



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

Hitta rätt när det gått snett - en kvantitativ studie av studenters relation till droger

Agata Svensson & Alexandra Platonova

Psykologexamenuppsats. 2020

Handledare: Per Johnsson
Examinator: Sean Perrin

Abstract

The following study was conducted in order to answer the following questions: 1) *Why do students start taking drugs in early adulthood?*, 2) *What does the ratio between students with early versus late onset drug use look like?*, 3) *Do students know where they could get professional help in case of drug use - related negative outcomes?* and 4) *What do they think of the healthcare available?* Using the snowball sampling method, we reached out to students at Lund university. 150 students who adhered to the inclusion criteria answered an anonymous online survey about their relationship to drugs. The study indicates that students initiate drug use for recreational purposes and don't know where they would seek help in case they would need to do so. 23,1% of the students with experience of drug use initiated drug use during their studies. Almost none of the students had personal experience of seeking help for drug related issues. However, for many students, seeking professional help was either not an option at all or only something to be considered unless in a life-threatening situation. In conclusion, health care providers, especially the Student health council, need to improve their means of reaching out to students, as well as making the health care itself more attractive.

Keywords: students, illicit drug use, drug use onset, drug use experience, student health council

Sammanfattning

Föreliggande studie genomfördes i syfte att besvara följande frågeställningar: a) Vilka anledningar finns till att studenter drogdebuterar i ung vuxen ålder?, b) Hur stor är denna grupp i förhållande till dem med en tidigare drogdebut? samt c) Vet studenter var de kan söka hjälp? Om ja: d) Tycker de att det existerande vårdutbudet möter deras behov?. Studenter vid Lunds universitet kontaktades med hjälp av snöbollsmetoden. 150 studenter som uppfyllde inklusionskriterierna besvarade en anonym webbenkät angående deras relation till droger. Studien visade att majoriteten av studenterna initierar drogbruk i rekreativt syfte, samtidigt som de inte vet var de skulle kunna söka vård för drogrelaterade svårigheter. 23,1% av studenterna med erfarenhet av droganvändning drogdebuterade under studietiden. Nästan ingen av studenterna hade erfarenhet av missbruksvård. Inte desto mindre kunde en betydande del av studenterna inte se professionell hjälp som ett alternativ vid drogrelaterade svårigheter - antingen inte alls, eller bara vid livshotande tillstånd. Sammanfattningsvis behöver sjukvården, speciellt Studenthälsan, förbättra sitt sätt att nå ut till studenter samt göra vården mer attraktiv.

Nyckelord: studenter, olagligt drogbruk, drogdebut, drogerfarenhet, studenthälsan

Tack!

Det finns ett antal personer som har varit till ovärderlig hjälp för att möjliggöra denna uppsats. Per Johnsson, tack för att du hjälpte oss finna och ringa in vårt uppsatsämne, Anita Lennerstedt för att du hjälpte oss att sprida vår enkät. Vi vill också tacka alla pilotrespondenter för deras outhärliga respons. Vi vill även tacka Ola Stjärnhagen, systemförvaltare vid Lunds universitet för att han varit där för oss när tekniken inte varit det. Ett extra varmt tack till Pyotr Platonov för din hjälp och stöd - utan dig hade vi inte kunnat lämna in någon uppsats i tid. Du är världens bästa pappa! Ett extra varmt tack riktas även till Natalia Platonova, en älskad mamma, för ditt stöd och ditt kloka tips på referenser. Slutligen önskar vi skicka ett varmt tack till alla som svarade på enkäten.

Tack för att ni tagit er tid att medverka.

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Hitta rätt om det gått snett - en kvantitativ studie om studenters relation till droger | 1 |
| Narkotikaklassade preparat idag | 1 |
| Definitioner | 2 |
| Narkotika | 2 |
| Exempel på narkotiska preparat och dess påverkan | 2 |
| Droganvändning och diagnosticering..... | 3 |
| Demografisk statistik..... | 4 |
| Kartläggning av drogbruk..... | 4 |
| Prevalens..... | 5 |
| Incidens..... | 5 |
| Vilken hjälp finns att få? | 6 |
| Teorier om beroendets etiologi..... | 6 |
| Tre teoribildningar om drogbruk, missbruk och beroende | 6 |
| PRIME - en syntetiserad teori om missbruk och beroende | 7 |
| PRIME-teorins användningsområden | 9 |
| Studenter - en högriskgrupp | 10 |
| Studenters drogbruk - svensk forskning | 10 |
| Studenters drogbruk - internationell forskning..... | 11 |
| Syfte | 12 |
| Frågeställningar | 12 |
| Metod..... | 12 |
| Deltagare | 13 |
| Beskrivning av stickprov | 13 |
| Urvalskriterier..... | 13 |
| Rekrytering | 13 |

| | |
|---|----|
| Design..... | 14 |
| Datainsamling..... | 14 |
| Enkätkonstruktion - teoretisk förankring..... | 14 |
| Teknisk konstruktion av enkät..... | 15 |
| Pilotstudie..... | 16 |
| Dataanalys..... | 16 |
| Etik - hantering av data..... | 17 |
| Resultat..... | 17 |
| Deskriptiv statistik..... | 17 |
| Sociodemografiska faktorer..... | 17 |
| Tillfredsställelse..... | 19 |
| Attityd och tillgänglighet..... | 20 |
| Erfarenhet av droger..... | 22 |
| Erfarenheter av vård..... | 25 |
| Inferentiell statistik..... | 30 |
| Diskussion..... | 30 |
| Resultatdiskussion..... | 30 |
| Prevalens: drogbruk bland studenter..... | 30 |
| Anledningar till drogdebut..... | 30 |
| Studenter vet inte var de kan få hjälp..... | 32 |
| Studenters syn på missbruksvården..... | 33 |
| Metoddiskussion..... | 34 |
| Implikationer och framtida forskning..... | 36 |
| Etiska överväganden..... | 37 |
| Slutsats..... | 37 |
| Referenser..... | 38 |

| | |
|---|----|
| BILAGA A - Sammanställning av pilotrespondenternas synpunkter | 42 |
| BILAGA B: Poster..... | 46 |
| BILAGA C: Inledande följebrev | 47 |
| BILAGA D: Tack-meddelande enkätavslut..... | 48 |
| BILAGA E: Enkät..... | 49 |

Hitta rätt om det gått snett - en kvantitativ studie om studenters relation till droger

Människan har i alla tider, i alla kulturer, berusat sig med olika medel. Till exempel opium har använts medicinskt och i rekreationssyfte sedan antiken. Samtidigt händer något med berusande medel när de hamnar utanför sin ursprungliga kontext och blir föremål för politiska och ekonomiska intressen. Inom opiumets historia finns gott om exempel på detta. Ett sådant är när läkemedelsföretaget Bayer ville förbättra det redan existerande morfinet genom att på kemisk väg framställa ett ämne som skulle vara mer effektivt och mindre beroendeframkallande. Resultatet blev heroin, det mest missbrukade medlet av alla opiater.

Heroin är bara ett av flera exempel på idag narkotikaklassade preparat som ursprungligen framställdes kemiskt som läkemedel. Amfetamin har använts i början av 1900-talet mot nästappa, medan ecstasy framställdes 1914 i syfte att fungera som bantningspiller (Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning [CAN], u.å.).

Berusningsmedel har haft olika betydelse och användningsområden beroende på dess kontext. Exempelvis cannabis kom till Sverige under 1960-talets hippie-våg, medan det i USA på 1800-talet har använts av fattiga och slavar. Amfetaminet var på 1930-talet i Sverige studenternas drog - då tillgängligt på laglig väg som bantningspiller och uppiggande medel. Ecstasy kom till Sverige som ravekulturens *it*- drog ca 80 år efter att det framställdes för första gången (CAN, u.å.). Dock är alkohol det berusningsmedel som haft störst inverkan på svensk historia och under flera århundraden var alkoholismen utbredd (Systembolaget, u.å.). Berusningsmedlet har gått från att vara så fritt tillgängligt att det betalades ut som lön, till dagens restriktiva alkoholpolitik (Systembolaget, u.å.; Janson, 2010).

Även narkotika har genomgått en liknande resa. Efter 60- och 70-talets liberala drogpolitik höjdes röster inom politiken för nolltolerans av narkotika. Sedan 1988 är det i Sverige straffbart att vara påverkad av droger. Den som använder narkotika för eget bruk kan idag bli bötfälld eller få fängelse i upp till 6 månader. Samtidigt kan den som söker vård för drogrelaterade problem inte bli rapporterad till polismyndigheter, varken av hälso- och sjukvård eller socialtjänst (Socialdepartementet, 2016). Däremot är det praxis i flera svenska kommuner att göra en orosanmälan till Socialtjänsten så fort det framkommer att en förälder använder narkotika - oavsett den berörda familjens förhållanden (Tegnell, 2012). Den svenska narkotikapolitiken har nolltolerans som mål (Socialdepartementet, 2016).

Narkotikaklassade preparat idag

Innehav och användning av narkotika är kriminaliserat i Sverige. Vad som är kriminellt varierar dock mellan olika länder, även inom EU, till exempel när det gäller innehav och

användning av cannabis (Socialdepartementet, 2011; Socialdepartementet, 2016). Trots decennier av restriktiv narkotikapolitik visar en utredning från 2020 att Sverige har högst narkotikadödlighet i hela EU (Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, 2020). Organ och myndigheter så som FN, Sveriges kommuner och landsting [SKL], Folkhälsomyndigheten samt Riksdagen vill se över huruvida det är möjligt att avkriminalisera eget bruk i syfte att öka sannolikheten att personer med drogrelaterade problem vågar söka vård. I skrivande stund har Regeringen inte hörsammat detta (Folkhälsomyndigheten, 2020b; SKL, 2018a; Sveriges Television [SVT], 2020).

Definitioner

Narkotika

Med narkotika avses de medel som finns upptagna i Socialstyrelsens narkotikaförteckningar. Narkotikaanvändning kan omfatta allt från konsumtion vid enstaka tillfällen till regelbunden och långvarig konsumtion (Socialdepartementet, 2011). I detta arbete används termen ”narkotika” synonymt med ”droger”. I begreppet ”droger” har vi valt att inkludera lösningsmedel och lustgas, trots att innehav och försäljning av dessa medel inte är kriminaliserat i Sverige. Detta då dessa ämnen benämns som droger i en droglista bifogad till det vanligt förekommande skattningsformuläret DUDIT. Användning av detta formulär i syfte att bedöma förekomst av drogrelaterade problem rekommenderas av Socialstyrelsen och används sedan länge inom vården för att screena för drogbruk (Socialstyrelsen, 2019b).

Exempel på narkotiska preparat och dess påverkan

Cannabis. Ruset från cannabis kan exempelvis ge en upplevelse av lugn och kreativitet, medan de negativa effekterna kännetecknas av bland annat försämrade kognitiva funktioner (CAN, u.å.).

Receptbelagda sömn-/lugnande medel. Lugnande medel och sömnmedel (hypnotika och sedativa) som betecknas som narkotika innehåller bensodiazepiner eller substanser som är besläktade med dessa. Substanserna verkar dämpande på det centrala nervsystemet (Socialdepartementet, 2011).

Heroin, receptbelagda smärtstillande samt andra opiater. Opiater så som heroin och smärtstillande medel har en dämpande effekt på det centrala nervsystemet och därigenom på olika former av smärta. Utöver smärtstillande effekter kan dessa substanser, framför allt heroin, även ge ett rus (CAN, u.å.). Heroinöverdos kan vara dödligt på grund av andningsstillestånd.

Hallucinogener. Exempel på hallucinogener är ecstasy, LSD samt psykedeliska svampar (Socialstyrelsen, 2019b). Ruset från hallucinogener, som namnet indikerar, kan ge hallucinationer och vanföreställningar. De påverkar främst hjärnans serotoninssystem (CAN, u.å.).

Centralstimulerande medel. Centralstimulerande medel, så som kokain och amfetamin, har det gemensamt att de påverkar det centrala nervsystemet, varigenom de bland annat påverkar humör, vakenhetsnivå och koncentrationsförmåga. Överdosis kan leda till livshotande tillstånd. Amfetamin ingår i läkemedel vid ADHD och narkolepsi (CAN, u.å.).

Preparat som blockerar tillförsel av syre till hjärnan. Olika typer av lösningsmedel och lustgas ger rus då de blockerar syretillförsel till hjärnan. Risken för överdosering och därmed hjärtstillestånd är dock stor (CAN, u.å.). Lustgas kan i Sverige lagligt beställas online (Sörstam, 2016).

Dopning. Termen ”dopning” beskriver icke-medicinsk användning av preparat som ändrar kroppens hormonella balans, till exempel anabola, androgena steroider. Förstorade muskler, depression och ökad aggressivitet är exempel på effekter som anabola androgena steroider kan ha. Även efedrin, ett centralstimulerande medel som används för viktnedgång, räknas som ett dopningsmedel (CAN, u.å.).

GHB. Ruset från GHB kan liknas vid ruset från alkohol. Det är ursprungligen ett narkosmedel. Preparatet är starkt beroendeframkallande, och överdos kan leda till plötslig död (CAN, u.å.).

Droganvändning och diagnosticering

I en rapport från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] (2019) konstaterar myndigheten att begreppen för att benämna narkotikaanvändning är många. Skadligt bruk, missbruk, beroende samt narkotikaproblem är några exempel. Internationellt används termen riskabelt bruk (*eng.* harmful use). Begreppet finns med i världshälsoorganisationens (WHO) klassificeringssystem International Classification of Diseases-10 (ICD-10) (SBU, 2019). I Sverige används dock termen främst gällande alkohol. Istället är termerna ”missbruk” och ”beroende” väl etablerade inom myndigheter, vård, forskning och socialtjänst (Socialdepartementet, 2011). Termerna definierades i den fjärde versionen Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM), som är Americas Psychiatric Associations [APA] motsvarighet till WHO:s ICD-10. För att det ska vara ett missbruk enligt DSM-IV krävs att minst ett av fyra kriterier är uppfyllt under en tolv månaders period. För beroende krävs att tre av de sju kriterierna är uppfyllda under en tolv månaders period (se Tabell 1) (APA, 2000).

Tabell 1

Kriterier för missbruk och beroende utifrån DSM-IV (APA, 2000)

| Missbruk | Beroende |
|---|--|
| 1. Upprepad användning av alkohol eller narkotika som leder till misslyckande att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller hemmet. | 1. Behov av allt större dos för att uppnå ruseffekt. |
| 2. Upprepad användning av alkohol eller narkotika i riskfyllda situationer, exempelvis vid bilkörning eller i arbetslivet. | 2. Abstinensbesvär när bruket upphör. |
| 3. Upprepade kontakter med rättsväsendet till följd av missbruket. | 3. Intag av större mängd eller intag under längre tid än vad som avsågs. |
| 4. Fortsatt användning trots återkommande problem. | 4. Varaktig önskan, eller misslyckade försök, att minska intaget. |
| | 5. Betydande del av livet ägnas åt att skaffa, konsumera och hämta sig från bruket av alkohol och narkotika. |
| | 6. Viktiga sociala, yrkesmässiga eller fritidsmässiga aktiviteter försummas. |
| | 7. Fortsatt användning trots kroppsliga eller psykiska skador. |

I den senaste, femte, versionen av DSM inkluderas samtliga typer av substansanvändning i begreppet ”substansbrukssyndrom”. I begreppet ingår psykoaktiva substanser oavsett legal status. Med andra ord ingår såväl överkonsumtion av kaffe som heroinanvändning i begreppet (APA, 2015). När vi i följande arbete använder begreppet ”droganvändning”, syftar vi på all form av användning av narkotikaklassade preparat.

Demografisk statistik

Kartläggning av drogbruk

I Sverige kartläggs förekomst av drogbruk i befolkningen med hjälp av enkäter av myndigheter som Folkhälsomyndigheten, CAN och Socialdepartementet, ofta på uppdrag av regeringen - exempelvis inom ramen för ANDT (CAN, 2020; Folkhälsomyndigheten, 2017; Sveriges kommuner och landsting [SKL], 2018a; Socialdepartementet, 2011). ANDT står för Alkohol, Narkotika, Doping och Tobak och är namnet på den strategi framtagen av regeringen som bland annat syftar till att eliminera narkotikakonsumtionen i landet. Detta sker såväl i kliniska sammanhang, som på rikstäckande nivå för befolkningen i stort (SKL, 2018a; Socialdepartementet, 2016). Syftet med kartläggande enkätundersökningar är bland annat att uppskatta prevalens samt att kunna fastställa korrelationssamband som kan indikera på risk- respektive skyddsfaktorer (CAN, 2020; Folkhälsomyndigheten, 2017). Samtidigt tyder befintlig forskning på att användningen av självskattningsformulär är diskutabel i sammanhanget då personer med ett problematiskt substansbruk i lägre grad än andra tenderar att svara ärligt på enkäter (Folkhälsomyndigheten, 2020a).

