikabrott	95	93	90	93
<b>Summa</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>NSL-brottets art</b>				
Överlåter	1	1	2	2
Framställer	0	0	0	0
Förvärvar	1	1	1	1
Anskaffar	1	1	1	1
Bjuder ut	0	0	0	0
Innehar	98	97	96	97
<b>Summa</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Lagföringen omfattade</b>				
Även andra brottstyper	26	30	34	30
Endast brott mot NSL	74	70	66	70
<b>Summa</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Antal (n)</b>	<b>1 247</b>	<b>1 379</b>	<b>1 482</b>	<b>4 108</b>

### Tabell B6A. Tidigare lagföringar med och utan brott mot NSL – 15–17 år

Barn (15–17 år) som lagfördes för brott mot narkotikastrafflagen (NSL) 2017 fördelat efter förekomst av tidigare lagföringar och andra brottstyper än NSL. Endast personer med giltigt personnummer. Antal och cellprocent.

Lagförda brott innan urvalsbrott	Urvalsbrott		Summa
	Bara NSL	Även annat	
<b>Flickor</b>			
Inga lagförda brott	155	35	190
Bara NSL	14	7	21
Bara annat	24	10	34
Både NSL och annat	8	4	12
<b>Summa</b>	<b>201</b>	<b>56</b>	<b>257</b>
<b>Pojkar</b>			
Inga lagförda brott	790	250	1040
Bara NSL	68	28	96
Bara annat	224	98	322
Både NSL och annat	83	49	132
<b>Summa</b>	<b>1165</b>	<b>425</b>	<b>1590</b>
<b>Alla</b>			
Inga lagförda brott	945	285	1230
Bara NSL	82	35	117
Bara annat	248	108	356
Både NSL och annat	91	53	144
<b>Summa</b>	<b>1366</b>	<b>481</b>	<b>1847</b>
<b>Flickor</b>			
Inga lagförda brott	60,3	13,6	73,9
Bara NSL	5,5	2,7	8,2
Bara annat	9,3	3,9	13,2
Både NSL och annat	3,1	1,6	4,7
<b>Summa</b>	<b>78,2</b>	<b>21,8</b>	<b>100,0</b>
<b>Pojkar</b>			
Inga lagförda brott	49,7	15,7	65,4
Bara NSL	4,3	1,8	6,0
Bara annat	14,1	6,2	20,3
Både NSL och annat	5,2	3,1	8,3
<b>Summa</b>	<b>73,3</b>	<b>26,7</b>	<b>100,0</b>
<b>Alla</b>			
Inga lagförda brott	51,2	15,4	66,6
Bara NSL	4,4	1,9	6,3
Bara annat	13,4	5,9	19,3
Både NSL och annat	4,9	2,9	7,8
<b>Summa</b>	<b>74,0</b>	<b>26,0</b>	<b>100,0</b>



**Tabell B6B. Tidigare lagföringar med och utan brott mot NSL – 18–20 år**

Unga vuxna (18–20 år) som lagfördes för brott mot narkotikastrafflagen (NSL) 2017 fördelat efter förekomst av tidigare lagföringar och andra brottstyper än NSL. Endast personer med giltigt personnummer. Antal och cellprocent.

Lagförda brott innan urvalsbrott	Urvalsbrott		Summa
	Bara NSL	Även annat	
<b>Kvinnor</b>			
Inga lagförda brott	208	32	240
Bara NSL	46	10	56
Bara annat	76	20	96
Både NSL och annat	46	16	62
<b>Summa</b>	<b>376</b>	<b>78</b>	<b>454</b>
<b>Män</b>			
Inga lagförda brott	1092	294	1386
Bara NSL	318	111	429
Bara annat	399	225	624
Både NSL och annat	569	453	1022
<b>Summa</b>	<b>2378</b>	<b>1083</b>	<b>3461</b>
<b>Alla</b>			
Inga lagförda brott	1300	326	1626
Bara NSL	364	121	485
Bara annat	475	245	720
Både NSL och annat	615	469	1084
<b>Summa</b>	<b>2754</b>	<b>1161</b>	<b>3915</b>
<b>Kvinnor</b>			
Inga lagförda brott	45,8	7,1	52,9
Bara NSL	10,1	2,2	12,3
Bara annat	16,7	4,4	21,2
Både NSL och annat	10,1	3,5	13,7
<b>Summa</b>	<b>82,8</b>	<b>17,2</b>	<b>100,0</b>
<b>Män</b>			
Inga lagförda brott	31,6	8,5	40,1
Bara NSL	9,2	3,2	12,4
Bara annat	11,5	6,5	18,0
Både NSL och annat	16,4	13,1	29,5
<b>Summa</b>	<b>68,7</b>	<b>31,3</b>	<b>100,0</b>
<b>Alla</b>			
Inga lagförda brott	33,2	8,3	41,5
Bara NSL	9,3	3,1	12,4
Bara annat	12,1	6,3	18,4
Både NSL och annat	15,7	12,0	27,7
<b>Summa</b>	<b>70,3</b>	<b>29,7</b>	<b>100,0</b>

### Tabell B7A. Påföljder vid urvalsbrott, flickor och pojkar 15–17 år

Påföljd vid första lagföring 2017 där NSL-brott ingår (urvalsbrottet) fördelat efter lagföringsålder. Flickor och pojkar 15–17 år. Procent.

	15 år	16 år	17 år	15–17 år
<b>Åtalsunderlåtelse</b>				
Lagen om unga lagöverträdare (LUL)	44,6	31,6	28,7	32,1
Rättegångsbalken (RB)	0,3	1,3	1,2	1,1
<b>Strafföreläggande</b>				
Bot	15,7	15,4	17,9	16,7
<b>Domslut</b>				
Uppgift sakna	..	0,1	..	0,0
Bot	9,8	13,4	17,8	15,1
Ungdomstjänst	3,6	6,8	7,5	6,7
Villkorlig dom	..	0,3	..	0,1
Villkorlig dom med samhällstjänst	..	0,1	..	0,0
Skydstillsyn	..	..	0,4	0,2
Ungdomsvård	25,6	30,1	25,5	27,1
Sluten ungdomsvård	0,3	0,7	1,0	0,8
Fängelse	..	0,1	..	0,0
<b>Summa</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Antal (n)</b>	<b>305</b>	<b>702</b>	<b>1 010</b>	<b>2 017</b>

### Tabell B7B. Påföljder vid urvalsbrott, kvinnor och män 18–20 år

Påföljd vid första lagföring 2017 där NSL-brott ingår (urvalsbrottet) fördelat efter lagföringsålder. Kvinnor och män 18–20 år. Procent.

	18 år	19 år	20 år	18–20 år
<b>Åtalsunderlåtelse</b>				
Lagen om unga lagöverträdare (LUL)	3,2	..	..	1,0
Rättegångsbalken (RB)	6,5	5,7	5,8	6,0
<b>Strafföreläggande</b>				
Bot	39,9	38,2	34,8	37,5
<b>Domslut</b>				
Uppgift sakna	0,1	..	..	0,0
Bot	30,7	39,6	40,0	37,0
Ungdomstjänst	2,7	0,1	..	0,9
Villkorlig dom	1,3	2,9	2,1	2,1
Villkorlig dom med samhällstjänst	0,5	1,2	1,4	1,1
Skydstillsyn	5,1	7,0	8,4	6,9
Skydstillsyn med särskild behandlingsplan	0,3	0,6	0,7	0,6
Ungdomsvård	6,1	0,4	0,1	2,0
Sluten ungdomsvård	0,2	0,1	..	0,1
Fängelse	3,4	4,1	6,8	4,8
Rättspsykiatrisk vård utskrivningsprövning	0,1	0,1	..	0,0
<b>Summa</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Antal (n)</b>	<b>1 247</b>	<b>1 379</b>	<b>1 482</b>	<b>4 108</b>

**Tabell B8. Påföljd med vårdinsats vid NSL-brott**

Benägenheten (Hazard Ratio, HR) att få påföljd med vårdinsats<sup>a</sup>. Barn (15–17 år) som lagfördes för brott mot narkotikastrafflagen (NSL) år 2017 (första lagföring detta år). Endast individer med giltigt personnummer. Benägenhet beräknad med Cox-regression (konstant tid). Referensgrupp (ref): HR = 1.