Prevalens

Enligt Folkhälsomyndigheten (2020a) behandlades år 2017 ca 40000 personer för narkotikarelaterade diagnoser. Då 80% av dem som har drogrelaterade problem inte nås av vården är mörkertalet stort (Socialdepartementet, 2011).

Det finns systematiska skillnader mellan olika grupper i befolkningen gällande såväl användningen av narkotiska preparat som dess konsekvenser. Drogbruk är vanligare bland män än kvinnor, samt vanligare bland yngre jämfört med äldre. Män står för 60% av alla narkotika- och läkemedelsförgiftningar. Av dem som avlider i samband med narkotikabruk är majoriteten lågutbildade, samtidigt som det är vanligare med narkotikaberoende bland låginkomsttagare jämfört med höginkomsttagare (Folkhälsomyndigheten, 2020b).

Cannabis är den vanligaste drogen, enligt Folkhälsomyndighetens undersökning ”Hälsa på lika villkor” från 2018. Cannabisanvändning är vanligare bland storstadsbor jämfört med dem som bor i mindre samhällen, samt bland personer med eftergymnasial utbildning jämfört med dem som inte har studerat efter gymnasiet. Unga människor brukar cannabis i större utsträckning än befolkningen i stort - 7,9 % av personer mellan 16 - 34 år angav att de hade använt cannabis under de senaste 12 månaderna. Motsvarande siffra för befolkningen i stort (16 - 64 år) var 4% (Folkhälsomyndigheten, 2019). Unga personer är en grupp som socialtjänsten har svårt att nå ut till (SKL, 2018b).

Incidens

I de rapporter från Folkhälsomyndigheten (2014; 2017; 2018; 2019, 2020a; 2020b), Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2019), Socialdepartementet (2011; 2016), Socialstyrelsen (2018; 2019a; 2019b), Statens folkhälsoinstitut (2010), samt Sveriges kommuner och landsting (2018a; 2018b) som berör drogbruk i Sverige rapporteras inte incidens. Därmed kommer vi inte att redogöra för detta här.

Skadeverkningar - inte bara för individen

Medan de flesta som använder droger till en början upplever någon form av positiv effekt, kan droganvändning få negativa konsekvenser för såväl samhälle som individ. Effekterna av droganvändning varierar beroende på dos och typ av substans. Varje år dör ett hundratal individer till följd av sitt narkotikabruk, oftast på grund av överdosering av misstag. Sedan tillgången till överdoshävande preparat har ökat i Sverige, syns en minskning med ca 10% av antalet personer som dött till följd av en överdos (Folkhälsomyndigheten, 2019). Även risken för kroppsliga skador ökar i samband med drogbruk, liksom för flertalet allvarliga fysiska sjukdomar, så som exempelvis

infektionsjukdomar och stroke (Socialdepartementet, 2011). Droganvändning korrelerar med psykisk ohälsa, då flera substanser kan utlösa depression och psykotiska symptom (CAN, u.å.).

De sociala konsekvenserna omfattar bland annat kriminalitet, utsatthet, stigma och diskriminering, exponering för olyckor och brott samt hemlöshet och försörjningsproblem. Även landets ekonomi påverkas då drogbruk i befolkningen medför att kostnader för sjukskrivning, kriminalvård och vård ökar (Socialdepartementet, 2011).

Vilken hjälp finns att få?

Det finns en rad olika behandlingar att tillgå för missbruk och beroende.

Läkemedelsbehandling, terapi och stöd i vardagen är några exempel. Vilken insats som väljs beror den enskilda individens situation (Socialstyrelsen, 2019a).

I Sverige delar både socialtjänst och hälso- och sjukvården på ansvaret för missbruksvården. I teorin innebär det att socialtjänsten kan vara behjälplig med insatser som inriktar sig på droganvändarens sociala situation, medan hälso- och sjukvården ansvarar för medicinska aspekter av missbruksvården. I praktiken blir dock ansvarsfördelningen otydlig, framför allt när det gäller psykosociala behandlingsinsatser. Socialtjänst och hälso- och sjukvården kan ha svårt att komma överens om var den enes ansvarsområde slutar och den andres tar vid. Risken med en otydlig ansvarsfördelning är att individer inte får någon hjälp alls när samtliga huvudmän anser att personens problematik är den andres ansvar (SKL, 2018b).

Teorier om beroendets etiologi

Inom forskarvärlden saknas konsensus kring hur missbruk och beroende uppstår och vidmakthålls. Således finns ingen enskild förklaringsmodell som förklarar varför vissa personer utvecklar missbruk och beroende, medan andra inte gör det. Troligtvis handlar det om flera olika riskfaktorer som i samspel med varandra bidrar till att missbruk och beroende uppstår (Nyberg, 2016). Förklaringsmodellerna har även förändrats över tid. Från att missbruk och beroende setts som en konsekvens av individens bristande moral och karaktärsdrag, anser såväl forskare och professionella idag att det handlar om multifaktoriella tillstånd som orsakas av ett komplext samspel mellan psykologiska, biologiska och sociala faktorer (Socialdepartementet, 2011).

Tre teoribildningar om drogbruk, missbruk och beroende

Samtidigt som det råder brist på konsensus om beroendets etiologi, finns det ett forskarteam, West & Brown (2013), som samlat och kategoriserat befintliga teorier. I boken ”Theory of Addiction” utkristalliserar tre teoribildningar.

Utifrån en teoribildning ses drogbruk som ett viljestyrt val. Den representeras bland andra av ”Rational Addiction Theory” och ”Self Medication Model”. Förespråkare för dessa modeller

betraktar drogbruk som ett rationellt val i syfte att minimera lidande. Medan ”Rational Addiction Theory” bygger på ekonomiska principer om nyttomaximering, baseras ”Self Medication Model” på psykologiska modeller där självomhändertagande betonas - (Khantzian, 2017; West & Brown, 2013).

Droganvändning kan även ses som en konsekvens av bristande impuls kontroll, något individen gör mot sin vilja. Ett exempel på en teori som ingår i denna teoribildning är ”Disease Model of Addiction”, som har varit den dominerande förklaringsmodellen för beroende under de senaste 30 åren. Inom ramen för denna teori ses drogbruk som en sjukdom. Idag innefattar teorin även det neurobiologiska perspektivet, vilket innebär att droger påverkar hjärnan på såväl cellulär som strukturell nivå. Detta påverkar i sin tur individens funktion samt ökar individens benägenhet att fastna i ett beroende (West & Brown, 2013; Nyberg, 2016).

En tredje teoribildning utgår från inlärningspsykologi och vanemässiga beteenden. Teorier inom denna tradition utgår från inlärningsprinciper, så som betingning. Djurstudier har belyst dopaminets betydelse vid utveckling av beroende. Dopamin är en av flera signalsubstanser som leder till kortvarig känsla av rus. Medan det finns naturliga vägar att åstadkomma utsöndring av dopamin i nervsystemet, kan vissa droger imitera denna process på kemisk väg. Vid en längre användning av stora mängder droger kommer också andra signalsubstanser att frisläppas som kan motverka dopaminets effekt i tid och leda till förändringar i hjärnan som skapar upplevelser av sug (West & Brown, 2013). När de beroendeframkallande medlen slutar verka känner individen ett starkt behov av att åter igen inta medlet i fråga, trots negativa konsekvenser. Förutom detta påverkas även områden i hjärnan som sammankopplas med kognition, impulsivitet, beslutsfattande och tvångsmässiga beteenden (Nyberg, 2016). Utifrån detta perspektiv är beslut kopplade till drogbruk och beroende omedvetna och automatiska (West & Brown, 2013).

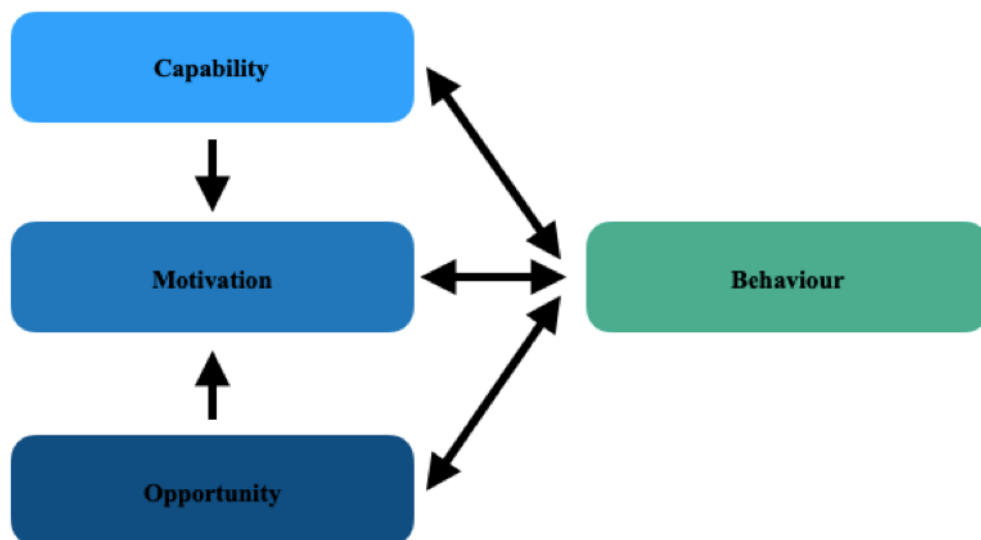
PRIME - en syntetiserad teori om missbruk och beroende

Ansatser har gjorts i forskningsvärlden för samla befintliga teorier. Förutom att samla in redan existerande teorier om missbruk och beroende under tre olika teoribildningar, har West och Brown (2013) även strävat efter att syntetisera olika forskningsinriktningar i en egen teori. Deras PRIME-teori inrymmer både biologiska och psykologiska faktorer i en mer komplex modell, i syfte att förstå vad som orsakar beroende och missbruk. PRIME-teorin är ämnad att användas som en struktur för att integrera tidigare teorier om motivation och beteende - inte ersätta dem (Sundström, 2017). Författarna framhåller även att en förståelse för det mänskliga motivationssystemet behöver ligga till grund för förståelsen av vad som orsakar och vidmakthåller beroende. De beskriver

motivation som processer i hjärnan som initierar och vägleder beteende. Med andra ord involverar motivation såväl högre kognitiva funktioner, så som analytisk förmåga och reflektion, som mer evolutionärt rudimentära funktioner som känslor och impulser (West & Brown, 2013). Författarna är noga med att poängtera att motivation bara är *en* av tre faktorer som leder till att ett beteende uppkommer, vilket åskådliggörs i modellen COM-B i figur 1 (West, u.å.). Modellen används för att identifiera vad som behövs för att en beteendeförändrande intervention ska ge effekt, till exempel för beroendebeteende. För att motivation ska kunna leda till en beteendeförändring behöver både modulerna möjlighet (*eng.* opportunity) och kapacitet (*eng.* capability) vara aktiverade. Ju mer en person har möjlighet och kapacitet att utföra ett beteende, desto mer ökar sannolikheten för att en beteendeförändring ska ske - förutsatt att personen är motiverad (West & Michie, 2020).

Figur 1

Översikt av COM-B-modellen (West & Michie, 2020)

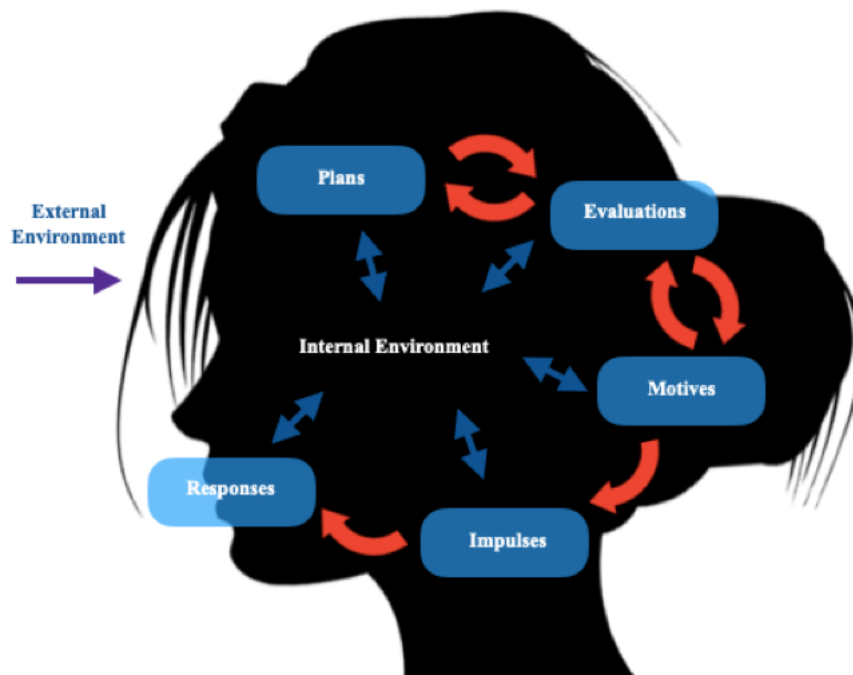


PRIME är en akronym för de 5 nivåerna planer, responser, impulser, motiv och bedömningar (*eng.* plans, responses, impulses, motives and evaluations). Se figur 2. Enligt PRIME-teorin påverkas beteende av individens önskemål och behov, som i sin tur påverkas av såväl biologiska drifter som av våra moraliska principer. De moraliska principerna kan påverka beteende mer än biologiska drifter i de fall då de härstammar ur en stark identitet. Genom att ändra på en individs självbild ändras individens moraliska principer, vilket påverkar önskemål och behov och därmed slutligen beteendet. Människans motivationssystem opererar på fem olika komplexitetsnivåer. Var

och en av dessa kan fungera avvikande och därmed leda till ett beroende.. Hela systemet är dynamiskt och påverkas av interna och externa faktorer under alla delar av processen (West, u.å).

Figur 2

Schematisk illustration över PRIME-teorin och hur människans motivationssystem är strukturerat (West & Michie, 2020)



PRIME-teorins användningsområden

PRIME-teorin kan användas som ett hjälpmedel vid valet av behandlingsmetod vid beroende. Medan farmakologisk hjälp mot sug endast påverkar en nivå, motiv, kan psykoterapi även påverka nivåerna planer och bedömning (West, 2015). Detta då terapi syftar till att åstadkomma en förändring i en persons identitet vilket är en källa till självreglering. En stark, sammanhängande och förankrad identitet sätter gränser för vad som är lämpligt beteende samt bidrar till att beteendet är stabilt över tid. Detta hjälper individen att hantera kommande utmaningar utan större inre konflikt eller resursåtgång (West, u.å). När behandlingsmetoder riktas mot förändring av identiteten påverkas hela motivationssystemet (West, 2015). Att ändra sitt beteende kan vara resurskrävande - framför allt om det nya beteendet strider mot individens befintliga självbild och identitet. Ifall interventioner riktas mot att ändra en persons identitet, blir det lättare för hen att förändra sitt beteende. Detta då förändringar i identitet påverkar även värderingar, som i sin tur påverkar

önskemål och behov, vilket i sin tur påverkar beteendet. Hela motivationssystemet genomgår en förändring när interventioner riktas mot identiteten. Med andra ord är det lättare att säga nej till droger om man identifierar sig som en person som inte använder narkotika, än om drogbruk utgör en stor del av ens identitet (West, u.å).

PRIME-teorin har blivit kritiserad då den främst blivit applicerad på ett beteende - tobaksbruk. Fler studier behövs för att säkerställa att modellen är applicerbar på andra typer av beroendeframkallande substanser än nikotin (Al Rawahi, 2020).

Studenter - en högriskgrupp

Studenters drogbruk - svensk forskning

Samtidigt som forskning visar att drogbruk för med sig negativa konsekvenser för såväl individ och samhälle, finns kunskapsluckor i den svenska forskningen om hur drogbruk påverkar personer som är väletablerade i samhället - exempelvis studenter. Studenter är en högriskgrupp gällande droganvändning. Olika samhällsgrupper har olika behov - en ingenjörstudent som röker cannabis på fest behöver en annan typ av insatser än en gravid, socialt utsatt kvinna som missbrukar lugnande läkemedel. För att kunna hjälpa respektive samhällsgrupp på bästa sätt, behövs kunskap om gruppen i fråga (Socialdepartementet, 2011).