	Alla		Debut, endast ringa NSL	
	HR	P-värde	HR	P-värde
<b>Kön</b>				
Flicka	1,11	0,19	1,26	0,05
Pojke (ref)	1		1	
<b>Ålder vid lagföring</b>				
Kontinuerlig	0,91	0,02	0,88	0,03
<b>Delgrupp (brott t.o.m. urvalsbrott)</b>				
Debutlagförda, endast NSL (ref)	1		..	
Debutlagförda, även annat	1,27	<,01	..	
Tidigare lagförda, endast NSL	1,03	0,83	..	
Tidigare lagförda, även annat	1,17	0,02	..	
<b>Region (NUTS2<sup>b</sup>)</b>				
Stockholm (ref)	1		1	
Östra Mellansverige	1,19	0,05	1,38	0,01
Småland med öarna	0,96	0,75	0,90	0,54
Sydsverige	1,14	0,14	1,15	0,31
Västsverige	1,02	0,79	1,10	0,44
Norra Mellansverige	0,79	0,11	0,70	0,14
Mellersta Norrland	0,91	0,63	0,78	0,45
Övre Norrland	0,91	0,54	0,81	0,35
<b>Mors högsta fullföljda utbildning</b>				
Uppgift saknas	0,98	0,87	0,69	0,15
Grundskola	1,06	0,43	1,01	0,96
Gymnasium	1		1	
Eftergymnasial	1,03	0,67	1,08	0,49
<b>Utländsk bakgrund</b>				
Minst en förälder född i Sverige	1		1	
Utländsfödda föräldrar: Sverigefödda	0,91	0,29	1,03	0,80
Invandrad 0–6 år	1,05	0,71	1,12	0,61
Invandrad 7–11	0,96	0,72	1,14	0,52
Invandrad 12–15	0,88	0,35	1,21	0,42
Invandrad 16+	1,17	0,44	1,70	0,09
<b>Behörig till gymnasiet</b>				
Ja (ref)				
Nej	1,10	0,13	1,14	0,18
<b>Slutenvård eller specialiserad öppenvård<sup>c</sup>:</b>				
Diagnos relaterad till narkotikabruk	1,10	0,26	1,05	0,78
Adhd-diagnos	1,02	0,75	1,03	0,79
<b>Föräldrar vårdats för diagnos relaterad till narkotikabruk</b>				
	1,05	0,65	1,25	0,15
<b>Långvarigt försörjningsstöd mor<sup>d</sup></b>				
Nej (ref)				
Ja, ett av tre år	1,04	0,71	1,01	0,95
Ja, minst två av tre år	1,11	0,18	1,05	0,73
Antal (n)	1905		927	

a) Påföljd med vårdinsats avser åtalsunderlåtelse, ungdomstjänst, skyddstillsyn, ungdomsvård samt slutna ungdomsvård. Ej vårdinsats avser därmed böter. b) Regionindelning enligt NUTS2. Utgår från myndighetslän dvs. det län som beslutande domstol eller åklagarkammare tillhör. Stockholm = Stockholms län. Östra Mellansverige = Uppsala, Södermanlands, Östergötlands, Örebro och Västmanlands län. Småland med öarna = Jönköpings, Kronobergs, Kalmar och Gotlands län. Sydsverige = Blekinge och Skåne län. Västsverige = Hallands och Västra Götalands län. Norra Mellansverige = Värmlands, Dalarnas och Gävleborgs län. Mellersta Norrland = Västernorrlands och Jämtlands län. Övre Norrland = Västerbottens och Norrbottens län. d) Mors försörjningsstöd då up var 12–14 år, mer än hälften av den disponibla inkomsten utgjordes av försörjningsstöd. e) Avser vårdtillfällen t.o.m. 2016.

**Tabell B9. Bakgrundsfaktorer – 15–17 år**

Barn (15–17 år) som lagfördes för brott mot narkotikastrafflagen (NSL) år 2017. Personer med giltigt personnummer år 2017 (n=1847).

	Debut		Tidigare		Alla
	End. NSL	+ Annat	End NSL	+ Annat	
<b>Svensk/utländsk bakgrund<sup>a</sup></b>					
Svensk bakgrund	66,8	56,8	70,7	58,9	63,1
Utländsk bakgrund					
Född i Sverige	13,2	14,7	11,0	16,8	14,4
Invandrad 0–6 år	3,3	7,7	3,7	7,1	5,1
Invandrad 7–11 år	5,2	7,7	6,1	8,0	6,4
Invandrad 12–15 år	6,1	8,8	8,5	7,1	6,9
Invandrad 16+ år	5,4	4,2	..	2,1	4,0
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Gymnasiebehörighet<sup>b</sup></b>					
Uppgift saknas	11,1	16,5	9,8	12,2	12,2
Ej behörig	34,4	44,9	35,4	47,7	39,9
Behörig	54,5	38,6	54,9	40,2	47,9
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Heldygsvård (SoL/LVU)</b>					
Ej placerad 0–12 år	94,4	90,2	94	89,7	92,3
Första placering 0–6 år	2,7	4,6	1,2	4,9	3,5
Första placering 7–12 år	3,1	5,3	4,9	5,4	4,2
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Långvarigt försörjningsstöd mor då up var 12–14 år</b>					
Uppgift saknas	6,6	7,0	8,5	5,2	6,3
Inget år	72,3	62,8	72,0	60,8	67,5
Ett år	7,3	7,0	8,5	9,5	8,0
Två år	5,3	8,8	3,7	7,3	6,3
Tre år	8,6	14,4	7,3	17,2	11,9
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Mors högsta fullföljda utbildning då up var 12–14 år</b>					
Uppgift saknas	10,8	13,3	11,0	8,4	10,5
Grundskola	16,5	23,9	15,9	26,5	20,5
Gymnasium	44,8	42,1	51,2	46,4	45,1
Eftergymnasial	27,9	20,7	22,0	18,7	23,9
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Mors påföljder<sup>c</sup></b>					
Fängelse	1,3	1,8	..	3,2	1,8
Ngn påföljd inkl. böter	13,2	17,5	13,4	14,4	14,2
<b>Fars påföljder<sup>c</sup></b>					
Fängelse	10,6	13,3	6,1	14,6	12,0
Ngn påföljd inkl. böter	33,5	37,2	34,2	38,5	35,6
Antal (n)	945	285	82	535	1847

Up = Undersökningssperson dvs. individerna i studiepopulationen.

(a) Svensk bakgrund = Minst en förälder född i Sverige. Utländsk bakgrund = Båda föräldrarna födda utomlands (eller en förälder om uppgift saknas för en förälder) inkl. uppgift saknas för båda föräldrarna.

(b) Vid utgång av årskurs 9. Skolor som inte rapporterar in till betygsregistret t.ex. särskolor och institutioner har "uppgift saknas". (c) 117 saknar uppgift om biologisk mor, 222 om biologiska far. Dessa är inkluderade i nämnaren.

## Tabell B10A. Bakgrundsfaktorer – Pojkar 15–17 år

Barn (15–17 år) som lagfördes för brott mot narkotikastrafflagen (NSL) år 2017. Personer med giltigt personnummer år 2017 (n=1590).

	Debut		Tidigare		Alla
	End. NSL	+ Annat	End NSL	+ Annat	
<b>Svensk/utländsk bakgrund<sup>a</sup></b>					
Svensk bakgrund	63,2	55,6	70,6	56,9	60,4
Utländsk bakgrund					
Född i Sverige	14,1	15,2	10,3	18,1	15,3
Invandrad 0–6 år	3,4	7,2	2,9	7,1	5,1
Invandrad 7–11 år	5,8	7,6	5,9	8,1	6,8
Invandrad 12–15 år	7,1	9,6	10,3	7,7	7,8
Invandrad 16+ år	6,5	4,8	..	2,3	4,7
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Gymnasiebehörighet<sup>b</sup></b>					
Uppgift saknas	11,3	16,4	10,3	11,8	12,2
Ej behörig	34,3	43,2	33,8	48,1	39,9
Behörig	54,4	40,4	55,9	40,0	47,9
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Heldygnsvård (SoL/LVU)</b>					
Ej placerad 0–12 år	94,8	90,0	94,2	90,1	92,6
Första placering 0–6 år	2,4	4,4	..	4,6	3,3
Första placering 7–12 år	2,8	5,6	5,9	5,4	4,2
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Långvarigt försörjningsstöd mor då up var 12–14 år</b>					
Uppgift saknas	7,7	7,6	8,8	5,6	7,1
Inget år	72,4	61,2	73,5	61,4	67,4
Ett år	7,2	6,8	8,8	9,3	7,9
Två år	4,8	9,6	4,4	7,1	6,2
Tre år	7,9	14,8	4,4	16,6	11,4
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Mors högsta fullföljda ut- bildning då up var 12–14 år</b>					
Uppgift saknas	12,4	13,2	11,8	9,1	11,5
Grundskola	15,8	25,2	17,7	27,0	20,8
Gymnasium	43,5	42,0	50,0	44,8	44,0
Eftergymnasial	28,2	19,6	20,6	19,1	23,8
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Mors påföljder<sup>c</sup></b>					
Fängelse	0,9	2,0	..	3,1	1,7
Ngn påföljd inkl. böter	12,4	18,8	11,8	13,9	13,8
<b>Fars påföljder<sup>c</sup></b>					
Fängelse	9,2	11,6	4,4	14,5	11,0
Ngn påföljd inkl. böter	31,7	36,4	30,9	36,9	34,0
Antal (n)	790	250	68	482	1590

Up = Undersökningssperson dvs. individerna i studiepopulationen.

(a) Svensk bakgrund = Minst en förälder född i Sverige. Utländsk bakgrund = Båda föräldrarna födda utomlands (eller en förälder om uppgift saknas för en förälder) inkl. uppgift saknas för båda föräldrarna.

(b) Vid utgång av årskurs 9. Skolor som inte rapporterar in till betygsregistret t.ex. särskolor och institutioner har "uppgift saknas". (c) 113 saknar uppgift om biologisk mor, 204 om biologiska far. Dessa är inkluderade i nämnaren.

### Tabell B10B. Bakgrundsfaktorer – Flickor 15–17 år

Barn (15–17 år) som lagfördes för brott mot narkotikastrafflagen (NSL) år 2017. Personer med giltigt personnummer år 2017 (n=257).