Cirka en tredjedel av alla studenter i Sverige har provat droger någon gång i sitt liv enligt Statens folkhälsoinstitut (2010). Siffrorna bör dock tolkas med försiktighet - undersökningen myndigheten hänvisar till genomfördes år 2008. Vi har inte hittat nyare statistik. CAN släppte år 2019 en rapport om drogbruket i Sverige, där det framgår att studenter använder narkotika i större grad än sina arbetande jämnåriga. Denna data är dock taget från en sjutton år gammal undersökning. Trots att CAN på sin hemsida <https://www.can.se/publikationer/drogutvecklingen-i-sverige-2019/> beskriver rapporten som ”den mest heltäckande” sammanställningen över den svenska narkotikasituationen idag saknas nyare statistik över studenters narkotikaerfarenheter i rapporten. CAN mäter varje år drogvanor hos skolungdomar och gymnasielever. Fram till 2006 genomfördes även årliga mätningar av droganvändning hos de som mönstrade i försvaret. Trots att studenter är en högriskgrupp, samt trots indikationer på att det finns de som påbörjar ett drogbruk i ung vuxen ålder, saknas nyare svenska studier som riktar sig direkt till studenter (CAN, 2019; Folkhälsomyndigheten, 2017; Socialdepartementet, 2011).

År 2014 publicerade Folkhälsomyndigheten rapporten ”Studenter och hög alkoholkonsumtion”, där det framgick att det är ovanligt att studenter själva söker vård för alkoholrelaterade problem. Vi har inte hittat någon motsvarande undersökning för narkotika.

Samtidigt finns uppgifter från Studenthälsan vid Lunds universitet som tyder på att drogbruk är något som studenter sällan söker för - trots att droganvändning förekommer. Studenthälsan hade inte möjlighet att dela med sig av sina data (S. Åkerlund, sjuksköterska på Studenthälsan vid Lunds universitet, personlig kommunikation, 26 oktober 2020).

Studenters drogbruk - internationell forskning

Medan det råder brist på nyare svensk forskning om studenters drogvanor, finns internationell litteratur som tyder på att narkotikabruk bland studenter är ett aktuellt problem. Att börja på universitetet är för många en omvälvande period där den unga vuxna kanske för första gången får uppleva den frihet och ansvar som kommer med det självständiga vuxenlivet. Studietiden kan innebära olika typer av stressorer, så som trauma, ångest och depression. Att ha upplevt denna typ av stressorer under det första studieåret kan öka risken för drogbruk (Bin Cho et al., 2015).

Detta är bara exempel på faktorer som kan påverka studenters drogbruk. Fokus i befintlig litteratur ligger på att undersöka skydds- respektive riskfaktorer för droganvändning. Detta i syfte att kunna predicera vilka studenter som löper störst risk att påbörja, alternativt förvärva, ett befintligt drogbruk. Några exempel på faktorer som undersökts är: religiös tro (Cole et al., 2020; Taremian et al., 2018), grad av föräldrars engagemang (Bin Cho et al., 2015; Hartung et al.; 2013), personlighetsdrag (Bin Cho et al., 2015; Hartung et al., 2013; Taremian et al., 2018), ångest och depression (Bin Cho et al., 2015; Taremian et al., 2018), egen attityd mot universitetet (Taremian et al., 2018), erfarenhet av sexuellt trauma (Blaynley et al., 2019), familjens attityd mot alkohol och droger (Taremian et al., 2018), förekomst av ADHD-symtom, så som koncentrationssvårigheter (Hartung et al., 2013), tillgång till illegala droger (Taremian et al., 2018) samt droganvändning bland studentens vänner och familj (Taremian et al., 2018). I flera studier omnämns personlighetsdraget spänningssökande (*eng.* sensation seeking) som en riskfaktor för användning av illegala droger (Bin Cho et al., 2015; Hartung et al., 2013; Munsey, 2006; Taremian et al., 2018), Religiös tro kan däremot fungera som en skyddsfaktor - men bara om tron åtföljs av religiösa beteenden (Cole et al., 2020; Taremian et al., 2018).

Beroende på kulturell kontext varierar vilka substanser som undersöks. I en enkätstudie med 7330 studenter från 30 iranska universitet undersöktes användning av hookah, men inte cannabis (Taremian et al., 2018). Detta kan jämföras med en studie från USA där Bin Cho et al. (2015) lät 2056 förstaårsstudenter besvara frågor om sitt drogbruk på höst - respektive vårterminen, i syfte att undersöka hur universitetet påverkade studenternas drogvanor. Studenterna delades in tre grupper:

”low substance users”, ATC som står för alkohol, tobak och cannabis samt ATCO som förutom de substanser som nämns i ATC även innefattade andra droger så som sedativa, stimulantia, kokain och opioider. De som ingick i ”low substance users”-gruppen hade generellt en lägre grad av substansbruk än de andra grupperna. De studenter som hade använt cannabis fem eller färre gånger ingick i denna grupp. Forskarna fann att endast 7% av studenterna gick från gruppen ”low substance users” till ATC. Resultaten är dock svåra att överföra till en svensk kontext, där cannabis juridiskt sätt jämföras med exempelvis opiater.

Sammanfattningsvis finns studier som undersöker inte bara risk- och skyddsfaktorer, utan även hur övergången till studentlivet påverkar studenters drogvanor. På grund av kulturella skillnader i vad som räknas som droger är resultaten inte direkt överförbara till en svensk kontext. Svenska studier som genomförts under de senaste tio åren saknas. Medan befintlig litteratur undersöker interna och externa faktorer som korrelerar med drogbruk bland studenter, finns det enligt vår vetskap, inga studier som undersöker studenters egna upplevelser av varför de påbörjar ett drogbruk i ung vuxen ålder - varken i Sverige eller internationellt.

Syfte

Följande studie gjordes primärt i syfte att undersöka varför studenter börjar med droger i ung vuxen ålder. Fokus låg på studenternas egna upplevelser, i syfte att komplettera den befintliga litteraturen med ett inifrånperspektiv. Det var även av intresse att undersöka om detta var en stor grupp i förhållande till dem som hade etablerat ett missbruk redan under barn-/tonårstiden. Därtill undersöktes studenters upplevelse av möjligheten till att söka vård - se Morgen et al. (2015) för exempel på en liknande frågeställning.

Frågeställningar

I studien behandlas följande frågeställningar: a) *Vilka anledningar finns till att studenter drogdebuterar i ung vuxen ålder?*, b) *Hur stor är denna grupp i förhållande till dem med en tidigare drogdebut?* samt c) *Vet studenter var de ska söka hjälp?* Om ja: d) *Tycker de att det existerande vårdutbudet möter deras behov?*

Metod

Studien hade en explorativ och kvantitativ ansats med avsikt att ge en bild av hur studenter förhåller sig till narkotika. Med avstamp i ovanstående frågeställningar ville vi få en uppfattning om hur studenter själva ser på sitt eventuella drogbruk - med särskild fokus på drogdebut och vårdbehov. I syfte att åstadkomma ovanstående rekryterade vi studenter vid Lunds universitets samtliga fakulteter.

Data samlades in genom att studenterna besvarade en webbenkät. Innan de kunde börja besvara enkäten fick de intyga att de förstått villkoren för deltagande i studien. Först då kunde de gå vidare till enkätfrågorna. Villkoren presenterades i en inledande informationstext (se bilaga C). Där fick studenterna information om att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst, att data inte kommer att kunna kopplas till enskilda individer samt om bakgrund till studien.

Deltagare

Beskrivning av stickprov

159 studenter fyllde i ett elektroniskt frågeformulär, varav 150 uppfyllde urvalskriterierna. Av dessa var 60% procent kvinnor. Majoriteten, 53,3% procent, studerade vid samhällsvetenskapliga fakulteten. De flesta deltagarna, 70% procent, var mellan 18 och 25 år.

Urvalskriterier

Vi formulerade flera inklusions- och exklusionskriterier i syfte att ringa in den population som skulle vara mest relevant för vår undersökning. För att vara med i studien skulle deltagarna ha studier som sin huvudsakliga sysselsättning. Detta i syfte att utesluta exempelvis personer som registrerat sig på enstaka kurser i syfte att få CSN, utan att engagera sig i varken studentliv eller studier. Arbetslösa personer utan sysselsättning skiljer sig från studenter i sitt drogbruk, då de löper större risk att hamna i missbruk (Socialdepartementet, 2011). Gällande ålder saknas i nuläget konsensus kring såväl definitionen av en ung vuxen, som av vad som är en tidig respektive sen drogdebut (Poudel & Gautam, 2017; SKL, 2018b). Vi valde att inkludera studenter mellan 18 och 35 år gamla. Att exkludera personer över 35 år som exempelvis läser en andra utbildning var viktigt då de kunde ha provat droger exempelvis under 90-talets våg av ravekultur, vilket skulle bli missvisande i statistiken då det inte skulle säga något om studenters relation till droger idag (CAN, u.å.). Då studien riktade sig till studenter vid Lunds universitet skickades enkäten inte ut till andra lärosäten. Även doktorander uteslöts, då deras studier samtidigt är deras arbete - varigenom de utgör en annan population än studenter som ännu inte tagit examen.

Rekrytering

Rekrytering av deltagare skedde i flera steg, med snöbollsmetoden som grund (Denscombe, 2010). I det första skedet kontaktades samtliga Lunds universitetskårer, med undantag för Lunds doktorandkår. Kontaktuppgifter till kårerna och mer information finns på <https://www.lu.se/studera/livet-som-student/studentliv-engagera-dig/nationer-karer-och-akademiska-foreningen>. Kårerna fick en förfrågan angående huruvida de hade möjlighet att sprida länken till studiens enkätundersökning

till de studenter som de kan nå via sina kanaler. Av nio kontaktade kårer svarade fyra, varav samtliga avböjde.

Då ingen av kårerna gav positivt gensvar valde vi att gå vidare med rekryteringen via andra kanaler. Vi utformade en poster med information om studien samt en QR-länk till webbenkäten, som vi sedan satte upp fysiskt samt publicerade digitalt på Facebook. Kontakter på sociala medier uppmanades att dela inlägget vidare. För att nå ut till så många olika studenter som möjligt använde vi oss av vårt privata kontaktnätverk. Dessa hjälpte oss att nå ut till privata, studierelaterade facebookgrupper, så som LTH-gruppen *Medicin och Teknik*. Även samtliga Lunds studentnationer kontaktades, varav majoriteten var positiva till att delta i vår rekryteringsprocess - dock fick vi gensvar endast efter att vi gått till nationernas expedition fysiskt, alternativt kontaktat dem på telefon.

Design

Undersökningen var en tvärsnittstudie med en explorativ kvantitativ ansats. Vårt syfte var att ge läsaren en första inblick i studenters egna upplevelser av droger, drogdebut och relaterad vård. Tvärsnittsstudier ger en möjlighet att undersöka en viss populations egenskaper vid en given tidpunkt - vilket är precis vad vi ville göra. Detta särskilt med tanke på att befintlig forskning om studenters drogbruk i Sverige är något daterad (CAN, 2020).

Datainsamling

Datainsamlingen skedde via en egenkonstruerad elektronisk enkät som var anpassad till såväl dator som mobiltelefon. Deltagarna kom till enkäten genom att klicka på en länk (se bilaga E för en överblick över det formulär som deltagarna besvarade). All data behandlades anonymt.

Enkätkonstruktion - teoretisk förankring

För att få inspiration och vägledning att utforma relevanta frågor till den aktuella enkäten använde vi fyra redan existerande frågeformulär. CAN genomför årligen en enkätundersökning bland gymnasieelever i årskurs 2 angående drogvanor, ”Skolelevers drogvanor” (CAN, 2020). Med utgångspunkt i det formulär som CAN använde formulerade vi såväl demografiska frågor, som frågor om attityd till och tillgänglighet av narkotika. Vidare behövde vi komplettera med ett studentperspektiv. Statens folkhälsoinstitut publicerade 2010 en rapport om narkotikabruket bland studenter, där frågor om attityder och demografiska variabler anpassades till en studentpopulation. Dessa frågor, tillsammans med frågor om livstillfredsställelse, använde vi vid konstruktionen av vår egen enkät. I syfte att mäta drogbruk i nutid samt definiera vad droger är användes DUDIT-formuläret samt den förteckning över droger som är ett komplement till detta. Då vi även

intresserade oss för studenternas vårdupplevelse, använde vi oss av de frågor som återfinns i enkäten ”Tillgänglighet inom hälso- och sjukvården” från Socialstyrelsen (2018). I denna enkät presenteras flertalet aspekter av vad som utgör högkvalitativ vård, vilket inspirerade konstruktionen av vår enkät. De frågor vi valde ut anpassade vi till vår urvalsgrupp.

En svårighet med att blanda frågor från olika enkäter visade sig vara att olika myndigheter sinsemellan använde olika begrepp och indelningar för olika droger. Vi strävade efter att skapa en homogenitet och att använda samma begrepp och avgränsningar genom hela vår enkät. Detta i de fall det var möjligt utan att göra det utan att frågans funktion påverkades. Då vi riktar oss specifikt till studenter samt inte undersöker bruk av varken tobak eller alkohol, behövde vi ändra på flera frågor som använts i tidigare forskning. Detta i syfte att anpassa enkäten efter vårt syfte och målgrupp. Gällande frågor specifikt om studenters egna upplevelser av exempelvis drogdebut eller vård, konstruerade vi frågorna själva - om än med utgångspunkt i den befintliga litteraturen.

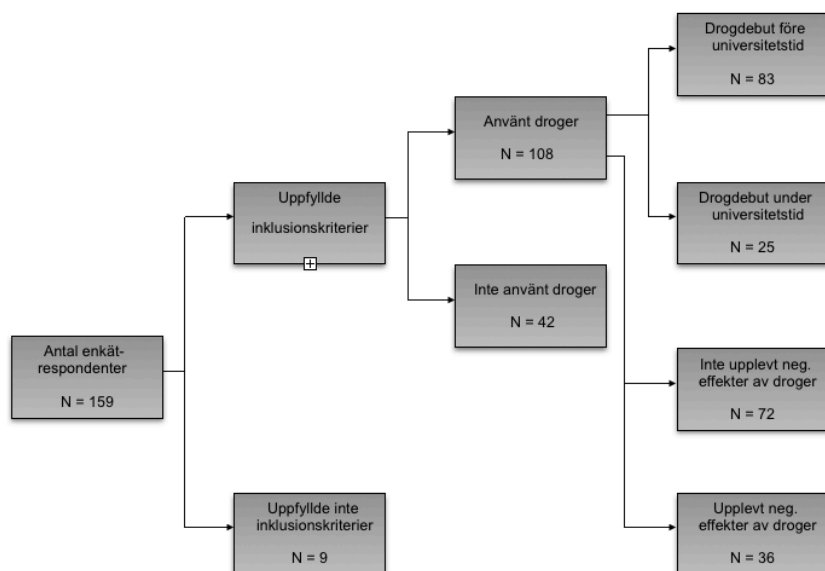
Teknisk konstruktion av enkät

Vi använde enkätprogrammet Sunet Survey för att skapa vår enkät. Detta då vi som studenter inom Lunds universitet har kostnadsfri tillgång till samtliga delar av programmet samt tillgång till support. Under överföringen av enkätfrågorna mellan ordbehandlingsprogrammet och enkätprogrammet behövde vi ta ställning till om respondenten fick välja endast ett svarsalternativ eller flera på de olika frågorna. Vidare behövde vi även ta ställning till om vissa svarsalternativ skulle ges en vidare differentiering än ett ”ja” eller ”nej”. Dessa val gjorde vi utifrån frågornas karaktär. Frågor med mer absoluta svar som till exempel om respondentens ålder, boendeform eller inställning till legalisering av droger blev frågor där man endast kunde välja ett svarsalternativ. Andra frågor såsom vilka anledningar det finns till att man började med droger samt vad man har för åsikter om vård som erbjuds för drogproblem gavs möjlighet att besvara med flera svarsalternativ. Detta för att inte missa några perspektiv eller erfarenheter. I vissa av frågorna som var av en mer explorativ karaktär valde vi att lägga till svarsalternativet ”Om annat, beskriv.”. Respondenten gavs då möjlighet att kortfattat beskriva sin erfarenhet om den inte fångades upp i de befintliga svarsalternativen.