	Debut		Tidigare		Alla
	End. NSL	+ Annat	End NSL	+ Annat	
<b>Svensk/utländsk bakgrund<sup>a</sup></b>					
Svensk bakgrund	85,2	65,7	71,4	77,4	80,2
Utländsk bakgrund					
Född i Sverige	9,0	11,4	14,3	5,7	8,9
Invandrad 0–6 år	2,6	11,4	7,1	7,6	5,1
Invandrad 7–11 år	1,9	8,6	7,1	7,6	4,3
Invandrad 12–15 år	1,3	2,9	..	1,9	1,6
Invandrad 16+ år	..	..	..	..	..
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Gymnasiebehörighet<sup>b</sup></b>					
Uppgift saknas	10,3	17,1	7,1	15,1	12,1
Ej behörig	34,8	57,1	42,9	43,4	40,1
Behörig	54,8	25,7	50,0	41,5	47,9
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Heldygsvård (SoL/LVU)</b>					
Ej placerad 0–12 år	91,6	91,5	92,9	86,8	90,7
Första placering 0–6 år	3,9	5,7	7,1	7,6	5,1
Första placering 7–12 år	4,5	2,9	..	5,7	4,3
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Långvarigt försörjningsstöd mor då up var 12–14 år</b>					
Uppgift saknas	0,7	2,9	7,1	1,9	1,6
Inget år	71,6	74,3	64,3	54,7	68,1
Ett år	7,7	8,6	7,1	11,3	8,6
Två år	7,7	2,9	..	9,4	7,0
Tre år	12,3	11,4	21,4	22,6	14,8
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Mors högsta fullföljda utbildning då up var 12–14 år</b>					
Uppgift saknas	2,6	14,3	7,1	1,9	4,3
Grundskola	20,0	14,3	7,1	22,6	19,1
Gymnasium	51,0	42,9	57,1	60,4	52,1
Eftergymnasial	26,5	28,6	28,6	15,1	24,5
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Mors påföljder<sup>c</sup></b>					
Fängelse	3,2	..	..	3,8	2,7
Ngn påföljd inkl. böter	17,4	8,6	21,4	18,9	16,7
<b>Fars påföljder<sup>c</sup></b>					
Fängelse	17,4	25,7	14,3	15,1	17,9
Ngn påföljd inkl. böter	43,2	42,9	50,0	52,8	45,5
Antal (n)	155	35	14	53	257

Up = Undersökningssperson dvs. individerna i studiepopulationen.

(a) Svensk bakgrund = Minst en förälder född i Sverige. Utländsk bakgrund = Båda föräldrarna födda utomlands (eller en förälder om uppgift saknas för en förälder) inkl. uppgift saknas för båda föräldrarna.

(b) Vid utgång av årskurs 9. Skolor som inte rapporterar in till betygsregistret t.ex. särskolor och institutioner har "uppgift saknas". (c) 4 saknar uppgift om biologisk mor, 18 om biologiska far. Dessa är inkluderade i nämnaren.

**Tabell B11. Bakgrundsfaktorer – 18–20 år**

Unga vuxna (18–20 år) som lagfördes för brott mot narkotikastrafflagen (NSL) år 2017. Personer med giltigt personnummer år 2017 (n=3915).

	Debut		Tidigare		Alla
	End. NSL	+ Annat	End NSL	+ Annat	
<b>Svensk/utländsk bakgrund<sup>a</sup></b>					
Svensk bakgrund	65,0	59,8	73,6	54,0	60,0
Utländsk bakgrund					
Född i Sverige	12,3	13,5	10,4	20,3	16,1
Invandrad 0–6 år	3,8	3,4	4,4	5,9	4,9
Invandrad 7–11 år	5,0	6,1	4,1	9,3	7,1
Invandrad 12–15 år	2,9	6,4	3,3	6,1	4,8
Invandrad 16+ år	11,1	10,7	4,1	4,4	7,1
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Gymnasiebehörighet<sup>b</sup></b>					
Uppgift saknas	13,6	13,8	10,7	14,0	13,6
Ej behörig	19,5	19,6	28,0	41,3	31,0
Behörig	66,9	66,6	61,3	44,7	55,4
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Heldygnsvård (SoL/LVU)</b>					
Ej placerad 0–12 år	95,6	95,4	94,8	89,6	92,5
Första placering 0–6 år	2,8	3,4	3,0	5,0	4,0
Första placering 7–12 år	1,7	1,2	2,2	5,4	3,5
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Långvarigt försörjningsstöd mor då up var 12–14 år</b>					
Uppgift saknas	8,6	10,1	5,2	5,8	7,0
Inget år	76,2	69,9	75,3	61,4	68,3
Ett år	4,5	5,2	5,2	8,6	6,6
Två år	4,3	5,8	6,3	10,3	7,6
Tre år	6,4	8,9	8,0	14,0	10,5
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Mors högsta fullföljda utbildning då up var 12–14 år</b>					
Uppgift saknas	15,3	17,2	11,0	12,0	13,4
Grundskola	15,0	15,0	17,6	28,4	21,8
Gymnasium	40,2	44,8	45,6	42,8	42,4
Eftergymnasial	29,5	23,0	25,8	16,9	22,4
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Mors påföljder<sup>c</sup></b>					
Fängelse	0,9	1,2	1,4	1,7	1,8
Ngn påföljd inkl. böter	9,5	9,2	11,8	13,7	14,2
<b>Fars påföljder<sup>c</sup></b>					
Fängelse	7,5	8,0	11,0	15,1	11,6
Ngn påföljd inkl. böter	27,0	28,2	33,5	41,9	35,0
Antal (n)	1300	326	364	1925	3915

Up = Undersökningssperson dvs. individerna i studiepopulationen.

(a) Svensk bakgrund = Minst en förälder född i Sverige. Utländsk bakgrund = Båda föräldrarna födda utomlands (eller en förälder om uppgift saknas för en förälder) inkl. uppgift saknas för båda föräldrarna.

(b) Vid utgång av årskurs 9. Skolor som inte rapporterar in till betygsregistret t.ex. särskolor och institutioner har "uppgift saknas". (c) 275 saknar uppgift om biologisk mor, 509 om biologiska far. Dessa är inkluderade i nämnaren.

**Tabell B12A. Bakgrundsfaktorer – Män 18–20 år**

Unga vuxna (18–20 år) som lagfördes för brott mot narkotikastrafflagen (NSL) år 2017. Personer med giltigt personnummer år 2017 (n=3461).

	Debut		Tidigare		Alla
	End. NSL	+ Annat	End NSL	+ Annat	
<b>Svensk/utländsk bakgrund<sup>a</sup></b>					
Svensk bakgrund	62,3	56,1	71,4	52,0	57,4
Utländsk bakgrund					
Född i Sverige	13,3	14,6	11,6	20,7	17,0
Invandrad 0–6 år	3,4	3,7	4,1	6,2	4,9
Invandrad 7–11 år	5,0	6,5	4,4	9,9	7,5
Invandrad 12–15 år	3,1	7,1	3,8	6,6	5,3
Invandrad 16+ år	12,9	11,9	4,7	4,8	7,9
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Gymnasiebehörighet<sup>b</sup></b>					
Uppgift saknas	15,4	14,3	11,3	14,3	14,4
Ej behörig	17,4	18,7	27,4	41,7	30,7
Behörig	67,2	67,0	61,3	44,0	54,9
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Heldygsvård (SoL/LVU)</b>					
Ej placerad 0–12 år	96,4	95,6	96,3	89,7	92,9
Första placering 0–6 år	2,3	3,4	2,2	4,9	3,7
Första placering 7–12 år	1,3	1,0	1,6	5,5	3,4
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Långvarigt försörjningsstöd mor då up var 12–14 år</b>					
Uppgift saknas	10,1	11,2	5,7	6,3	7,9
Inget år	75,5	69,4	76,4	60,6	67,5
Ett år	4,4	5,4	5,0	8,1	6,4
Två år	4,1	5,8	5,7	10,9	7,8
Tre år	6,0	8,2	7,2	14,1	10,4
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Mors högsta fullföljda utbildning då up var 12–14 år</b>					
Uppgift saknas	17,2	19,1	11,6	12,8	14,6
Grundskola	13,6	15,0	16,7	28,4	21,5
Gymnasium	39,3	43,2	45,0	42,4	41,7
Eftergymnasial	29,9	22,8	26,7	16,4	22,1
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Mors påföljder<sup>c</sup></b>					
Fängelse	0,6	1,0	1,6	2,3	1,6
Ngn påföljd inkl. böter	8,5	9,9	10,7	16,9	13,1
<b>Fars påföljder<sup>c</sup></b>					
Fängelse	7,3	6,5	9,4	14,6	11,2
Ngn påföljd inkl. böter	25,4	27,6	31,5	41,3	34,2
Antal (n)	1092	294	318	1757	3461

Up = Undersökningssperson dvs. individerna i studiepopulationen.

(a) Svensk bakgrund = Minst en förälder född i Sverige. Utländsk bakgrund = Båda föräldrarna födda utomlands (eller en förälder om uppgift saknas för en förälder) inkl. uppgift saknas för båda föräldrarna.

(b) Vid utgång av årskurs 9. Skolor som inte rapporterar in till betygsregistret t.ex. särskolor och institutioner har "uppgift saknas". (c) 272 saknar uppgift om biologisk mor, 480 om biologiska far. Dessa är inkluderade i nämnaren.



## Tabell B12B. Bakgrundsfaktorer – Kvinnor 18–20 år

Unga vuxna (18–20 år) som lagfördes för brott mot narkotikastrafflagen (NSL) år 2017. Personer med giltigt personnummer år 2017 (n=454).

	Debut		Tidigare		Alla
	End. NSL	+ Annat	End NSL	+ Annat	
<b>Svensk/utländsk bakgrund<sup>a</sup></b>					
Svensk bakgrund	79,3	93,8	89,1	75,6	80,0
Utländsk bakgrund					
Född i Sverige	7,2	3,1	2,2	16,1	9,7
Invandrad 0–6 år	5,8	0,0	6,5	3,6	4,6
Invandrad 7–11 år	4,8	3,1	2,2	3,6	4,0
Invandrad 12–15 år	1,4	0,0	0,0	1,2	1,1
Invandrad 16+ år	1,4	0,0	0,0	0,0	0,7
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Gymnasiebehörighet<sup>b</sup></b>					
Uppgift saknas	4,3	9,4	6,5	10,7	7,3
Ej behörig	30,8	28,1	32,6	37,5	33,3
Behörig	64,9	62,5	60,9	51,8	59,5
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Heldygnsvård (SoL/LVU)</b>					
Ej placerad 0–12 år	90,9	93,8	84,8	89,3	89,9
Första placering 0–6 år	5,3	3,1	8,7	6,6	5,9
Första placering 7–12 år	3,9	3,1	6,5	4,2	4,2
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Långvarigt försörjningsstöd mor då up var 12–14 år</b>					
Uppgift saknas	1,0	0,0	2,2	0,0	0,7
Inget år	80,3	75,0	67,4	69,1	74,4
Ett år	4,8	3,1	6,5	13,1	7,9
Två år	5,3	6,3	10,9	4,8	5,7
Tre år	8,7	15,6	13,0	13,1	11,2
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Mors högsta fullföljda utbildning då up var 12–14 år</b>					
Uppgift saknas	5,3	0,0	6,5	3,0	4,2
Grundskola	22,1	15,6	23,9	28,0	24,0
Gymnasium	45,2	59,4	50,0	47,0	47,4
Eftergymnasial	27,4	25,0	19,6	22,0	24,4
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Mors påföljder<sup>c</sup></b>					
Fängelse	2,9	3,1	0,0	2,4	2,4
Ngn påföljd inkl. böter	14,9	3,1	19,6	25,0	18,3
<b>Fars påföljder<sup>c</sup></b>					
Fängelse	8,7	21,9	21,7	19,6	15,0
Ngn påföljd inkl. böter	35,6	34,4	47,8	48,2	41,4
Antal (n)	208	32	46	168	454

Up = Undersökningssperson dvs. individerna i studiepopulationen.

(a) Svensk bakgrund = Minst en förälder född i Sverige. Utländsk bakgrund = Båda föräldrarna födda utomlands (eller en förälder om uppgift saknas för en förälder) inkl. uppgift saknas för båda föräldrarna.

(b) Vid utgång av årskurs 9. Skolor som inte rapporterar in till betygsregistret t.ex. särskolor och institutioner har "uppgift saknas". (c) 3 saknar uppgift om biologisk mor, 29 om biologiska far. Dessa är inkluderade i nämnaren.

### Tabell B13. Slutenvård eller specialiserad öppenvård före första narkotikabrottet

Andel som vårdats inom slutenvård eller specialiserad öppenvård med vissa diagnoser (som huvud- eller bidiagnos) fr.o.m. år 2012 t.o.m. 30 dagar före första narkotikabrott någonsin, fördelat efter åldersgrupp och kön. Personer med giltigt personnummer. Procent.

Diagnoser (ICD-10)	15–17 år		18–20 år	
	Pojkar	Flickor	Män	Kvinnor
Narkotika*	6,4	9,3	7,0	16,4
Alkohol**	2,4	7,8	5,1	13,4
Depression (F32-39)	3,2	9,7	4,4	22,3
Ångest (F40-48)	4,2	22,1	6,3	31,3
Personlighetsstörning (F6)	1,5	4,7	2,2	11,8
Autismspektrumstörning (F8)	4,5	7,0	4,5	7,0
Hyperaktivitetsstörning inkl. adhd (F9)	20,7	34,9	19,0	30,6
Antal (n)	1759	258	3651	457

\* ICD-10: F11-F16, F18-F19, T40, T436, Z503, Z715, Z722.

\*\* ICD-10: E244, F10, G312, G621, G721, I426, K292, K70, K852, K860, T51, Y90, Y91, Z502, Z714, Z721.

**Tabell B14A. Slutenvård eller specialiserad öppenvård födda 2000–2002**

Andel som vårdats inom slutenvård eller specialiserad öppenvård med vissa diagnoser (som huvud- eller bidiagnos) åren 2015, 2017 och 2020, i studiepopulationen och övriga befolkningen, fördelat efter delgrupp och kön. Personer med giltigt personnummer födda 2000–2002. Procent.

Diagnoser (ICD-10)	År	Debutlagförda		Tidigare lagförda		Övriga befolkn
		End. NSL	Annat	End. NSL	Annat	
<b>Flickor/Kvinnor</b>						
Depression (F32-39)	2015	6,2	12,5	..	3,1	1,2
	2017	7,8	8,0	..	12,5	2,8
	2020	4,8	..	..	3,3	2,8
Ångest (F40-48)	2015	16,3	20,8	33,3	3,1	1,9
	2017	24,0	16,0	11,1	9,4	4,3
	2020	17,5	20,0	11,1	3,3	5,2
Neuropsykiatriska tillstånd (F8-F9)	2015	21,7	29,2	22,2	25,0	2,9
	2017	27,9	20,0	22,2	25,0	4,6
	2020	23,8	28,0	11,1	20,0	5,3
Autism (F84)	2015	0,8	16,7	..	..	0,8
	2017	3,9	8,0	..	9,4	1,3
	2020	4,0	12,0	..	3,3	1,7
Adhd (F90)	2015	18,6	20,8	11,1	18,8	2,1
	2017	27,1	20,0	22,2	25,0	3,5
	2020	23,8	24,0	11,1	16,7	4,3
<b>Pojkar/Män</b>						
Depression (F32-39)	2015	1,7	3,2	2,6	1,4	0,5
	2017	3,0	3,5	..	3,0	1,0
	2020	3,1	1,5	..	..	1,2
Ångest (F40-48)	2015	1,7	1,6	..	1,7	1,0
	2017	3,9	3,5	7,9	5,4	1,5
	2020	4,8	6,0	2,7	2,7	1,9
Neuropsykiatriska tillstånd (F8-F9)	2015	15,6	14,4	18,4	21,0	6,2
	2017	16,7	18,4	15,8	21,7	6,4
	2020	12,9	11,1	13,5	9,6	4,8
Autism (F84)	2015	1,9	2,7	5,3	2,8	1,7
	2017	2,6	3,5	5,3	3,0	2,0
	2020	2,6	3,0	5,4	2,1	1,9
Adhd (F90)	2015	14,0	13,3	15,8	18,9	4,9
	2017	14,7	16,9	10,5	21,1	5,2
	2020	12,3	9,1	13,5	8,6	4,0

**Tabell B14B. Användning av vissa psykofarmaka födda 2000–2002**

Andel i studiepopulationen (delgrupper) respektive övriga befolkningen som haft minst ett uttag av viss psykofarmaka (läkemedelsgrupper\*) åren 2015, 2017 respektive 2020. Folkbokförda personer födda 2000–2002. Procent.

Läkemedelsgrupp*	År	Debutlagförda		Tidigare lagförda		Övriga befolkn
		End. NSL	Annat	End. NSL	Annat	
<b>Flickor/Kvinnor</b>						
Antipsykotika	2015	2,3	8,3	..	3,1	0,3
	2017	8,5	16,0	11,1	9,4	0,6
	2020	13,5	16,0	..	6,7	1,3
Ångestdämpande	2015	14,0	12,5	22,2	..	1,6
	2017	16,3	12,0	22,2	9,4	3,2
	2020	5,6	20,0	..	3,3	4,3
Sömnmedel och lugnande medel exkl. melatonin	2015	3,9	..	..	9,4	0,5
	2017	12,4	16,0	11,1	12,5	1,0
	2020	11,1	24,0	11,1	6,7	2,3
Antidepressiva	2015	11,6	20,8	11,1	12,5	2,0
	2017	24,0	28,0	22,2	15,6	5,3
	2020	20,6	16,0	11,1	16,7	10,2
Adhd-läkemedel	2015	19,4	16,7	11,1	18,8	2,4
	2017	31,8	28,0	33,3	31,3	3,6
	2020	16,7	16,0	11,1	3,3	3,9
<b>Pojkar/Män</b>						
Antipsykotika	2015	0,5	1,6	2,6	1,7	0,5
	2017	3,0	3,0	10,5	3,7	0,6
	2020	5,0	7,0	8,1	3,8	1,0
Ångestdämpande	2015	2,2	2,7	7,9	4,5	0,9
	2017	7,2	5,5	10,5	6,4	1,3
	2020	4,0	5,5	8,1	3,4	1,8
Sömnmedel och lugnande medel exkl. melatonin	2015	0,9	1,6	2,6	1,4	0,3
	2017	2,1	6,0	10,5	6,7	0,7
	2020	6,8	6,0	8,1	3,4	1,3
Antidepressiva	2015	2,7	2,7	5,3	2,4	1,2
	2017	6,4	6,5	15,8	5,0	2,2
	2020	10,3	8,5	10,8	6,9	4,3
Adhd-läkemedel	2015	15,8	18,6	18,4	22,3	5,8
	2017	14,9	17,9	21,1	19,4	5,8
	2020	8,4	9,6	5,4	5,5	3,8

\* Antipsykotika (ATC = N05A exkl. N05AN). Ångestdämpande (ATC = N05B). Sömnmedel och lugnande medel exkl. melatonin (ATC = N05C exkl. N05CH01). Antidepressiva (ATC = N06A). Adhd-läkemedel (ATC = N06BA exkl. N06BA07, C02AC02). Observera att en och samma person kan ha uttag av läkemedel inom flera läkemedelsgrupper.