I programmet kunde vi lägga filter och därmed dölja vissa frågor för vissa respondenter eftersom en fråga kunde bli irrelevant beroende på svaret på föregående fråga. Detta var en viktig funktion för att inte enkäten skulle upplevas som rörig för respondenten eller leda till felkällor om fel person svarade på fel fråga. Se figur 3 för flödeschema över deltagarna i enkäten.

Figur 3

Flödesschema över deltagarna i enkäten. Av de 159 personer som svarade på enkäten stämde 150 in på inklusionskriterierna



Pilotstudie

Genom privata kontakter rekryterade vi 7 pilotrespondenter som demografiskt mestadels motsvarar den population som vi vänder oss till i studien, det vill säga unga vuxna studenter med någon erfarenhet av droger.

Utifrån diskussion med varandra om pilotrespondenternas synpunkter ändrade vi på vissa delar av enkätdesignen. Exempelvis lade vi till alternativ som de tyckte fattades, såsom att söka vård inte är ett alternativ vid drogproblem. Respondenterna inspirerade oss även till att göra språkliga och formmässiga förbättringar. Se bilaga A för förteckning över respondenternas synpunkter.

Dataanalys

Insamlad data sammanställdes och bearbetades i SPSS. I syfte att besvara frågeställningarna a) *Vilka anledningar finns till att studenter drogdebuterar i ung vuxen ålder?*, b) *Hur stor är denna grupp i förhållande till dem med en tidigare drogdebut?* samt c) *Vet studenterna vart de ska söka hjälp?* Om ja: d) *Tycker att det existerande vårdutbudet möter deras behov?* användes deskriptiv statistik. Deskriptiv statistik gör det möjligt att beräkna såväl relativ frekvens som procentsatser för olika variabler (Borg & Westerlund, 2012).

I syfte att komplettera resultatet användes inferentiell statistik. På så sätt kunde vi undersöka huruvida det fanns några statistiskt säkerställda skillnader mellan olika betingelser i stickprovet. Det begränsade deltagarantalet motiverar användningen av icke-parametriska test (Borg & Westerlund, 2012). Vi var särskilt intresserade av hur drogdebut (före respektive under universitetet) samt förekomst av negativa erfarenheter som en konsekvens av drogbruk (ja respektive nej) förhåller sig till följande variabler: deltagarnas kön, livstillfredsställelse, attityd till legalisering av någon drog samt nuvarande drogbruk.

För att undersöka huruvida det finns könsskillnader samt skillnader i attityd gentemot legalisering mellan de som drogdebuterat före respektive under universitetsstudierna använde vi ett chi-två-test. Detta då samtliga variabler var på nominalskalenivå. Samma typ av test genomfördes för att undersöka om det finns ett samband mellan skillnader i kön respektive attityd hos dem med negativa erfarenheter av drogbruk, jämfört med dem som saknar sådan erfarenhet.

Till skillnad från variablerna kön och attityd till droger, ligger variablerna livstillfredsställelse och nuvarande drogbruk på en ordinalskalenivå. Därmed användes Mann-Whitney U-test för att se om livstillfredsställelse och nuvarande drogbruk påverkas av tiden för drogdebut och förekomsten av negativa effekter av droganvändning (Borg & Westerlund, 2012).

Etik - hantering av data

Den data som samlades in om deltagarna kunde inte leda till en identifiering av någon enskild person. Eftersom vi inte skickade ut enkäten via mail hade vi ingen förteckning av mailadresser till våra respondenter och ett unikt svar gick därför inte att spåra tillbaka till en specifik person. Deltagarna informerades om detta samt andra villkor för studien innan de kunde gå vidare till själva enkäten. Se bilaga C för att se den information som deltagarna fick. Genom att låta pilotrespondenterna besvara en preliminär version av enkäten innan den slutgiltiga versionen skickades ut säkerställde vi att språkbruket i enkäten var seriöst och respektfullt. Slutligen var vi medvetna om att drogbruk för många kan vara en känslig fråga - därför hänvisade vi i slutet av enkäten till platser där man kan få vård. Dessutom bifogade vi våra och vår handledares mailadresser, i syfte att ge deltagarna en möjlighet att få svar på de frågor som kan dyka upp i samband med en sån här undersökning.

Resultat

Deskriptiv statistik

Sociodemografiska faktorer

I tabell 2 redovisas deltagarnas fördelning avseende kön, ålder och utbildningsområde. Av tabellen framgår att en majoritet, eller 60% av deltagarna var kvinnor och att 70% var i åldern 18 -

25 år medan övriga var 26 - 35 år. En majoritet av deltagarna, eller 53,3%, tillhörde samhällsvetenskapliga fakulteten. Näst störst antal deltagare kom från LTH med 18,7% och därefter kom minst en deltagare från övriga fakulteter.

Tabell 2

Stickprovets fördelning i frekvens och procent avseende kön, ålder och utbildningsområde

| <i>Variabel</i> | Frekvens | Procent |
|------------------------------------|-----------------|----------------|
| Kön n-tal 150 | | |
| Kvinna | 90 | 60,0 % |
| Man | 56 | 37,3 % |
| Annan | 4 | 2,7 % |
| Totalt | 150 | 100 % |
| Ålder n-tal 150 | | |
| 18-25 år | 105 | 70 % |
| 26-35 år | 45 | 30 % |
| Totalt | 150 | 100 % |
| Utbildningsområde n-tal 150 | | |
| Ekonomihögskolan | 7 | 4,7 % |
| Humanistiska och Teologiska fak. | 17 | 11,3 % |
| Juridiska fak. | 1 | 0,7 % |
| Konstnärliga fak. | 4 | 2,7 % |
| LTH | 28 | 18,7 % |
| Medicinska fak. | 10 | 6,7 % |
| Naturvetenskapliga fak. | 3 | 2,0 % |
| Samhällsvetenskapliga fak. | 80 | 53,3 % |
| Totalt | 150 | 100 % |

I tabell 3 redovisas deltagarnas fördelning avseende erfarenhet av utlandsstudier, boendeform och hushållstyp. En majoritet av deltagarna, eller 70,7% hade inte studerat utomlands. Den vanligaste boendeformen var hyresrätt där 42,7% bodde och därefter kom boende i korridorsrum eller kollektiv med 28 %. Vad gäller hushållstyp bodde 41,3% ensamma och 26,0% bodde minst med någon annan vuxen såsom maka/make/sambo/partner.

Tabell 3

Stickprovets fördelning i frekvens och procent avseende förekomst av utlandsstudier, boendeform och hushållstyp

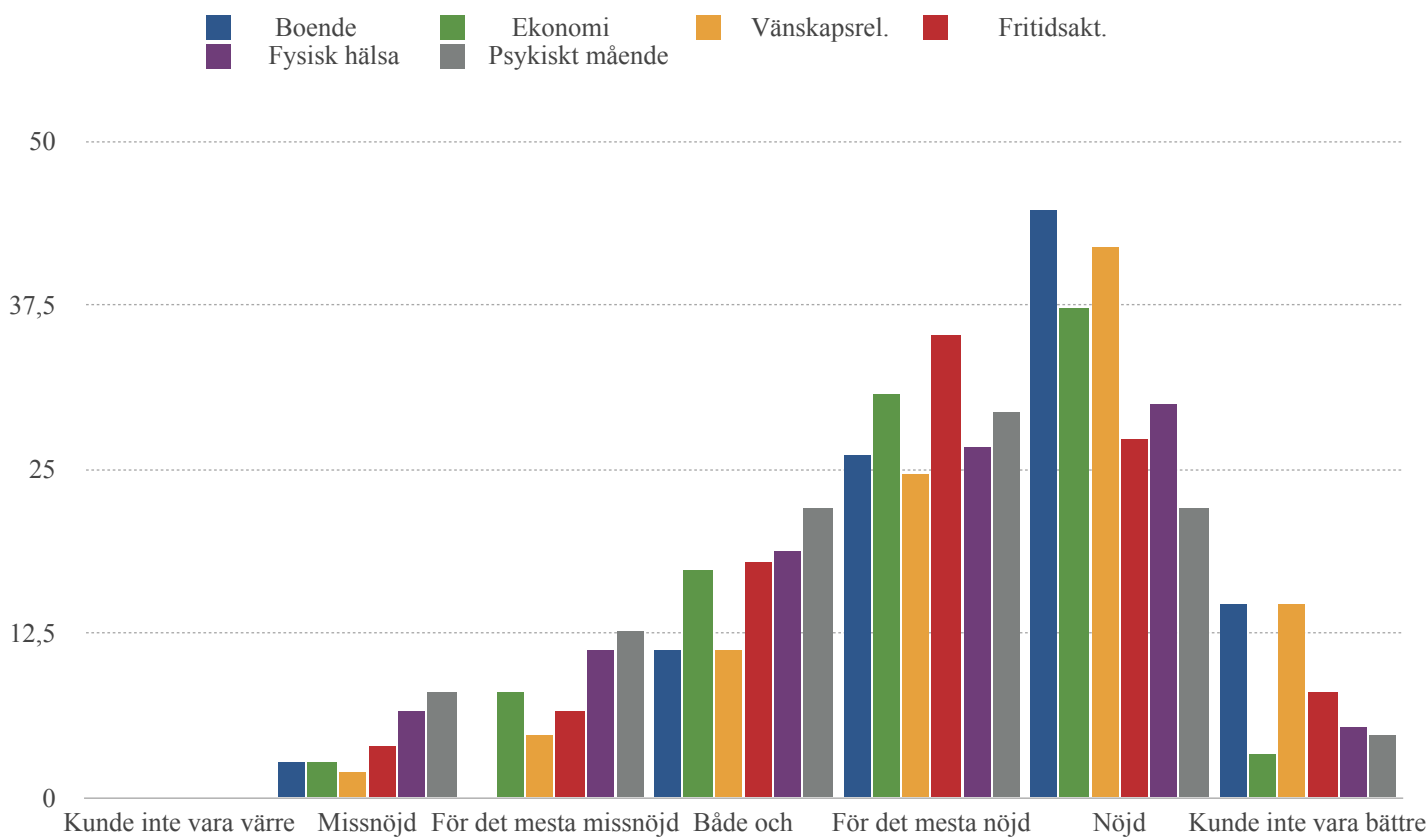
| Variabel | Frekvens | Procent |
|---------------------------------|------------|----------------|
| Utlandsstudier n-tal 150 | | |
| Ja | 43 | 28,7 % |
| Nej | 106 | 70,7 % |
| Totalt | 150 | 100 % |
| Boendeform n-tal 150 | | |
| Hyresrätt | 64 | 42,7 % |
| Bostadsrätt/andelsrätt | 29 | 19,3 % |
| Egen villa/radhus | 2 | 1,3 % |
| Inneboende hos familjen | 10 | 6,7 % |
| Korridorrum/kollektiv | 42 | 28,0 % |
| Annat | 3 | 2,0 % |
| Totalt | 150 | 100 % |
| Hushållstyp n-tal 150 | | |
| Ingen | 62 | 41,3 % |
| Föräldrar/Syskon | 12 | 8,0 % |
| Make/maka/sambo/partner | 39 | 26,0 % |
| Andra vuxna | 35 | 23,3 % |
| Barn | 3 | 2,0 % |
| Husdjur | 17 | 11,3 % |
| Totalt | 168 | 111,9 % |

Tillfredsställelse

I figur 4 åskådliggörs stickprovets livstillfredsställelse inom områdena boende, ekonomi, vänskapsrelationer, fritidsaktiviteter, fysisk hälsa och psykiskt mående. Deltagarna hade fått gradera sin livstillfredsställelse på en sju-gradig skala med alternativen ”kunde inte vara värre”, ”missnöjd”, ”för det mesta missnöjd”, ”både och”, ”för det mesta nöjd”, ”nöjd” och ”kunde inte vara bättre”. Ingen av samtliga 150 deltagare hade svarat med den lägsta graderingen på skalan. Majoriteten på av deltagarna hade på områdena boende, ekonomi, vänskapsrelationer, och fysisk hälsa svarat alternativet ”nöjd” fördelat på 44,7%, 37,3%, 42,0% och 30%. På områdena fritidsaktiviteter och psykiskt mående hade majoriteten svarat alternativet ”för det mesta nöjd” fördelat på 35,3% och 29,3%. Endast en deltagare hade valt att inte besvara frågorna över huvud taget.

Figur 4

Diagram över stickprovets livstillfredsställelse inom sex olika områden



Attityd och tillgänglighet

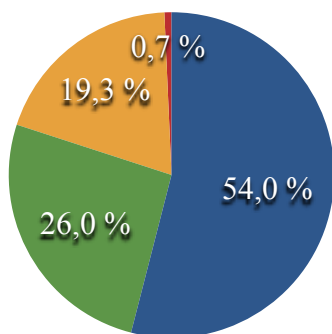
I figur 5 och 6 redovisas deltagarnas fördelning avseende attityd till legalisering och i figur 7 och 8 redovisas svar på de frågor som rör tillgänglighet. Samtliga nämnda figurer avser ett stickprov på 150 deltagare. En majoritet av deltagarna eller 54% tyckte att någon drog skulle legaliseras medan en betydligt större andel på 83% svarade nej på om alla droger skulle legaliseras. I tabell 4 redovisas deltagarnas svar på tre olika attitydfrågor om inställning till alkohol, droger och behandlingsinsatser. En majoritet av deltagarna eller 70% instämde helt i att det behövs mer vård- och behandlingsinsatser för missbrukare i Sverige.

I figur 7 framgår att majoriteten eller 58,7% av deltagarna hade blivit erbjudna att prova eller köpa droger under de senaste 12 månaderna. I figur 8 redovisas i ett diagram hur många av deltagarna i stickprovet som kunde få tag på olika droger inom 24 h. En majoritet av deltagarna eller 70,4% kunde få tag på cannabis. 36,1% kunde få tag på hallucinogener och medan 32,4% hade tillgång till centralstimulerande.