**Tabell B15A. Slutenvård eller specialiserad öppenvård födda 1997–1999**

Andel som vårdats inom slutenvård eller specialiserad öppenvård med vissa diagnoser (som huvud- eller bidiagnos) åren 2015, 2017 och 2020, i studiepopulationen och övriga befolkningen, fördelat efter delgrupp och kön. Personer med giltigt personnummer födda 1997–1999. Procent.

Diagnoser (ICD-10)	År	Debutlagförda		Tidigare lagförda		Övriga befolkn
		End. NSL	Annat	End. NSL	Annat	
<b>Flickor/Kvinnor</b>						
Depression (F32-39)	2015	9,7	2,7	25,0	9,4	2,7
	2017	11,2	2,7	11,4	8,8	2,7
	2020	4,4	..	7,0	2,5	2,1
Ångest (F40-48)	2015	13,5	5,4	20,5	20,6	3,9
	2017	17,5	18,9	15,9	25,8	4,7
	2020	15,1	11,1	9,3	17,7	4,2
Neuropsykiatriska tillstånd (F8-F9)	2015	18,8	16,2	22,7	33,1	3,8
	2017	18,9	13,5	25,0	32,1	4,2
	2020	17,5	8,3	9,3	17,7	3,6
Autism (F84)	2015	1,0	2,7	4,6	6,9	1,0
	2017	1,9	2,7	..	6,3	1,2
	2020	2,9	..	2,3	4,4	1,1
Adhd (F90)	2015	15,5	16,2	20,5	29,4	2,9
	2017	17,5	13,5	22,7	28,3	3,3
	2020	16,0	8,3	9,3	15,2	3,0
<b>Pojkar/Män</b>						
Depression (F32-39)	2015	2,7	1,4	2,8	2,4	1,1
	2017	2,7	4,3	2,4	1,7	1,3
	2020	1,3	1,0	3,5	0,9	1,2
Ångest (F40-48)	2015	2,5	3,5	5,2	3,8	1,5
	2017	3,9	4,6	4,8	4,7	1,8
	2020	3,8	3,8	4,9	3,2	1,8
Neuropsykiatriska tillstånd (F8-F9)	2015	8,5	10,5	13,5	17,9	5,3
	2017	8,3	8,3	12,0	10,8	4,2
	2020	4,9	8,2	8,0	8,2	2,9
Autism (F84)	2015	1,6	1,1	2,8	2,4	1,7
	2017	1,8	2,0	3,4	1,7	1,6
	2020	1,0	1,7	1,7	1,2	1,2
Adhd (F90)	2015	8,0	10,2	12,5	16,6	4,2
	2017	6,9	7,6	10,7	10,0	3,3
	2020	4,4	7,9	7,3	7,4	2,3

**Tabell B15B. Användning psykofarmaka födda 1997–1999**

Andel i studiepopulationen (delgrupper) respektive övriga befolkningen som haft minst ett uttag av vissa psykofarmaka (läkemedelsgrupper\*) åren 2015, 2017 respektive 2020. Folkbokförda personer födda 1997–1999. Procent.

Läkemedelsgrupp*	År	Debutlagförda		Tidigare lagförda		Övriga befolkn
		End. NSL	Annat	End. NSL	Annat	
<b>Flickor/Kvinnor</b>						
Antipsykotika	2015	2,4	..	4,6	7,5	0,7
	2017	5,8	8,1	9,1	13,8	1,1
	2020	6,8	8,3	7,0	12,0	1,5
Ångestdämpande	2015	9,7	10,8	13,6	13,1	3,5
	2017	14,1	35,1	11,4	18,9	4,7
	2020	8,7	8,3	4,7	9,5	4,6
Sömnmedel och lugnande medel exkl. melatonin	2015	6,8	2,7	15,9	10,6	1,4
	2017	12,6	18,9	18,2	13,8	2,3
	2020	8,3	11,1	18,6	15,8	3,0
Antidepressiva	2015	16,9	10,8	20,5	25,0	5,6
	2017	28,2	29,7	22,7	27,7	8,9
	2020	20,9	16,7	23,3	16,5	11,2
Adhd-läkemedel	2015	16,9	18,9	25,0	26,3	3,0
	2017	10,7	10,8	18,2	18,2	3,0
	2020	10,7	8,3	4,7	10,1	2,7
<b>Pojkar/Män</b>						
Antipsykotika	2015	0,8	0,4	1,7	2,7	0,6
	2017	2,9	4,3	5,2	4,7	0,8
	2020	3,4	4,8	5,2	5,3	1,1
Ångestdämpande	2015	3,6	1,1	3,8	4,3	1,6
	2017	4,8	3,6	4,5	3,7	1,9
	2020	4,5	5,1	4,9	3,0	2,1
Sömnmedel och lugnande medel exkl. melatonin	2015	0,8	2,1	3,1	4,7	0,9
	2017	4,1	4,6	6,2	5,3	1,3
	2020	4,1	3,4	8,0	5,1	1,7
Antidepressiva	2015	4,5	3,2	5,2	6,5	2,5
	2017	7,7	8,3	8,6	7,4	3,7
	2020	8,9	7,9	9,0	7,4	5,3
Adhd-läkemedel	2015	8,9	9,8	12,5	16,0	4,4
	2017	4,5	6,3	10,0	7,6	3,1
	2020	3,8	4,4	4,5	4,4	2,2

\* Antipsykotika (ATC = N05A exkl. N05AN). Ångestdämpande (ATC = N05B). Sömnmedel och lugnande medel exkl. melatonin (ATC = N05C exkl. N05CH01). Antidepressiva (ATC = N06A). Adhd-läkemedel (ATC = N06BA exkl. N06BA07, C02AC02). Observera att en och samma person kan ha uttag av läkemedel inom flera läkemedelsgrupper.

**Tabell B16. Lagföringar innan och efter urvalsbrottet – 15–17 år**

Barn (15–17 år) som lagfördes för brott mot narkotikastrafflagen (NSL) 2017 fördelat efter lagföringar innan och efter urvalsbrottet samt förekomst av brott mot NSL. Endast personer som var folkbokförda i Sverige 2020 med giltiga personnummer under hela mätperioden. Antal och procent.

Lagförda brott t.o.m. urvalsbrott	Ej lagförd efter urv.	Lagförd efter urvalsbrottet			Summa
		Bara NSL	Bara annat	Båda	
<b>Flickor</b>					
Debutlagförd, endast NSL	92	38	10	12	152
Debutlagförd, även annat	13	9	7	6	35
Tidigare lagförd, endast NSL	4	6	3	1	14
Tidigare lagförd, även annat	17	20	6	8	51
<b>Summa</b>	<b>126</b>	<b>73</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>252</b>
<b>Pojkar</b>					
Debutlagförd, endast NSL	273	312	64	131	780
Debutlagförd, även annat	51	107	20	65	243
Tidigare lagförd, endast NSL	16	30	7	12	65
Tidigare lagförd, även annat	83	199	43	143	468
<b>Summa</b>	<b>423</b>	<b>648</b>	<b>134</b>	<b>351</b>	<b>1556</b>
<b>Alla</b>					
Debutlagförd, endast NSL	365	350	74	143	932
Debutlagförd, även annat	64	116	27	71	278
Tidigare lagförd, endast NSL	20	36	10	13	79
Tidigare lagförd, även annat	100	219	49	151	519
<b>Summa</b>	<b>549</b>	<b>721</b>	<b>160</b>	<b>378</b>	<b>1808</b>
<b>Flickor</b>					
Debutlagförd, endast NSL	60,5	25,0	6,6	7,9	100,0
Debutlagförd, även annat	37,1	25,7	20,0	17,1	100,0
Tidigare lagförd, endast NSL	28,6	42,9	21,4	7,1	100,0
Tidigare lagförd, även annat	33,3	39,2	11,8	15,7	100,0
<b>Summa</b>	<b>50,0</b>	<b>29,0</b>	<b>10,3</b>	<b>10,7</b>	<b>100,0</b>
<b>Pojkar</b>					
Debutlagförd, endast NSL	35,0	40,0	8,2	16,8	100,0
Debutlagförd, även annat	21,0	44,0	8,2	26,7	100,0
Tidigare lagförd, endast NSL	24,6	46,2	10,8	18,5	100,0
Tidigare lagförd, även annat	17,7	42,5	9,2	30,6	100,0
<b>Summa</b>	<b>27,2</b>	<b>41,6</b>	<b>8,6</b>	<b>22,6</b>	<b>100,0</b>
<b>Alla</b>					
Debutlagförd, endast NSL	39,2	37,6	7,9	15,3	100,0
Debutlagförd, även annat	23,0	41,7	9,7	25,5	100,0
Tidigare lagförd, endast NSL	25,3	45,6	12,7	16,5	100,0
Tidigare lagförd, även annat	19,3	42,2	9,4	29,1	100,0
<b>Summa</b>	<b>30,4</b>	<b>39,9</b>	<b>8,8</b>	<b>20,9</b>	<b>100,0</b>

**Tabell B17. Lagföringar innan och efter urvalsbrottet – 18–20 år**

Unga vuxna (18–20 år) som lagfördes för brott mot narkotikastrafflagen (NSL) 2017 fördelat efter lagföringar innan och efter urvalsbrottet samt förekomst av brott mot NSL. Endast personer som var folkbokförda i Sverige 2020 med giltiga personnummer under hela mätperioden. Antal och procent.