Figur 5

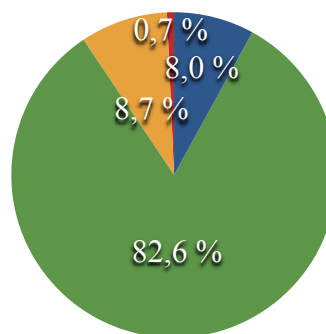
Andel av stickprovet som anser att någon drog ska legaliseras

● Ja ● Nej
● Vet inte ● Inte svarat på frågan

**Figur 6**

Andel av stickprovet som anser att alla droger ska legaliseras

● Ja ● Nej
● Vet inte ● Inte svarat på frågan

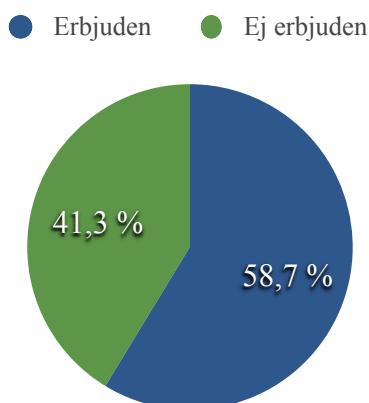
**Tabell 4**

Stickprovets fördelning i frekvens och procent avseende attityd

| Attityd n-tal 150 | Alkohol är ett större problem än droger i Sverige | Om en tonåring provar droger är det ett tecken på andra mycket större problem | Det behövs mer vård och behandlingsinsatser för missbrukare i Sverige |
|--------------------|---|---|---|
| Tar helt avstånd | 6,7 % | 8,0 % | 0,7 % |
| Tar delvis avstånd | 16,7 % | 38,7 % | 1,3 % |
| Osäker | 21,3 % | 10,7 % | 10,7 % |
| Instämmer delvis | 43,3 % | 33,3 % | 17,3 % |
| Instämmer helt | 12,0 % | 9,3 % | 70,0 % |
| Totalt | 100 % | 100 % | 100 % |

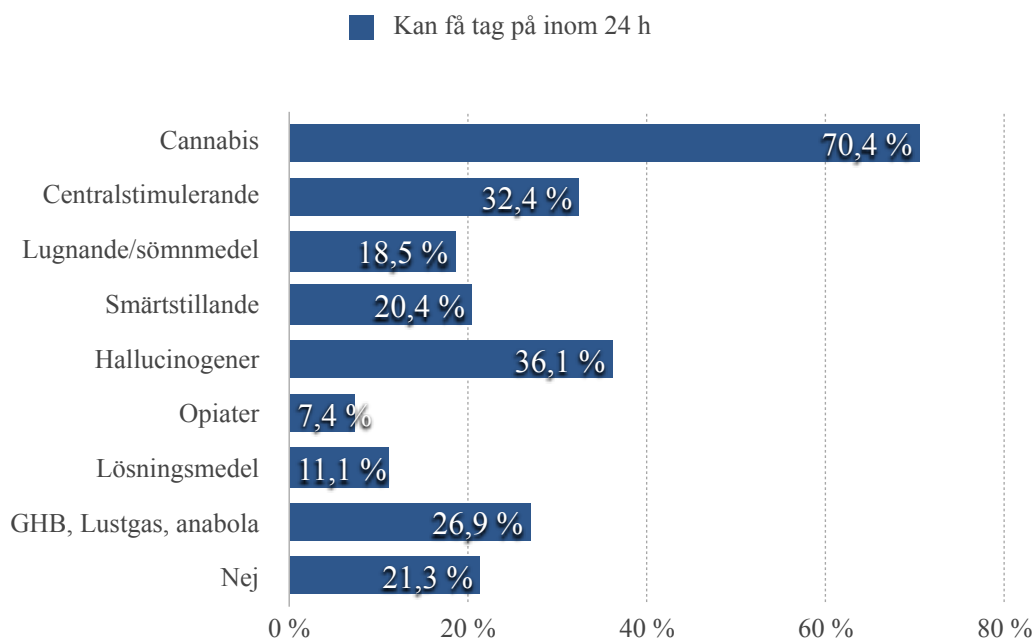
Figur 7

Andel av stickprovet som blivit erbjudna att köpa droger senaste 12 månaderna



Figur 8

Andel av stickprovet som kan få tag på olika droger inom 24 h. Möjlighet fanns att välja fler än ett alternativ

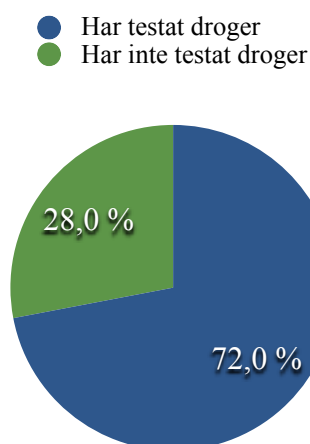


Erfarenhet av droger

I figur 9 redovisas hur många av deltagarna i det totala stickprovet på 150 personer som har testat droger någon gång. Sammantaget 72,0% testat droger någon gång. Av de 108 personer som testat hade majoriteten eller 76,9% testat före universitetstiden och 23,1% under universitetstiden vilket redovisas i figur 10. I figur 11 återges vilka typer av droger stickprovet hade provat. Då ingen uppgav anabola steroider återfinns de inte i figuren. Deltagarna kunde på denna fråga fylla i fler än ett alternativ.

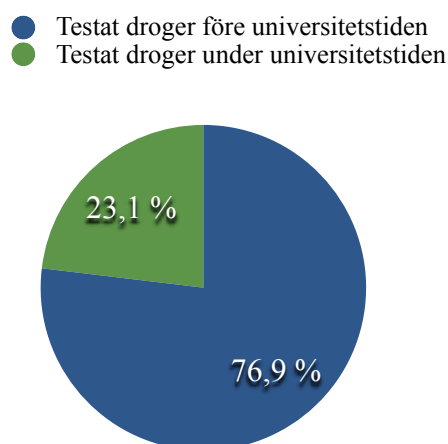
Figur 9

Andelen som testat droger



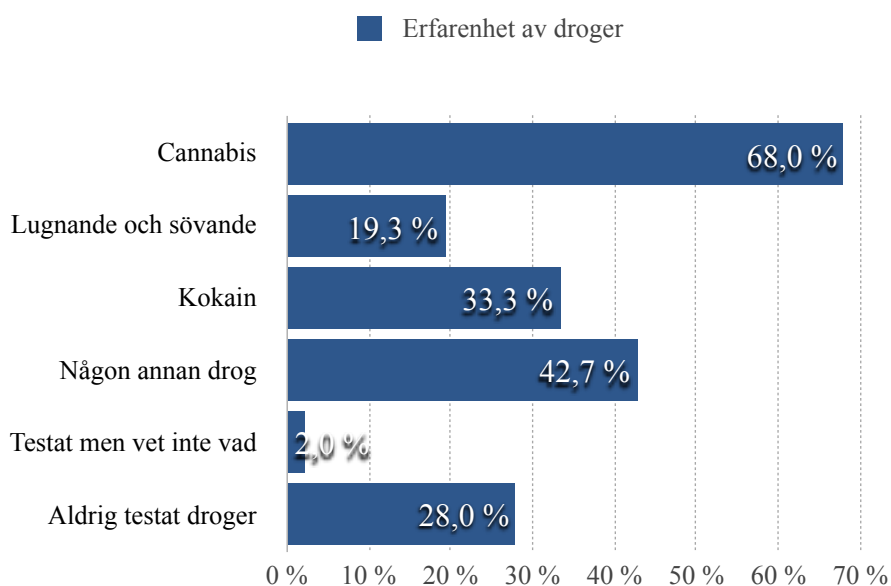
Figur 10

Andelen som testat droger före respektive under universitetstiden



Figur 11

Diagram över vilka droger som deltagarna testat redovisat i procent. Möjlighet fanns att välja fler än ett alternativ. Ingen, 0%, hade provat anabola steroider



I tabell 5 och figur 12 återges fördelning i stickprovet av vilka anledningar som deltagarna uppgivit till att drogdebutera. Här har endast de 25 deltagare som testat droger först under universitetstiden redovisats. Deltagarna kunde uppges fler än en anledning till varför man drogdebuterat. Nästan samtliga deltagare, eller 92%, hade uppgett att de drogdebuterat i rekreativt syfte. Det fanns även en möjlighet att välja alternativet ”annat, beskriv kortfattat” vilket ingen i denna grupp valde att göra. I tabell 5 redovisas även fördelning i frekvens och procent på

stickprovets nuvarande användning av droger. Den största gruppen som är på 45,4% var de som inte i nuläget använde droger regelbundet men som använt ett par gånger tidigare i livet. Den näst största gruppen på 24,1% använde droger regelbundet med frekvensen 1 gång per månad eller mer sällan. 3,7% av stickprovet på totalt 108 personer som testat droger använde droger 4 ggr/vecka eller mer.

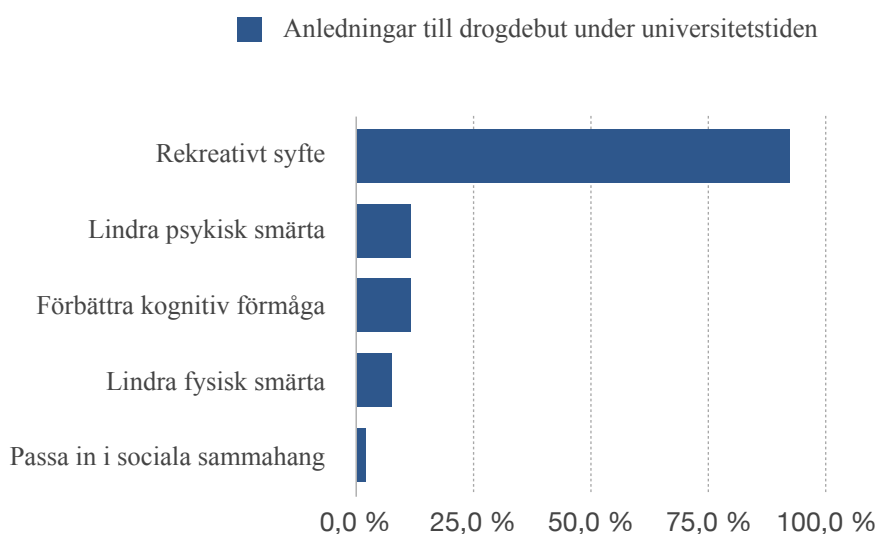
Tabell 5

Stickprovets fördelning i frekvens och procent avseende anledningar till att testa droger hos de personer som testade droger först under universitetstiden samt fördelning i frekvens och procent gällande nuvarande droganvändning hos samtliga som uppgett att de testat droger

| Erfarenheter av droger | Frekvens | Procent |
|---|------------|--------------|
| Hur kommer det sig att du valde att testa droger? Sen debut <i>n-tal</i> | | |
| 25 | | |
| Rekreativt syfte | 23 | 92,0 % |
| Lindra psykisk smärta | 3 | 12,0 % |
| Förbättra kognitiv förmåga | 3 | 12,0 % |
| Lindra fysisk smärta | 2 | 8,0 % |
| Passa in i sociala sammanhang | 5 | 2,0 % |
| Förbättra fysiska prestationer | 0 | 0 % |
| Annat | 0 | 0 % |
| Totalt | 36 | 126 % |
| Hur ofta använder du droger? | | |
| <i>n-tal 108</i> | | |
| Aldrig nu, ett par ggr tidigare i livet | 49 | 45,4 % |
| Aldrig nu, tidigare regelbundet 2-3 ggr/vecka | 12 | 11,1 % |
| 1 gång/mån eller mer sällan | 26 | 24,1 % |
| 2-4 ggr/mån | 12 | 11,1 % |
| 2-3 ggr/vecka | 5 | 4,6 % |
| 4 ggr/vecka eller mer | 4 | 3,7 % |
| Totalt | 108 | 100 % |

Figur 12

Diagram över fördelning i procent på de olika anledningar som uppgetts till att testa droger under universitetstiden. Möjlighet fanns att välja fler än ett alternativ



Erfarenheter av vård

I tabell 6 redovisas i frekvens och procent hur många av de deltagare som testat droger som har fått negativa konsekvenser någon gång av sin droganvändning. Det framgår att 33,3% hade fått negativa konsekvenser medan majoriteten på 66,7% inte hade fått det. Tabellen redovisar även hur många av de 36 deltagare som upplevt negativa konsekvenser av droganvändning även velat söka vård för det. Det är totalt 7 deltagare eller 19,9% av de 36 deltagare som hade upplevt negativa konsekvenser. Av de totalt 108 deltagare i stickprovet som testat droger blir detta 6,5%.

I tabell 7 redovisas i frekvens och procent svaret på frågan om man vetat vart hjälp finns för drogrelaterade svårigheter och även sökt hjälp där. En deltagare som hade upplevt negativa konsekvenser av droganvändning valde att inte svara på frågan. Två av deltagarna uppgav att de inte hade vetat vart de skulle söka hjälp för dessa svårigheter, medan fyra deltagare vetat det. Detta stickprov är för litet för att göra statistiska analyser. Om man svarade ja på frågan fanns möjlighet att beskriva kortfattat var man skulle söka hjälp vilket alla fyra deltagare som svarade ja valde att göra. Tre av deltagarna valde att fylla i var de sökt hjälp vilket var på vuxenpsykiatrin, Öppenvårdshuset Gustav i Malmö samt en stödkontakt/samtalsterapeut via kommunen. En deltagare kommenterade att frågan var dubbel då den vet vart den ska söka men inte har gjort det. Den personen uppgav ”unga vuxna”.

Tabell 6

Stickprovets fördelning i frekvens och procent avseende hur många som någon gång fått negativa effekter av droganvändning samt hur många av dem som velat söka hjälp för det

| Erfarenheter av vård | Frekvens | Procent |
|--|------------|--------------|
| Någon gång fått negativa effekter av droganvändning n-tal 108 | | |
| Ja | 36 | 33,3 % |
| Nej | 72 | 66,7 % |
| Totalt | 108 | 100 % |
| Har fått så allvarliga negativa effekter av droganvändning så hen velat söka hjälp n-tal 36 | | |
| Ja | 7 | 19,9 % |
| Nej | 29 | 80,1 % |
| Totalt | 36 | 100 % |

Tabell 7

Stickprovets fördelning i frekvens och procent avseende erfarenheter av vård för de deltagare som upplevt drogrelaterade svårigheter

| Erfarenheter av vård | Frekvens | Procent |
|---|----------|--------------|
| Har vetat var hjälp finns och sökt där n-tal 6 | | |
| Ja | 4 | 66,7 % |
| Nej | 2 | 33,3 % |
| Totalt | 6 | 100 % |
| Nöjd med hjälp som erbjudits n-tal 3 | | |
| Ja | 2 | 66,7 % |
| Nej | 0 | 0 % |
| Delvis | 1 | 33,3 % |
| Totalt | 3 | 100 % |
| Anledningar till missnöje med den vård som erbjudits n-tal 1 | | |
| Brist på kontinuitet och koordinering | 1 | 100 % |
| Brist på information och kunskap | 1 | 100 % |
| Totalt | 2 | 200 % |

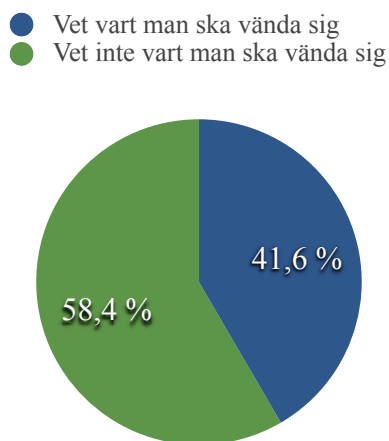
I tabell 7 redovisas även svaret på frågan om man var nöjd med den hjälp man fått när man sökt vård för drogrelaterade svårigheter vilket två deltagare svarade ja på och en deltagare valde svarsalternativet ”delvis nöjd”. Av de fyra som uppgett att de sökt hjälp valde en deltagare att inte svara. Även här var stickprovet för litet för att kunna göra statistiska analyser. Personen som uppgett att hen var delvis missnöjd angav två anledningar till detta: brist på kontinuitet och koordinering samt brist på information och kunskap.

Önskemål om framtida vård

I figur 12 redovisas fördelningen i procent av hur många deltagare som vet respektive inte vet vart de skulle vända sig i framtiden om de någon gång fick negativa konsekvenser av att använda droger. En majoritet eller 58,4% av de 101 deltagare som valde att svara på frågan visste inte var de skulle vända sig. Övriga 41,6% eller 42 deltagare visste vart de skulle vända sig och 41 av dessa tog möjligheten att skriva något i rutan ”Om ja, beskriv kortfattat”. Vissa deltagare skrev endast ett svar medan andra skrev fler. Några deltagare svarade flera alternativ beroende på typen av negativa konsekvenser, som t ex kommentaren ”Beror på. Jätteakut = psykiatrin. Mindre akut = sjukrådgivning kanske? Inte alls akut = ring kompis”.