Lagförda brott t.o.m. urvalsbrott	Ej lagförd efter urv.	Lagförd efter urvalsbrottet			Summa
		Bara NSL	Bara annat	Båda	
<b>Kvinnor</b>					
Debutlagförd, endast NSL	129	47	16	13	205
Debutlagförd, även annat	17	11	1	2	31
Tidigare lagförd, endast NSL	15	20	4	6	45
Tidigare lagförd, även annat	66	63	13	24	166
<b>Summa</b>	<b>227</b>	<b>141</b>	<b>34</b>	<b>45</b>	<b>447</b>
<b>Män</b>					
Debutlagförd, endast NSL	547	345	68	110	1070
Debutlagförd, även annat	116	107	20	45	288
Tidigare lagförd, endast NSL	109	143	20	44	316
Tidigare lagförd, även annat	327	662	130	584	1703
<b>Summa</b>	<b>1099</b>	<b>1257</b>	<b>238</b>	<b>783</b>	<b>3377</b>
<b>Alla</b>					
Debutlagförd, endast NSL	676	392	84	123	1275
Debutlagförd, även annat	133	118	21	47	319
Tidigare lagförd, endast NSL	124	163	24	50	361
Tidigare lagförd, även annat	393	725	143	608	1869
<b>Summa</b>	<b>1326</b>	<b>1398</b>	<b>272</b>	<b>828</b>	<b>3824</b>
<b>Kvinnor</b>					
Debutlagförd, endast NSL	62,9	22,9	7,8	6,3	100,0
Debutlagförd, även annat	54,8	35,5	3,2	6,5	100,0
Tidigare lagförd, endast NSL	33,3	44,4	8,9	13,3	100,0
Tidigare lagförd, även annat	39,8	38,0	7,8	14,5	100,0
<b>Summa</b>	<b>50,8</b>	<b>31,5</b>	<b>7,6</b>	<b>10,1</b>	<b>100,0</b>
<b>Män</b>					
Debutlagförd, endast NSL	51,1	32,2	6,4	10,3	100,0
Debutlagförd, även annat	40,3	37,2	6,9	15,6	100,0
Tidigare lagförd, endast NSL	34,5	45,3	6,3	13,9	100,0
Tidigare lagförd, även annat	19,2	38,9	7,6	34,3	100,0
<b>Summa</b>	<b>32,5</b>	<b>37,2</b>	<b>7,0</b>	<b>23,2</b>	<b>100,0</b>
<b>Alla</b>					
Debutlagförd, endast NSL	53,0	30,7	6,6	9,6	100,0
Debutlagförd, även annat	41,7	37,0	6,6	14,7	100,0
Tidigare lagförd, endast NSL	34,3	45,2	6,6	13,9	100,0
Tidigare lagförd, även annat	21,0	38,8	7,7	32,5	100,0
<b>Summa</b>	<b>34,7</b>	<b>36,6</b>	<b>7,1</b>	<b>21,7</b>	<b>100,0</b>



**Tabell B18. NSL-brott efter urvalsbrottet**

Benägenheten (Hazard Ratio, HR) att efter urvalsbrottet (t.o.m. 2020) lagförts för NSL-brott. Barn och unga vuxna (15–20 år) som lagfördes för brott mot narkotikastrafflagen (NSL) år 2017 (första lagföring detta år). Endast individer med giltigt personnummer. Benägenhet beräknad med Cox-regression (persontid). Referensgrupp (ref): HR = 1.

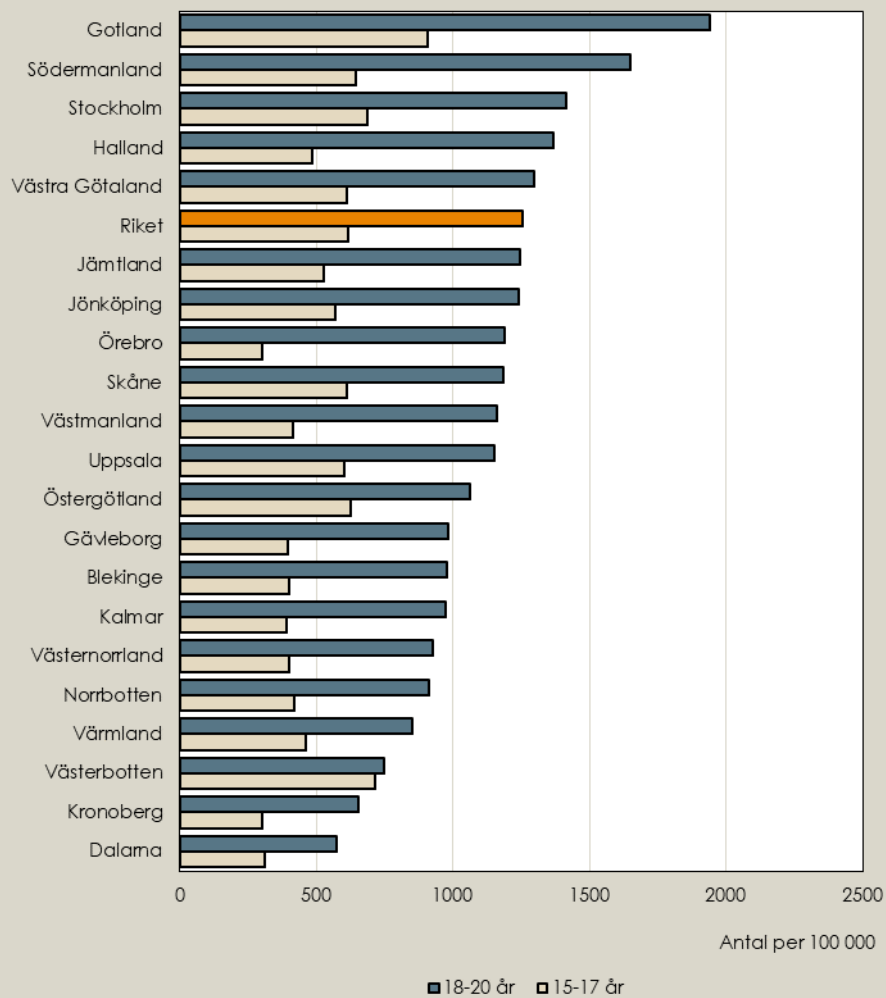
	Minst en lagföring mot NSL		Tre eller fler lagföringar mot NSL	
	HR	P-värde	HR	P-värde
<b>Kön</b>				
Kvinna	0,70	<,01	0,40	<,01
Man (ref)	1		1	
<b>Delgrupp (brott t.o.m. urvalsbrott)</b>				
15–17-åringar				
Debutlagförda, endast NSL	1,32	<,01	1,72	<,01
Debutlagförda, även annat	1,43	<,01	2,28	<,01
Tidigare lagförda, endast NSL	1,23	0,14	1,78	0,02
Tidigare lagförda, även annat	1,32	0,01	2,18	<,01
18–20-åringar				
Debutlagförda, endast NSL (ref)	1		1	
Debutlagförda, även annat	1,25	0,01	1,33	0,13
Tidigare lagförda, endast NSL	1,15	0,10	1,19	0,32
Tidigare lagförda, även annat	1,37	<,01	2,02	<,01
<b>Region (NUTS2<sup>b</sup>)</b>				
Stockholm (ref)	1		1	
Östra Mellansverige	0,97	0,60	0,78	0,01
Småland med öarna	1,02	0,75	0,96	0,73
Sydsverige	1,15	0,01	1,09	0,37
Västsverige	0,96	0,36	0,75	<,01
Norra Mellansverige	0,94	0,42	0,79	0,11
Mellersta Norrland	0,99	0,93	0,98	0,90
Övre Norrland	0,85	0,10	0,62	0,01
<b>Mors högsta fullföljda utbildning</b>				
Uppgift saknas	1,12	0,14	1,41	0,01
Grundskola	1,04	0,44	1,18	0,04
Gymnasium	1		1	
Eftergymnasial	0,97	0,49	0,96	0,63
<b>Utländsk bakgrund</b>				
Minst en förälder född i Sverige	1		1	
Utländsfödda föräldrar: Sverigefödda	1,08	0,15	1,18	0,05
Invandrad 0–6 år	1,09	0,29	1,35	0,02
Invandrad 7–11	0,94	0,41	1,02	0,86
Invandrad 12–15	0,96	0,66	1,02	0,88
Invandrad 16+	1,17	0,14	1,14	0,46
<b>Behörig till gymnasiet</b>				
Ja (ref)				
Nej	1,15	<,01	1,35	<,01
<b>Slutenvård eller specialiserad öppenvård<sup>c</sup>:</b>				
Diagnos relaterad till narkotikabruk	0,98	0,64	1,19	0,02
Adhd-diagnos	1,09	0,06	1,19	0,02
<b>Föräldrar vårdats för diagnos relaterad till narkotikabruk</b>				
	1,19	<,01	1,35	<,01
<b>Långvarigt försörjningsstöd mor<sup>d</sup></b>				
Nej (ref)	1		1	
Ja, ett av tre år	1,08	0,22	1,12	0,31
Ja, minst två av tre år	1,22	<,01	1,40	<,01
Antal (n)	5814		5814	

a) Påföljd med vårdinsats avser åtalsunderlåtelse, ungdomstjänst, skyddstillsyn, ungdomsvård samt sluten ungdomsvård. Ej vårdinsats avser därmed böter. b) Regionindelning enligt NUTS2 (se Bilaga 1. Metod delstudie 1). Utgår från myndighetslän dvs. det län som beslutande domstol eller åklagarkammare tillhör. c) Mors försörjningsstöd då up var 12–14 år, mer än hälften av den disponibla inkomsten utgjordes av försörjningsstöd. d) Avser vårdtillfällen t.o.m. 2016.