Figur 12

Stickprovets fördelning i procent avseende om man vet vart man ska vända sig i framtiden om man någon gång får negativa konsekvenser av att använda droger

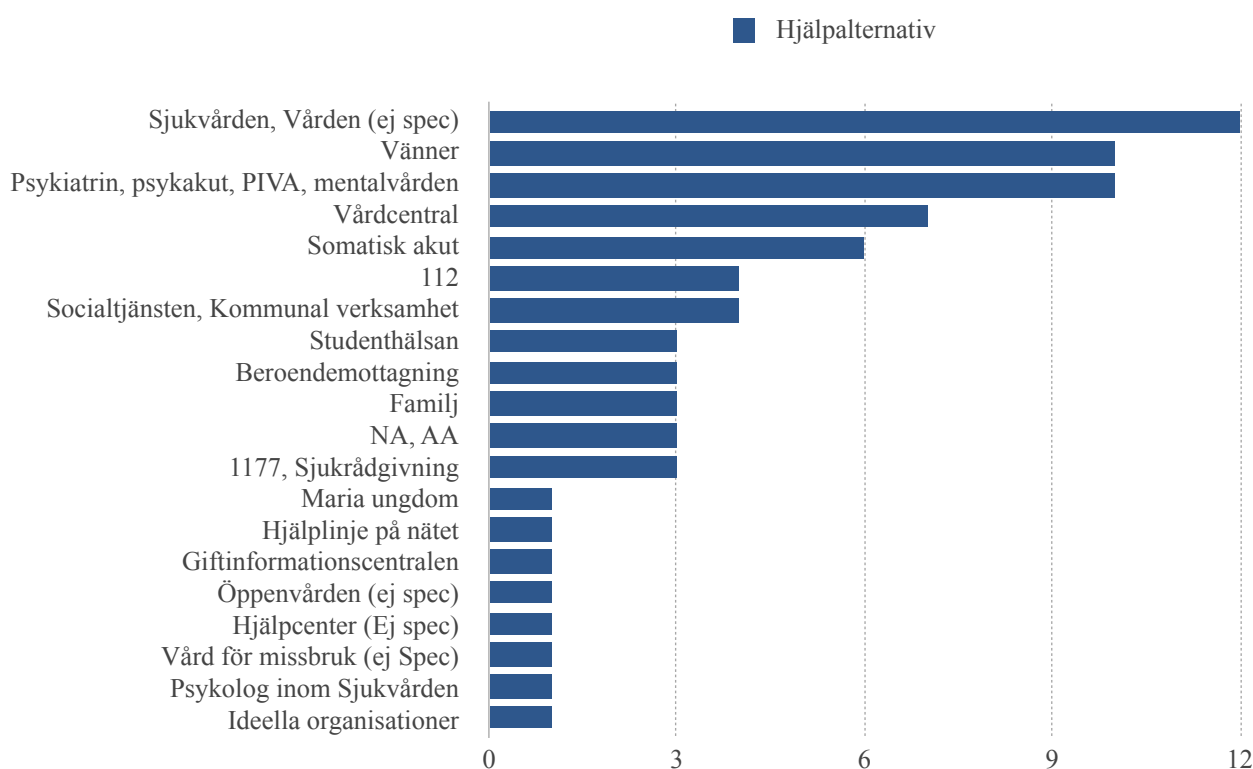


Några svar präglades av en viss osäkerhet såsom ”*Studenthälsan, antar jag?*” och ”*Jag antar 112?*”. 1/3 av deltagarna var allmänna och vaga i sina svar då de svarade exempelvis ”Sjukvård,” ”Vården” och ”Öppenvård” - vilket också var det vanligaste svarsalternativet. 10 personer uppgett vännar respektive psykiatrisk vård i sina svar. I diagrammet i figur 13 åskådliggörs samtliga svar i frekvens. En deltagare kan ha uppgett flera svar och är därför upptagen i flera av staplarna. I tabell 8 redovisas fördelningen i frekvens och procent över de 42 personer som svarat

att de vet vart de ska vända sig i framtiden om de skulle få negativa konsekvenser av droganvändning. De har fått följdfrågan ”Skulle du vända dig dit?” och av tabellen framgår att 73,1% av deltagarna skulle vända sig till den instans eller privata kontakt de uppgett medan övriga inte skulle göra det. Det framgår av tabellen att 9,5% svarade att de inte skulle vända sig dit pga missnöje med bemötande.

Figur 13

Stickprovets fördelning i frekvens avseende vart man i framtiden skulle vända sig om man fick negativa konsekvenser av droganvändning



Deltagarna har kunnat svara fler alternativ än ett på denna fråga. I tabell 8 redovisas även fördelning över vad som är viktigast om deltagarna i framtiden skulle söka vård för negativa konsekvenser av droganvändning. Även här kunde fler än ett alternativ väljas. Sammanlagt 100 deltagare hade besvarat frågan och majoriteten eller 52% uppgav ”Respekt och bemötande” som den viktigaste faktorn. Näst efter det kom ”Tillgänglighet” och ”Kontinuitet och koordinering” där båda alternativen angavs av 30% vardera. Endast 3% hade valt att ange ”Helhetsintrycket” som en viktig faktor vilket placerade den som den minst viktigaste faktorn med vård i framtiden.

Tabell 8

Stickprovets fördelning i frekvens och procent avseende om deltagarna skulle vilja vända sig till den vård de uppgett ha kännedom om samt vad som är viktigaste faktorerna med vård om de skulle uppleva negativa konsekvenser av droganvändning i framtiden

| Framtida önskemål med vård | Frekvens | Procent |
|--|-----------------|----------------|
| Skulle hen vända sig dit? n-tal 42 | | |
| Ja | 31 | 73,1 % |
| Nej, pga missnöje med tillgänglighet | 3 | 7,1 % |
| Nej, pga missnöje med kontinuitet och koordinering | 4 | 9,5 % |
| Nej, pga missnöje med information och kunskap | 0 | 0 % |
| Nej, pga missnöje med respekt och bemötande | 8 | 19,0 % |
| Nej, pga missnöje med delaktighet och involvering | 3 | 7,1 % |
| Nej, pga missnöje med emotionellt stöd | 2 | 4,8 % |
| Nej, pga missnöje med helhetsintrycket | 0 | 0 % |
| Totalt | 51 | 120,6 % |
| Viktigast med vård för att i framtiden vilja söka om neg konsekvenser skulle uppstå n-tal 100 | | |
| Tillgänglighet | 30 | 30,0 % |
| Kontinuitet och koordinering | 30 | 30,0 % |
| Information och kunskap | 21 | 21,0 % |
| Respekt och bemötande | 52 | 52,0 % |
| Delaktighet och involvering | 22 | 22,0 % |
| Emotionellt stöd | 15 | 15,0 % |
| Helhetsintrycket | 3 | 3,0 % |
| Söka vård är inget alternativ | 10 | 10,0 % |
| Totalt | 183 | 183 % |

På frågan om vad som var viktigast i framtiden om man skulle söka vård för negativa konsekvenser av att ha använt droger fanns alternativet: ”Att söka vård är inget alternativ för mig, beskriv kortfattat varför”. Tio deltagare hade valt att skriva något i denna ruta. En övervägande majoritet handlade om en rädsla för att bli dömd, antingen moraliskt eller lagligt för att ha använt droger. Exempelvis kommentarerna ”Har haft vänner som har åkt dit, och andra som fått anmärkningar från att ha sökt hjälp på sjukhus. Ligger hellre hemma och mår illa än att söka hjälp

där man blir illa sedd på och inte får kommentarer i sin journal kring droganvändning” och ”Ni har helt missat avkriminalisering i denna enkät! Särskilt viktigt på denna fråga, då många ej vågar söka vård pga trubbel med lagen” belyste detta. En deltagare anförde som anledning att inte söka vård för att endast missbruket behandlades och inte anledningarna till det, som en bakomliggande psykisk ohälsa.

Inferentiell statistik

För att undersöka om det fanns någon könsskillnad eller attitydskillnad i förhållande till legalisering av någon drog mellan de studenter som drogdebuterat före universitetstiden respektive under universitetstiden genomfördes ett chi-två-test för oberoende stickprov. Ingen signifikant skillnad hittades. Samma test användes för att undersöka könsskillnader och attitydskillnad i förhållande till legalisering av någon drog mellan de studenter som haft negativa effekter av sin droganvändning och de som inte haft det, inte heller här var något resultat signifikant.

För att kunna undersöka om det fanns någon skillnad mellan livstillfredsställelse och nuvarande drogbruk mellan nyss nämnda studenter användes Mann Whitney U test för oberoende stickprov. Samtliga frågor om tillfredsställelse slogs ihop till en enda skala. Endast en signifikant skillnad hittades och det var i nuvarande drogbruk ($U=978,5$, $N_1=36$, $N_2=72$, $p=.028$ two-tailed) mellan de studenter som haft negativa effekter av droger och de som inte uppgett några negativa effekter. De studenter som upplevt negativa effekter av sitt drogbruk (N_1) skiljde sig genom att de hade ett högre nuvarande drogbruk än de studenter som inte upplevt negativa effekter av sin droganvändning (N_2).

Diskussion

Resultatdiskussion

Prevalens: drogbruk bland studenter

En majoritet av studenterna, 72%, hade erfarenhet av droger. Detta kan jämföras med data från Statens folkhälsoinstituts undersökning från 2008, där de fann att motsvarande siffra för studenter var något över 30% (Statens folkhälsoinstitut, 2010). Av dessa hade knappt en fjärdedel debuterat under studietiden. Detta är en grupp som hittills, oss veterligen, inte har synliggjorts i tidigare forskning.

Anledningar till drogdebut

Studiens resultat visar en hög tillgänglighet på droger för den undersökta gruppen, t ex kan över 70% av deltagarna få tag på cannabis och runt 30% kan få tag på tre andra drogtyper inom 24 h. När tillgängligheten är hög kan det likställas med att både delmodulerna möjlighet och kapacitet i

COM-B-modellen är aktiverade (West & Mitchie, 2020). Detta ger i sin tur förutsättningar till att ett beteende uppstår, att ta droger, när väl motivation förekommer. Kopplat till detta har även påvisats i resultatet att majoriteten av deltagarna både är positivt inställda till att någon drog ska legaliseras och att de inte har upplevt negativa effekter av droger. Detta kan knytas till PRIME-teorins bedömningar och innebära att utifrån egna erfarenheter och omgivningens attityder skapas en bedömning att droger inte är farliga, vilket sedan påverkar och konkurrerar med tidigare planer man haft om att droger bör undvikas (West, u.å.).

Rekreativt syfte som huvudanledning. En övervägande majoritet av studenterna som drogdebuterade under sin studietid, 92%, uppgav att de provade droger för första gången i rekreativt syfte. Då ingen tidigare studie oss veterligen har undersökt vad studenter själva säger om varför de drogdebuterat, saknas forskning med likvärdig frågeställning att jämföra med. Däremot finns indikationer i den befintliga forskningslitteraturen om att studenter kan använda droger för att lindra psykisk smärta. Detta då stress, trauma och psykiatriska symptom har identifierats som riskfaktorer för att börja använda droger (Bin Cho et al., 2015; Blayney et al., 2019; Hartung et al., 2013). Samtidigt visar tidigare studier även att personlighetsdrag, så som sensation seeking, kan verka som en riskfaktor för drogbruk (Bin Cho et al., 2015; Hartung et al., 2013; Taremian et al., 2018). I föreliggande studie definierades rekreativt syfte som: "(...) nyfikenhet och vilja att experimentera, t.ex. utforska medvetandets gränser/möjligheter etc.". Se bilaga E. I draget "sensation seeking" ingår en vilja att utforska och få nya upplevelser (Munsey, 2006). Det är tänkbart att våra resultat kan förklaras av att de som valde att besvara vår enkät var "sensation seekers". Personer som inte är "sensation seekers" kan ha valt bort att delta i vår studie, då de inte har ett lika stort behov av nya upplevelser.

Våra resultat kan även förklaras med "Rational Addiction Model". Studenterna i vårt sampel uppgav att de generellt trivdes med livet, samtidigt som en majoritet, 66,7%, inte hade upplevt negativa effekter av sitt drogbruk. Utifrån "Rational Addiction Model" är varje människa kapabel att göra sina egna val. En person kan välja att använda droger som ett sätt att få ut det mesta av livet - inte nödvändigtvis för att lindra smärta (West, 2013). Med avstamp i denna teori är det möjligt att studenterna började använda droger i syfte att få ut det mesta möjliga av sin studietid, även om de redan mådde bra i grunden.

Ytterligare en möjlighet är att de studenter som besvarade vår enkät inte ville uppge att det var någon form av smärta som var den primära anledningen till deras drogdebut. Då negativa känslor och psykisk ohälsa är stigmatiserat i samhället kan studenterna ha dragit sig för att välja andra alternativ än att de drogdebuterat i rekreativt syfte (Folkhälsomyndigheten, 2020c).

Studenter vet inte var de kan få hjälp

Utöver studenters syn på sitt eget drogbruk var vi intresserade av deras syn på den befintliga missbruksvården. Generellt visar våra resultat att studenter inte vet var de kan få hjälp - 58,4% av de 101 som besvarade frågan visste inte vart de skulle vända sig. Möjligen kan detta bero på att missbruksvården brister i sin förmåga att nå ut till befolkningen (Socialdepartementet, 2011). De brister i ansvarsfördelning och förebyggande arbete som påpekas av Socialdepartementet år 2011 samt av Socialstyrelsen 2019, bekräftas av våra resultat. Enligt Studenthälsan vid Lunds universitet brister deras behandlare i sin förmåga att upptäcka drogbruk, liksom de primärvårdsenheter som undersöktes som ett led av Missbruksutredningen (Socialdepartementet, 2011; S. Åkerlund, sjuksköterska på Studenthälsan vid Lunds universitet, personlig kommunikation, 26 oktober 2020). Drogbruk upptäcks inte förrän senare i behandlingsprocessen (S. Åkerlund, personlig kommunikation 26 okt 2020). Trots att Studenthälsan enligt Socialdepartementet (2011) har ett övergripande ansvar för studenters hälsa (inklusive när det kommer till droger), svarade endast 3 personer att de vid behov skulle vända sig till Studenthälsan. 10 % av deltagarna såg inte det som ett alternativ över huvud taget att söka hjälp hos vården för drogrelaterade problem. Flera såg bara vård som en utväg vid livshotande tillstånd - på frågan om vart de skulle kunna vända sig om deras drogbruk fick negativa konsekvenser svarade flera studenter ”112” samt olika typer av akutmottagningar. Av de 42 personer som angett att de vet vart de ska söka hjälp vid behov har 12 personer angett ”vården” som ett alternativ. Svaren är vaga och indikerar att även de studenter som angav att de visste vart de skulle söka vård, inte kunde ange mer specifikt vart de skulle vända sig. Därmed, om de skulle hamna i en situation där de behöver söka vård, är det inte säkert att de i praktiken vet var de kan göra det. I förhållande till COM-B-modellen kan man likna detta vid att kapacitet saknas även om motivationen till att söka vård finns (West & Michie, 2020). Vidare angav 10 av 42 personer ”vänner” som ett alternativ. Flera studenter angav vänner som det enda möjliga alternativet. (För förtydligande, se figur 13).

Tidigare studier visar att missbruksvården inte når 80% av personer med missbruksproblem - det är endast de mest utsatta som fångas upp (Socialdepartementet, 2011; Socialstyrelsen 2019). Framför allt unga människor nås inte av vården på grund av att de inte använt droger tillräckligt länge för att uppleva negativa effekter. Många upplever negativa konsekvenser först efter en längre tids drogbruk (SKL, 2018b). Dessutom indikerar tidigare forskning att studenter inte själva uppger missbruksproblem (Folkhälsomyndigheten, 2014).

Då studenterna själva inte ber om hjälp för drogrelaterade problem samtidigt som behandlare inte frågar om den typen av problem föreligger, är det föga förvånande att missbruksvården inte når

ut. Våra resultat tyder på att vården, så som exempelvis Studenthälsan, brister i sin förmåga att kommunicera att hjälp finns att få. Att Studenthälsan inte når ut i ett tidigt skede är problematisk då det enligt Socialdepartementet (2011) är de tidiga, förebyggande insatserna som har mest effekt - det vill säga innan en person har fått så allvarliga drogrelaterade problem att det blir aktuellt att, som flera studenter föreslog, ringa 112. Enligt Socialstyrelsens senaste riktlinjer för vård av missbruk och beroende (2019) bör vården vara tillgänglig vid ett mycket tidigare skede än så. Detta kan bekräftas av studiens signifikanta resultat som visat att de som upplevt negativa effekter av sitt drogbruk använder droger i högre utsträckning än dem som inte upplevt negativa effekter.

Studenters syn på missbruksvården

Majoriteten av de studenter i vår studie som någon gång använt droger, 66,7%, uppgav att de aldrig hade upplevt negativa effekter - varken direkta eller indirekta. Endast 3 personer av totalt 150 studenter hade erfarenhet av missbruksvård. Denna data är i linje med resten av våra resultat, som indikerar att studenterna i det aktuella urvalet mår bra överlag. Endast 7 personer av 36 som besvarade frågan uppgav att de negativa effekter som de upplevt var så allvarliga att de velat söka vård för dem. När de studenter som angav att de visste var de kunde söka hjälp för drogrelaterade svårigheter tillfrågades angående huruvida de skulle vilja vända sig dit, svarade en majoritet, 73,1% (n= 31) ja. Resultaten bör dock tolkas med försiktighet, då flera studenter angav att de skulle vända sig till vänner istället för vården. Därmed kan det inte uteslutas att de studenter som svarat ja på frågan ”Skulle du vända dig dit?” menade att de skulle vilja vända sig till sina vänner - inte sjukvården. Resultaten kan också tolkas som att studenter överlag kan tänka sig att söka hjälp för drogrelaterade problem, men att det inom gruppen studenter i Lund finns skilda uppfattningar om var det är bäst att söka hjälp.

Vikten av bemötande. Av 100 personer som besvarat frågan angav tio personer att det inte var ett alternativ för dem att söka vård. De förklaringar till detta som samtliga tio personer gav kan bäst sammanfattas med följande citat från en respondent: *”Har haft vänner som har åkt dit, och andra som fått anmärkningar från att ha sökt hjälp på sjukhus. Ligger hellre hemma och mår illa än att söka hjälp där man blir illa sedd på och inte får kommentarer i sin journal kring droganvändning”*. Dock var antalet studenter som haft egen erfarenhet av missbruksvården mycket begränsat (3 personer). En konsekvens av detta är att våra resultat angående studenters syn på missbruksvården överlag inte bygger på deras egna erfarenheter av vård, utan på vad de hört från exempelvis vänner och anhöriga.

Samtliga tio personer tangerade bristande bemötande som en anledning till att inte söka vård - något som är i linje med befintlig litteratur. För en majoritet av de som använt droger (52%) var bemötande den viktigaste aspekten av god vård. Socialdepartementet rapporterade 2011 att det finns stora brister i bemötandet inom vården, vilket hindrar människor från att söka vård. Åtta år senare betonar Socialstyrelsen vikten av ett gott bemötande, liksom att missbruks- och beroendevården inte når den breda befolkningen (Socialdepartementet, 2011; Socialstyrelsen, 2019).

Metoddiskussion

Indelning av drogtyp. Vi har, med utgångspunkt i den droglista som ingår i DUDIT, slagit samman lustgas och GHB till samma kategori - trots att dessa substanser skiljer sig åt mycket gällande popularitet på missbruksmarknaden. Medan GHB, enligt CAN, knappt används över huvud taget är lustgas populärt bland unga. Lustgas är av särskilt intresse att undersöka närmare, då det enkelt och lagligt kan beställas hem från nätet. Detta samtidigt som gasen kan vara farlig att andas in om den inte späs ut med syre (CAN, u.å.; CAN, 2018; Dalhbäck, 2020). Det finns rapporter i svensk media om lustgas som ett vanligt inslag på fest bland unga vuxna (Dalhbäck, 2020). Därmed finns det skäl för framtida studier att undersöka ungas (däribland studenters) användning av specifikt lustgas och hur det påverkar unga människor. DUDITs lista med definitioner på vad som är narkotika bör revideras, så att GHB och lustgas placeras i olika kategorier.

Möjlighet att svara i fritext. Genom att låta respondenterna svara på vissa frågor i fritext kom vi åt information som vi annars inte hade tagit reda på. Exempelvis uppmärksammade en deltagare oss på att hade vi glömt att förhöra oss om hur studenter förhåller sig till den juridiska aspekten av drogbruk. Sammantaget indikerar detta på vikten av att studier om drogbruk även i framtiden ger respondenter möjlighet att utveckla sina svar i fritext. Kvalitativa studier behövs för att vidare få en inblick i egna upplevelser hos dem som använder droger.

Pilotrespondenter. En styrka med den befintliga studien är att sju pilotrespondenter, oberoende av varandra, besvarade en preliminär version av den enkät som i ett senare skede skickades ut till studenterna. Utan detta steg hade vi missat viktig information, så som att det för vissa studenter inte är ett alternativ att söka vård över huvud taget. Deras respons var avgörande för enkätens kvalitet.

Urval

Urvalsfel kan uppstå om stickprovet inte är representativt, vilket påverkar studieresultatens generaliserbarhet (Borg & Westerlund, 2012). Flera faktorer kan ha påverkat stickprovets representativitet i den föreliggande studien.

Generaliserbarhet. Vårt stickprovs representativitet, och därmed även generaliserbarhet, kan ses ur olika perspektiv. Å ena sidan finns det fog för att personer med cannabisbruk svarar mindre på enkäter än andra (Folkhälsomyndigheten, 2020a). Trots att vi inte fick kontakt med de studentorganisationer som främst är förknippade med drogbruk, svarade många av studiens deltagare att de hade provat någon form av narkotika. Detta kan tolkas som att drogbruk bland studenter är mer utbrett än vad studiens resultat visar. Å andra sidan finns faktorer som talar för att det verkliga drogbruket är mindre än vad vår undersökning visar.

Ojämn fördelning av vilka fakulteter som är representerade. En begränsning i den föreliggande studien är även att vissa kategorier utformats på ett felaktigt sätt. Ett exempel är att vi i listan över fakulteter skrev ”Medicinska fakulteten” istället för ”Corpus medici” som det övergripande förbundet för läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster vid Lunds universitet heter. En deltagare påpekade denna brist när enkäten redan var ute. Detta kan ha bidragit till att en del studenter inte kunde välja den fakultet som de tillhörde, samt till att sänka studenternas förtroende för studien överlag. Detta kan ha påverkat studenters vilja att svara på vissa extra känsliga frågor och enkätens tillförlitlighet överlag.

Trots vår ambition att skapa ett stickprov som är så representativt för populationen ”studenter vid Lunds universitet” som möjligt, har vi fått ett snedvridet urval. Exempelvis studerar en övervägande majoritet av studenterna vid samhällsvetenskapliga fakulteten.

Att statistiken gällande fördelningen över fakulteter inte är representativ för Lunds universitet beror även på andra faktorer. Då rekryteringen skedde delvis via sociala medier innebar att även personer som studerar vid andra lärosäten än Lunds universitet besvarade enkäten. Med andra ord har det skett övertäckning då individer som inte ska ingå i stickprovet gör det, något som hade kunnat undvikas genom om det i enkäten funnits en fråga som diskriminerade studenter från andra lärosäten.

Drogliberalt urval. Det kan vara så att de som valde att besvara vår enkät är politiskt engagerade för legalisering av exempelvis cannabis, och att de valde vår studie som en kanal för att få genomslag för sina åsikter. De som inte hade erfarenhet av narkotika kanske inte tyckte att studien var intressant att delta i, samtidigt som de som hade negativa erfarenhet av narkotika kanske tyckte att studien var för emotionellt krävande att svara på. Det sociala stigma som finns kring droganvändning kan ha fått vissa studenter att avstå från att besvara enkäten, trots information om anonymisering.

Bortfall. Eftersom enkäten var publik fanns ingen möjlighet att få fram exakt antal bortfall av deltagare. Därför kan vi inte redovisa något procentuellt förhållande mellan dem som valde att

fullfölja enkäten och de som avbröt i förtid. Det fanns även partiellt bortfall i svarssammanställningen då vissa individer valt att inte svara på alla frågor. Detta kan ha berott på att frågan var känslig eller svår att förstå, t ex varit tvetydig (Borg & Westerlund, 2012).

Implikationer och framtida forskning

De studier som görs av myndigheter som CAN och Folkhälsomyndigheten bör inkludera frågor specifikt riktade till studenter, då det är en grupp där drogbruk förekommer. Såväl tidigare internationell forskning som våra resultat indikerar att drogbruk bland studenter är utbrett (Hartung et al., 2013; Taremian et al., 2018). Stora nationella studier krävs för att överkomma de begränsningar som färgar den aktuella studien, så som eventuellt bias i urval (Denscombe, 2010). Prevalensen av studenter som har erfarenhet av droger i vårt sampel är anmärkningsvärd i ett land där den nationella narkotikastrategin går ut på nolltolerans mot narkotika (Socialdepartementet, 2016). Om större studier skulle visa på att våra resultat är representativa för hur drogbruk ser ut bland studenter, implicerar det att regeringens ANDT-strategi brister när det kommer till narkotikaanvändning bland studenter. Att det finns brister i den nationella ANDT-strategin skulle styrkas av befintlig data som visar på att Sverige har högst narkotikadödlighet i EU. Våra resultat, i enighet med tidigare forskning, indikerar på bristande förmåga hos Studenthälsan att tidigt upptäcka drogbruk och intervensera mot drogbruk - i motsats till de rekommendationer som fastslogs 2011 av Socialdepartementet inom ramen för Missbruksutredningen.

De flesta studenter vet inte var de skulle kunna få hjälp om det skulle behövas. Därmed måste kommunikationen mellan studenter och befintliga vårdinstanser förbättras. Särskilt viktigt är att Studenthälsan, som det organ som har primärt ansvar för studenters välmående, förbättrar sin kommunikation (Socialdepartementet, 2011). Vidare är det viktigt att studenter får tydlig och korrekt information om vad som gäller juridiskt när de söker vård - detta i syfte att undvika att studenter drar sig för att söka hjälp på grund av att de hört att kontakt med missbruksvården kan få legala påföljder.

I nuläget är det de mest utsatta som nås av vården. Trots rimligheten i detta är det problematiskt då andra inte kommer in i vårdsystemet. Risker med dagens läge är att människor med goda förutsättningar att leva ett gott liv, så som studenter, inte nås av adekvat hjälp innan de hamnar i en socialt utsatt situation. Att flera studenter uppgivit att vården inte är ett alternativ innan konsekvenserna av drogbruket blir livshotande är alarmerande. När behovet av sjukvård är akut hjälper inte de insatser som är mest effektiva - förebyggande arbete och kortare samtalsinterventioner tidigt i förloppet (Socialdepartementet, 2011).

Etiska överväganden

För att säkerställa ett etiskt tillvägagångssätt fick deltagarna i studien tydlig information om studiens syfte och utformning innan de behövde ta ställning till om de ville delta eller inte genom att kryssa i en ruta för samtycke. Deltagandet var helt frivilligt och den enskilde deltagaren hade när som helst möjlighet att avbryta studien utan att behöva ange någon anledning. Deltagarnas sekretess upprätthölls under både genomförande och databearbetning då inga personliga uppgifter samlades in och inget mailregister fanns som skulle kunna knyta en enskild individ till dess svar.

Att bli ombedd att besvara frågor om egna erfarenhet av droger kan ha väckt visst obehag hos studenterna. Denna risk bedömdes dock som relativt liten i förhållande till de vinster som studien kunde ge, till exempel genom att öka kunskapen om svenska studenters erfarenheter av droger och specifika vårdbehov. Vår förhoppning är att studien kan bidra till en ökad förståelse för studenters egen syn på varför de drogdebuterar samt hur det kommer sig att de inte nås av befintliga vårdinsatser.

Slutsats

Studenter drogdebuterar under studietiden i rekreativt syfte. Denna grupp är mindre än de som drogdebuterat innan studien, men utgör likväl 23,1% av alla studenter som har erfarenhet av droger. Majoriteten av studenterna har inte upplevt negativa effekter av sitt drogbruk - varken direkta eller indirekta. Om studenterna med drogdebut under universitetsåren skulle behöva söka vård i anslutning till sitt drogbruk, upplever de flesta att de inte vet vart de skulle vända sig. Då de flesta saknar kunskap och erfarenhet av det existerande vårdutbudet kan vi inte med säkerhet besvara frågeställningen ”Tycker studenter att det existerande vårdutbudet möter deras behov?”. Våra data tyder på att studenter inte nås av den hjälp som finns tillgänglig, och söker inte själva upp den heller.

Referenser

- Al Rawahi, S. H., Asimakopoulou, K. M. Masood, Al Bulushi, N. M., Al Yaqoobi, K. H., & Newton, J. T. (2020). The psychological models of health-related behavior in understanding sugars intake in adults: a review. *Oman Medical Journal*. 35(2), 114.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-IV-TR*. (4 uppl.).
- American Psychiatric Association. (2014). *Mini-D 5: diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Pilgrim Press.
- Bin Cho, S., Llaneza, D. C., Adkins, A. E., Cooke, M., Kendler, K. S., Clark, S. L., & Dick, D. M. (2015). Patterns of substance use across the first year of college and associated risk factors. *Frontiers in Psychiatry*. 1, 1-11.
- Blayney, J. A., Scalco, M., Radomski, S., Colder, C., & Read, J. P. (2019). Sexual victimization histories and substance use trajectories during the transition out of college. *Psychology of Addictive Behaviors*. 33(6), 529–539.
- Borg, E. & Westerlund, J. (2012). *Statistik för beteendevetare*. (3. uppl.). Liber.
- Burnett, A. J., Sabato, T. M., Walter, K. O., Kerr, D. L., Wagner, L., & Smith, A. (2013). The influence of attributional style on substance use and risky sexual behavior among college students. *College Student Journal*. 48(2), 122–136.
- Centralförbundet för alkohol och narkotika [CAN]. (2019). *Drogutvecklingen i Sverige 2019*. <https://www.can.se/publikationer/drogutvecklingen-i-sverige-2019/>
- Centralförbundet för alkohol och narkotika [CAN]. (2020). *Enkätformulär gymnasiets år 2*. <https://www.can.se/publikationer/skolelevers-drogvanor-2019/>
- Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning [CAN]. (u.å.). *Drugsmart*. Hämtad 3 dec, 2020, från <https://www.drugsmart.com>
- Cole, H. A., Prassel, H. B., Keller, P. S., & Carlson, C. R. (2020). Religious beliefs and behaviors as predictors of substance use among college students. *Psychology of Religion and Spirituality*. 12(1), 101–115.
- Dahlbäck, J. (2020, 14 oktober). Unga berusar sig på laglig lustgas. *Sveriges radio*. <https://sverigesradio.se/artikel/7570877>
- Denscombe, M. (2010). *The good research guide for small-scale social research projects* (4:e uppl.). Open University Press.
- Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk. (2020). *Europeisk narkotikarapport. Huvudfrågor*. <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13238/TD0420439SVN.pdf>
- Folkhälsomyndigheten. (2014). *Studenter och hög alkoholkonsumtion*. <https://>

www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/?so=&ph=&q=Studenter+och+ho%CC%88g+alkoholkonsumtion

Folkhälsomyndigheten. (2017). *Hälsomässiga och sociala effekter av cannabisbruk*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/halsomassiga-och-sociala-effekter-av-cannabisbruk/>

Folkhälsomyndigheten. (2018). *Socioekonomiska skillnader i alkohol, narkotika och tobak - delvis olika mönster för beroende och utsatthet*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/socioekonomiska-skillnader-i-alkohol-narkotika-och-tobak--delvis-olika-monster-for-beroende-och-utsatthet/>

Folkhälsomyndigheten. (2019). *Den svenska narkotikasituationen*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/d/den-svenska-narkotikasituationen-2019/>

www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/d/den-svenska-narkotikasituationen-2019/

Folkhälsomyndigheten. (2020a). *Kunskapsläget om cannabis och folkhälsa i korthet*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/kunskapslaget-om-cannabis-och-folkhalsa-i-korthet-/>

Folkhälsomyndigheten. (2020b). *Åtgärdsförslag för att förebygga användning samt medicinska och sociala skadeverkningar av narkotika*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/aa/atgardsforslag-for-att-forebygga-anvandning-samt-medicinska-och-sociala-skadeverkningar-av-narkotika/>

Folkhälsomyndigheten. (2020c). *Minska stigmatisering kopplad till psykisk ohälsa*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/att-minska-stigma/>

Hartung, C. M., Canu, W. H., Cleveland, C. S., Lefler, E. K., Mignogna, M. J., Fedele, D. A., Correia, C. J., Leffingwell, T. R., & Clapp, J. D. (2013). Stimulant medication use in college students: comparison of appropriate users, misusers, and nonusers. *Psychology of Addictive Behaviors, 27*(3), 832–840.

Janson, R. (2010, 20 januari). Sprit morgon, middag och kväll. *Kommunalarbetaren*. <https://ka.se/2010/01/20/sprit-morgon-middag-och-kvall/>

Khantzian, E. J. (2017) The Theory of Self-Medication and Addiction. *Psychiatric Times, 34*(2). <https://www.psychiatristimes.com/view/theory-self-medication-and-addiction>

Morgen, K., Denison-Vesel, K., Kobylarz, A., & Voelkner, A. (2015). Prevalence of substance use disorder treatment facilities specializing in older adult and trauma care: N-SSATS data 2009 to 2011. *Traumatology, 21*(3), 153–160.