## Figurer

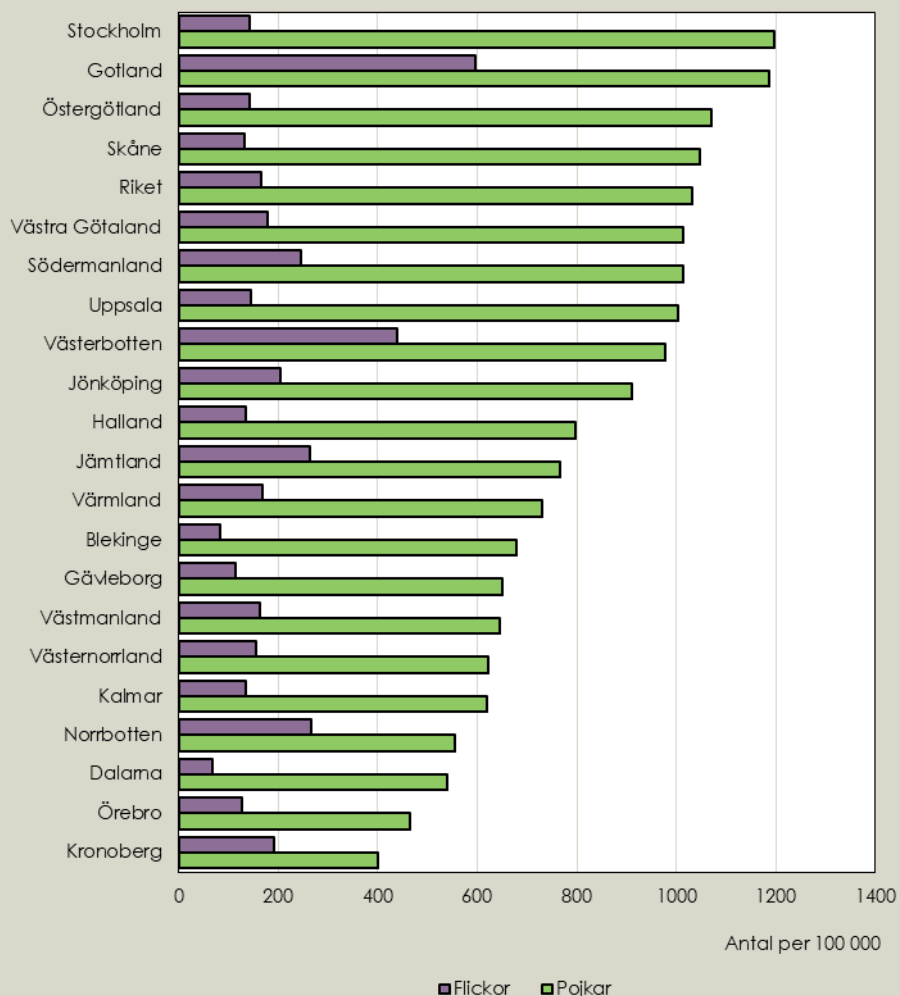
**Figur B4. Lagförda för brott mot NSL länsvis år 2017**

Andel barn (15-17 år) och unga vuxna (18-20 år) lagförda för brott mot NSL år 2017 fördelat efter folkbokföringslän. Antal per 100 000 invånare.



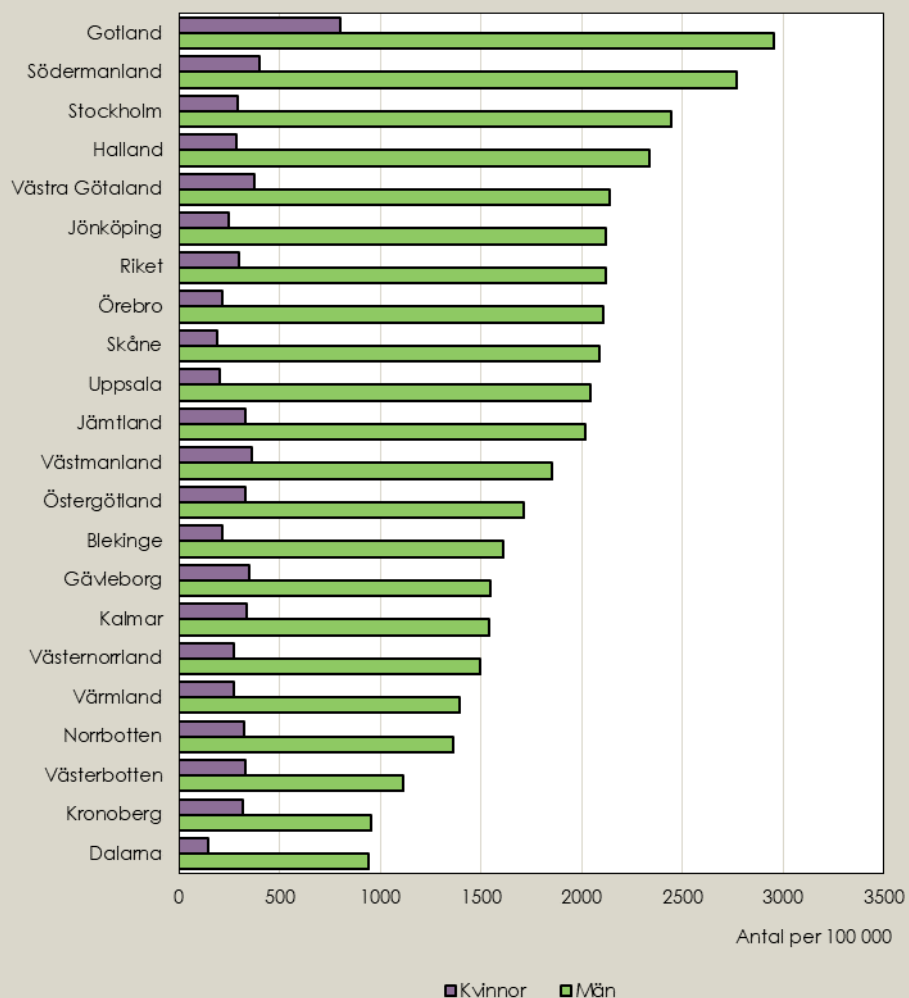
### Figur B5A. Flickor och pojkar lagförda för NSL-brott år 2017 länsvis

Andel flickor och pojkar 15-17 år lagförda för brott mot NSL år 2017 fördelat efter kön och folkbokföringslän. Antal per 100 000 invånare.



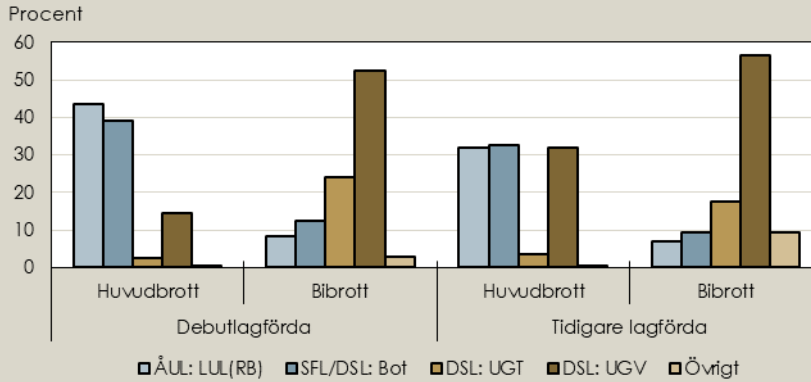
### Figur B5B. Kvinnor och män lagförda för NSL-brott år 2017 länsvis

Andel kvinnor och män 18-20 år lagförda för brott mot NSL år 2017 fördelat efter kön och folkbokföringslän. Antal per 100 000 invånare.



### Figur B6. Rättsliga reaktioner för 15-17-åringar

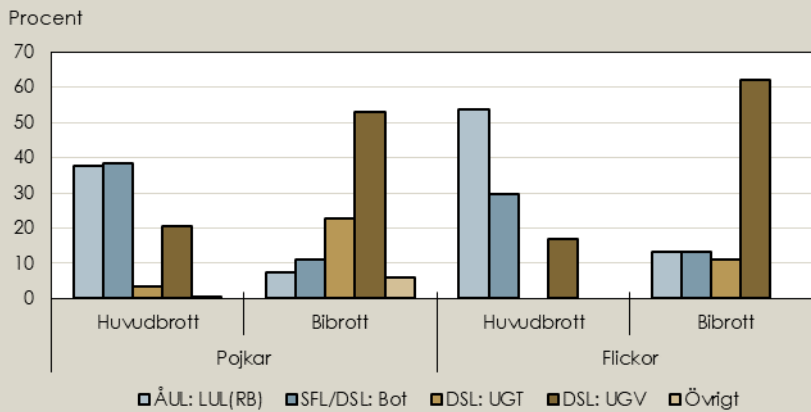
Andel som fått olika rättsliga reaktioner\* fördelat efter om NSL var huvudbrott eller bibrott bland debutlagförda och tidigare lagförda. Barn (15-17 år) lagförda för brott mot NSL år 2017.



\* ÅUL: LUL (RB) – Åtalsunderlåtelse Lagen om unga lagövertredare, Rättegångsbalken.  
 SFL/DSL: Bot – Strafföreläggande/Domslut böter. DSL: UGT: Domslut ungdomstjänst.  
 DSL: UGV: Domslut ungdomsvård.

### Figur B7. Rättsliga reaktioner för flickor och pojkar 15-17 år

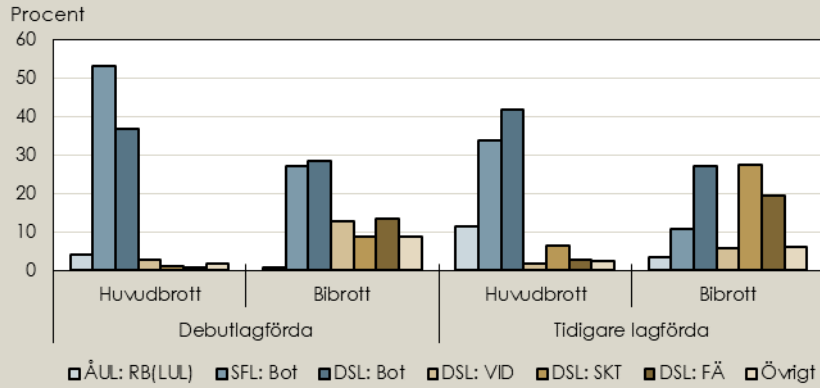
Andel som fått olika rättsliga reaktioner\* fördelat efter om NSL var huvudbrott eller bibrott. Flickor och pojkar (15-17 år) lagförda för brott mot NSL år 2017.



\* ÅUL: LUL (RB) – Åtalsunderlåtelse Lagen om unga lagövertredare, Rättegångsbalken.  
 SFL/DSL: Bot – Strafföreläggande/Domslut böter. DSL: UGT: Domslut ungdomstjänst.  
 DSL: UGV: Domslut ungdomsvård.

### Figur B8. Rättsliga reaktioner för 18-20-åringar

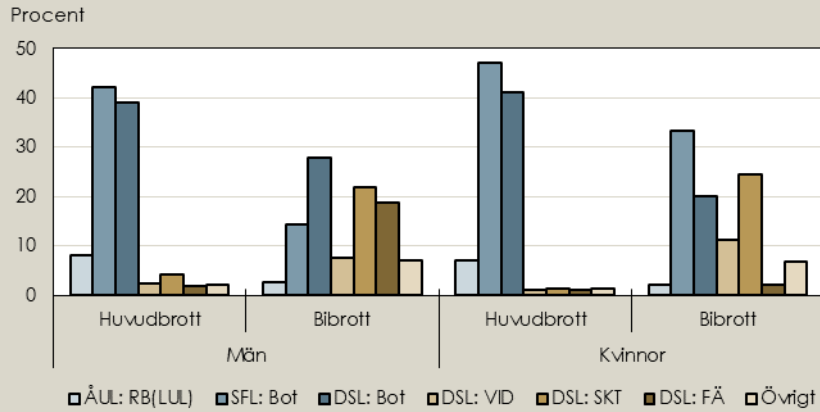
Andel som fått olika rättsliga reaktioner\* fördelat efter om NSL var huvudbrott eller bibrott bland debutlagförda och tidigare lagförda. Unga vuxna (18-20 år) lagförda för brott mot NSL år 2017.



\* ÅAUL: LUL (RB) – Åtalsunderlåtelse Lagen om unga lagöverträdare, Rättegångsbalken.  
 SFL: Bot – Strafföreläggande böter, DSL: Bot – Domslut böter, DSL: VID – Villkorlig dom,  
 DSL: SKT – Skyddsstillsyn, DSL:FÄ – Fängelse.

### Figur B9. Rättsliga reaktioner för kvinnor och män 18-20 år

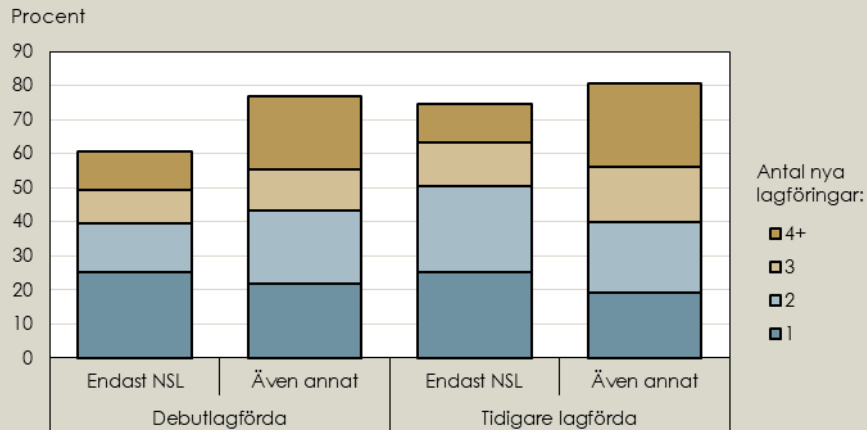
Andel som fått olika rättsliga reaktioner\* fördelat efter om NSL var huvudbrott eller bibrott. Kvinnor och män (18-20 år) lagförda för brott mot NSL år 2017.



\* ÅAUL: LUL (RB) – Åtalsunderlåtelse Lagen om unga lagöverträdare, Rättegångsbalken.  
 SFL: Bot – Strafföreläggande böter, DSL: Bot – Domslut böter, DSL: VID – Villkorlig dom,  
 DSL: SKT – Skyddsstillsyn, DSL:FÄ – Fängelse.

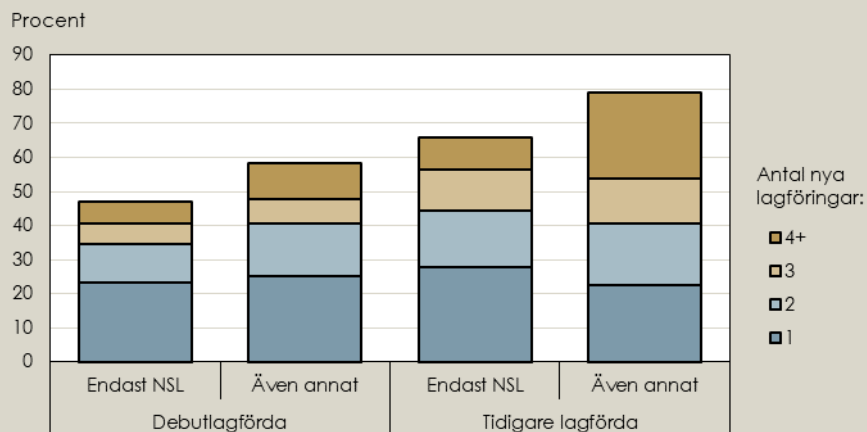
### Figur B10. Nya lagföringar bland 15-17-åringar

Andel som lagförts för nya brott efter urvalsbrottet t.o.m. 2020, fördelat efter delgrupp och antal nya lagföringar. Barn (15-17 år) som lagfördes för brott mot NSL år 2017. Personer med giltigt personnummer år 2020.



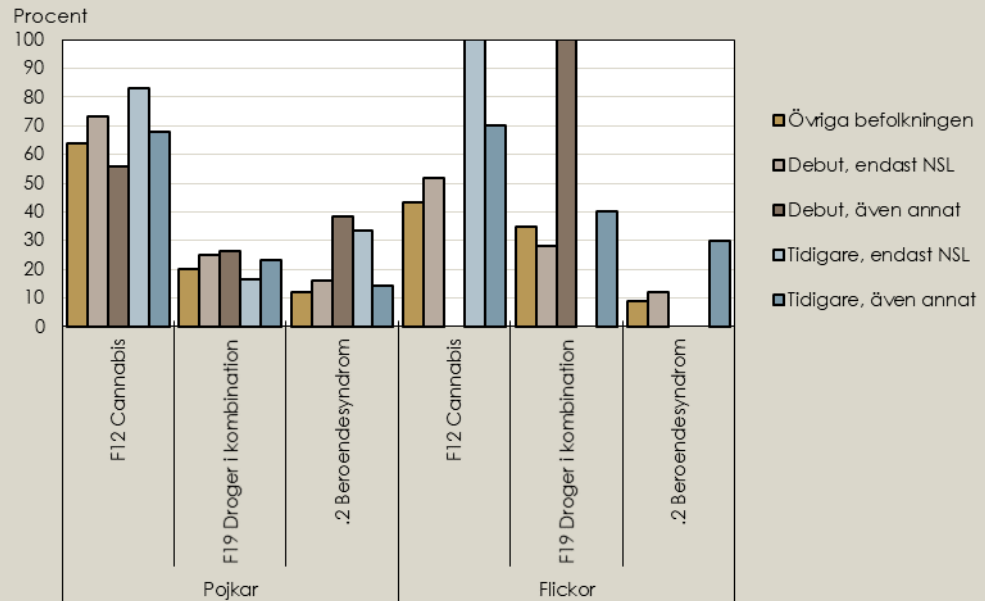
### Figur B11. Nya lagföringar bland 18-20-åringar

Andel som lagförts för nya brott efter urvalsbrottet t.o.m. 2020, fördelat efter delgrupp och antal nya lagföringar. Unga vuxna (18-20 år) som lagfördes för brott mot NSL år 2017. Personer med giltigt personnummer år 2020.



**Figur B12. Specifikation av narkotikadiagnos år 2017 - födda 2000-2002**

Andel som vårdats för diagnos relaterad till cannabis (F12), droger i kombination (F19) respektive beroendesyndrom av alla som vårdats för narkotikarelaterad diagnos år 2017, fördelat efter kön samt studiepopulation (delgrupp) och övriga befolkningen. Födda 2000-2002 med gitigt personnummer.



**Figur B13. Specifikation av narkotikadiagnos år 2017 - födda 1997-1999**

Andel som vårdats för diagnos relaterad till cannabis (F12), droger i kombination (F19) respektive beroendesyndrom (.2) av alla som vårdats för narkotikarelaterad diagnos år 2017, fördelat efter kön samt studiepopulation (delgrupp) och övriga befolkningen. Födda 1997-1999 med gitigt personnummer.