Munsey, C. (2006). Frisky, but more risky. *Monitor on Psychology, 37*(7). <http://www.apa.org/>

monitor/julaug06/frisky

- Nyberg, F. (2016). Not feeling well - a cause for abuse and dependence? / Att må dåligt - en orsak till missbruk och beroende? *Socialmedicinsk Tidskrift*, 93(1), 53.
- Poudel, A., & Gautam, S. (2017). Age of onset of substance use and psychosocial problems among individuals with substance use disorders. *BMC Psychiatry*, 17, 1–7.
- Socialdepartementet. (2011). *Bättre insatser vid missbruk och beroende* (Statens offentliga utredningar, 2011:35). <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2011/04/sou-201135/>
- Socialdepartementet (2016). *Svensk narkotikapolitik - en narkotikapolitik baserad på mänskliga rättigheter och jämlik hälsa*. [Broschyr] <https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/04/svensk-narkotikapolitik/>.
- Socialstyrelsen. (2018). *Tillgänglighet i hälso- och sjukvården*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-2-16.pdf>
- Socialstyrelsen. (2019a). Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende - stöd för styrning och ledning. <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/publicerade-riktlinjer/missbruk-och-beroende/>
- Socialstyrelsen. (2019b). *DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test)*. Hämtad den 4 december 2020 från <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/dudit-drug-use-disorders-identification-test/>
- Statens folkhälsoinstitut. (2010). *Narkotikabruket i Sverige*. (Rapport 2010:13). <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/n/narkotikabruket-i-sverige/>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU]. (2019). *Missbruk och beroende av alkohol och narkotika. Kunskapsläget för utredningar och insatser inom socialtjänsten. En kartläggning av systematiska översikter*. <https://www.sbu.se/contentassets/c969ef9cb6a643d28d8166710a955a83/missbruk-och-beroende-avalkohol-och-narkotika.pdf>
- Sundström, C. (2017, 31 juli). Teorier om beroende. *Mind*. <https://mind.se/aktuellt/teorier-om-beroende/>
- Sveriges kommuner och landsting (SKL). (2018a). *Handlingsplan mot missbruk och beroende – tidig upptäckt, tidiga insatser, stöd och behandling för personer i åldern 13-29 år*. <https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/missbrukochberoende.1165.html>
- Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). (2018b). *Missbruk och beroende i åldern 13-29 år- så här vänder vi utvecklingen*. <https://skr.se/integrationsocialomsorg/>

socialomsorg/missbrukochberoende.1165.html

- SVT. (2015). Rapport 8 november 2015. I: *Svenska nyheter* [TV-program], avsnitt 6, 2020. <https://www.svtplay.se/video/28208942/svenska-nyheter/svenska-nyheter-sasong-6-23-okt-22-00>
- SVT. (2020, 8 maj). Folkhälsomyndigheten: Utred förbudet att ta droger. <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/folkhalsomyndigheten-utred-forbudet-att-ta-droger>
- Systembolaget. (u. å.). <http://www.systembolagethistoria.se>
- Sörstam, T. (2016, 5 november). Polisen om lustgas: "Kan leda till döden". *SVT*. <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/vasterbotten/polisen-om-lustgas-kan-leda-till-doden>
- Tareman, F., Yaghubi, H., Pairavi, H., Hosseini, S. R., Zafar, M., & Moloodi, R. (2018). Risk and protective factors for substance use among Iranian university students: a national study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 13(1), 46.
- Tegnell, A. (2012). *Föräldrarskap och missbruk*. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-1-3.pdf>
- West, R. (u.å.) *PRIME - Theory of Motivation*. Hämtad 1 december, 2020, från <http://www.primetheory.com>
- West, R., & Brown, J. (2013). *Theory of Addiction* (2. uppl.) John Wiley & Sons Inc.
- West, R., & Michie, S. (2020). *A brief introduction to the COM-B Model of behaviour and the PRIME Theory of motivation*. Hämtad 9 april, 2020, från <https://www.qeios.com/read/WW04E6.2>
- West, R. (2015). Understanding motivation: PRIME Theory. [Föreläsning] *Youtube*. [youtube.com/watch?v=C0JcuQtXSqA&t=11s](https://www.youtube.com/watch?v=C0JcuQtXSqA&t=11s)
- Wicklén, J. (2020, 13 februari). Riksdagen överens om att se över svensk narkotikalagstiftning. *SVT*. <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/riksdagen-overens-om-att-se-over-svensk-narkotikalagstiftning>

BILAGA A - Sammanställning av pilotrespondenternas synpunkter

Pilotrespondent #1:

Inledningen:

Text: Förståelsen för studenters förhållande till droger är i nuläget mycket begränsad

Exempel på hur den är begränsad kanske kan infogas.

Text: det vill vi ändra på!

Kanske går det att konkretisera vad ni vill bidra med / hoppas kunna bidra med.

Text: Undersökningen är anonym, svaren sammanställs på gruppnivå och inte för enskilda individer.

Beskriv vad detta betyder för någon som inte är så van vid ”på gruppnivå” betyder! ☺ Kanske

något i stil med: ”Detta innebär att vi inte kommer kunna koppla resultaten på enkäten till dig.” Typ.

Extra viktigt när det handlar om något som kan vara kriminellt kanske?

Frågor:

Tycker du att någon drog borde legaliseras?

Tycker du att alla droger borde legaliseras?

Kanske är dessa frågor för snarlika varandra? Förslag: kursivera *någon* och *alla*.

Fråga:

Har du testat droger?

Markera ett eller flera alternativ som stämmer bäst in på dig.

Det räknas som droger när du tar preparat:

1) mer (kanske ändra till ”högre dos”) eller oftare än läkaren sa att du ska göra det

2) för att du vill ha kul, bli hög, må bra eller undrar vad du får för effekt av dem

3) du fått av en släkting eller vän

4) du köpt svart eller stulit

Av någon anledning blev jag lite förvirrad när det stod 1,2,3,4. Jag tänkte ”hm ska jag svara i någon slags gradering nu” men insåg strax efter att det är inte den typen av information som efterfrågas. Istället kanske informationen hade kunnat presenteras det i punkter i stället. Det tror jag hade gjort att jag fattade direkt istället för efter 5 sekunder.

Fråga:

När testade du droger första gången?

Markera det alternativ som du tycker stämmer bäst in på dig.

Högstadiet

Gymnasiet

Universitet

Infoga mellanstadiet! Kanske dock missat att undersökningen inte är riktad till dom som testat droger på mellanstadiet för första gången...

Text: För att passa in i det sociala sammanhanget/kompisgänget där du befann dig, exempelvis för att användning av en viss drog var förväntad och slippa bli ifrågasatt om du avstod
Förenkla eventuellt denna mening. Kanske med hjälp av ordet ”gruppsyck”.

Hur ofta använder du andra droger än alkohol?

Aldrig nu, har bara hänt ett par gånger i livet

Kanske definiera ”nu”. Hur många månader / år tillbaks räknas som ”nu”?

Pilotrespondent #2:

Jag funderar bara på ordet ”makuleras” i introt. Finns en risk att människor inte vet vad det ordet betyder och att det kan få studien att kännas högdragen. Å andra sidan får enkäten i sin helhet mig att känna att studien verkar väl genomtänkt och seriös. Och jag kan förstå varför man vill framstå som så seriös som möjligt när man gör en studie om droger. Förutom funderingar över just ordet ”makulera” så har jag inget att påpeka.

Pilotrespondent #3

Feedback enkät:

- ... den via **en** Lu:s databas vid Lunds universitet. (ett "en" för mycket)
- ag8530sv-s@student.lu.se (ett mellanrum för mycket innan lu)
- Vilka personer ingår i ditt hushåll? Husdjur som alternativ? ;) Tänker att vissa motsätter sig att de bor "själva" om de bor med djur.
- Hur tillfredsställd är du med dina fysiska hälsa? (ett "a" för mycket)
- På listan över droger är det lite olika avstånd mellan t.ex. och kolon. Kanske räcker med bara kolon för att slippa flera punkter efter varandra?
 - Det räknas som **droganvändning** när du tar preparat:
 - 1) mer eller oftare än läkaren **sagt** att du ska göra det
 - 2) för att du vill ha kul, bli hög, må bra eller undrar vad du får för effekt av dem
 - 3) **som** du fått av en släkting eller vän (**eller någon annan?**)
 - 4) som du **köpt svart** eller stulit (funderar på uttrycket "köpt svart", det är illegal försäljning som åsyftas? Är inte all försäljning av droger som inte är genom recept illegalt/svart? Då kanske det räcker att skriva "köpt", eller "köpt utan recept"? Jag vet inte, men reagerade på "köpt svart" i alla fall :)

Pilotrespondent #4

Har vissa synpunkter men överlag tycker att det var bra och framför allt intressant att få se vilka variabler ni tar hänsyn till i introduktionen så tycker jag att det ska framgå tidigt att det är examensarbete och att ni är psykologstudenter och det ska framgå TYDLIGT att man inte behöver ha tagit droger för att svara på enkät, men det kan ni va extra tydliga sen när ni publicerar det på fb. Sen tycker jag att frågor om boende, ekonomi och vänner innehåller alldeles för mkt svarsalternativ. ni har 7 jag tror det hade räckt med 5 svarsalternativ.

sen avseende de olika påståenden så tycker jag att alternativen "tar delvis avstånd", "osäker", är lite vaga\oklara. Kanske bättre att använda alternativ som "håller med delvis", "håller inte med" etc

Pilotrespondent #5

På frågan hur ofta använder du droger annan än alkohol finns det inget val för att man har brukat mer än "ett par gånger" och sedan slutat.

Vad menas med negativa konsekvenser? Menas direkta negativa konsekvenser som att man har snetänt och får panikångest? Menas långvariga effekter som att man märkt av att man blir slöare när man använder? Menas att man har byggt upp ett beroende?

Frågan därpå antar att man skulle vända sig till vården vid dessa "negativa konsekvenser".

Beroende på situationen skulle man kunna vända sig till en nära vän eller familjen.

Dessutom så är alla nej valen "jag har hört" jag hade satt "jag har hört/upplevt"

Inte lika viktigt men i samma fråga så står det i det femte alternativet: "att personalen inte ta hänsyn" som borde vara "tar hänsyn"

Igen, på nästa fråga så är det väldigt situationsbaserat och det är svårt att svara på utan att veta vilka konsekvenser vi pratar om. Vill jag ha hjälp med beroende så kan jag vänta längre än om jag har överdoserat på piller och behöver magpumpas.

Men förutom sista sidan så var allt bra. Frågorna var tydliga att och språket var respektfullt.

Alternativen var relevanta och lätta förstå.

Pilotrespondent #6

I assume you're checking if how happy people are with different areas of their lives and whether they need drugs to cope with it all, I really like that. I can't think of anything that should be different really.

Pilotrespondent #7

För mycket text på frågorna om vård, orkar inte läsa allt på svarsalternativen.

BILAGA B: Poster

HEJ STUDENT! VAD ÄR DIN RELATION TILL DROGER?

HJÄLP OSS ÖKA KUNSKAPEN OM
VAD STUDENTER HAR FÖR
ERFARENHET AV DROGER
OCH HUR BEHOVET AV STÖD SER UT

BESVARA EN KORT WEBB-ENKÄT ANONYMT
(DEL AV MASTERUPPSATS PÅ PSYKOLOGPROGRAMMET)

ÄVEN DU SOM INTE
TESTAT DROGER
ÄR VÄLKOMMEN ATT DELTA
- DIN ÅSIKT ÄR VIKTIG



SCANNA QR-KODEN FÖR
ATT KOMMA TILL ENKÄTEN!



LUND
UNIVERSITY

Agata Svensson & Alexandra Platonova
Psykologprogrammet termin 10
Lunds Universitet
agata.svensson@gmail.com
alexandra.s.platonova@gmail.com

Per Johnsson
Leg. psykolog, docent och handledare
Institutionen för psykologi vid
Lunds Universitet
per.johnsson@psy.lu.se

BILAGA C: Inledande följebrev



LUNDS
UNIVERSITET

Hej!

Vi är glada att du vill vara med och delta i vår undersökning. Förståelsen för studenters förhållande till droger är i nuläget mycket begränsad - det vill vi ändra på! Här kommer en enkät med frågor om dina tankar, känslor och erfarenheter av droger. Du behöver inte själv ha provat någon drog för att svara på enkäten.

Besvara frågorna genom att sätta kryss för det alternativ som stämmer bäst in på dig. Vi är tacksamma om du svarar så noggrant som möjligt. Markera bara ett svarsalternativ per fråga om inget annat anges. Ditt deltagande är helt frivilligt, och du kan avbryta när som helst utan att förklara varför.

Undersökningen är anonym, svaren kommer analyseras på gruppnivå och inte för enskilda individer. Resultatet kommer att presenteras muntligt inför våra kurskamrater på termin 10 på Psykologprogrammet samt i masteruppsatsen. Efter att examensarbetet godkänts kommer alla svar att förstöras. Själva uppsatsen kommer att sparas, och du kommer ha möjlighet att läsa den via Lu:s databas vid Lunds universitet.

Kontakta oss gärna om du har några frågor.

Tack för din medverkan i studien!

Agata Svensson
Psykologprogrammet termin 10
Lunds Universitet
ag8530sv-s@student.lu.se

Alexandra Platonova
Psykologprogrammet termin 10
Lunds Universitet
fra14apl@student.lu.se

Per Johnsson
Leg. psykolog, docent och handledare
Institutionen för psykologi vid Lunds Universitet
per.johnsson@psy.lu.se

Jag godkänner att de uppgifter jag lämnar anonymt får behandlas i enlighet med GDPR i studien.

BILAGA D: Tack-meddelande enkätavslut

Vi har tagit emot dina svar.

Har enkäten väckt tankar eller funderingar som du skulle vilja få hjälp med?
Du hittar bra information på 1177.se under "Beroende och skadligt bruk".
Har du frågor gällande enkäten kan du kontakta någon av oss enligt nedan:

Agata Svensson
Psykologprogrammet termin 10
Lunds Universitet
ag8530sv-s@student.lu.se

Alexandra Platonova
Psykologprogrammet termin 10
Lunds Universitet
fra14apl@student.lu.se

Per Johnsson
Leg. psykolog, docent och handledare
Institutionen för psykologi vid Lunds universitet.
per.johnsson@psy.lu.se

Stort tack för ditt deltagande!

BILAGA E: Enkät



Så här fyller du i pappersenkäten

Nedan ser du hur du markerar ett svarsalternativ, och hur du avmarkerar ett redan gjort val.

- Korrekt markerat svarsalternativ
- Inkorrekt markerat svarsalternativ, krysset ska vara mitt i rutan
- Inkorrekt markerat svarsalternativ, krysset är alltför kraftigt
- Ångrat val, svarsalternativet räknas inte som markerat

Är du?

- Kvinna
- Man
- Annan könsidentitet

Din ålder?

- 18-25 år
- 26-35 år
- 36-45 år
- 46-55 år
- 56-65 år
- Över 65 år

Inom vilket utbildningsområde läser du? Ange det svar som bäst motsvarar ditt nuvarande utbildningsområde.

- Ekonomihögskolan
- Humanistiska- och teologiska fakulteterna
- Juridiska fakulteten
- Konstnärliga fakulteten
- Lunds Tekniska Högskola
- Medicinska fakulteten
- Naturvetenskapliga fakulteten
- Samhällsvetenskapliga fakulteten

Är studier din huvudsakliga sysselsättning?

- Ja
- Nej

Har du någon gång studerat utomlands?

- Ja
 Nej

Hur bor du? Ange det svar som bäst motsvarar ditt nuvarande boende.

- Hyresrätt
 Bostadsrätt/andelsrätt
 Egen villa/radhus
 Inneboende hos familjen
 Korridorsrum/kollektiv
 Annat

Vilka förutom dig ingår i ditt hushåll? Markera med ett eller flera kryss.

- Ingen
 Föräldrar/syskon
 Make/maka/sambo/partner
 Andra vuxna
 Barn
 Husdjur

Markera det alternativ som du tycker stämmer bäst in på dig.

| | Kunde inte vara värre | Missnö- jd | För det mesta missnö- jd | Både och | För det mesta nöjd | Nöjd | Kunde inte vara bättre |
|--|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Hur tillfredsställd är du med ditt boende? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hur tillfredsställd är du med din ekonomi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hur tillfredsställd är du med antalet och kvalitén på dina vänskapsrelationer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hur tillfredsställd är du med dina fritidsaktiviteter? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hur tillfredsställd är du med din fysiska hälsa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hur tillfredsställd är du med ditt psykiska mående? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Har du någon gång under de senaste 12 månaderna blivit erbjuden att prova eller köpa droger?
Se nedan vad som definieras som droger:

- Ja
 Nej

Tycker du att någon drog borde legaliseras?

- Ja
 Nej
 Vet ej

Tycker du att alla droger borde legaliseras?

- Ja
 Nej
 Vet ej

Hur ställer du dig till följande påståenden: Markera den ruta som stämmer bäst överens med din uppfattning.

| | Tar helt avstånd | Tar delvis avstånd | Osäker | Instämmer delvis | Instämmer helt |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Alkohol är ett större problem än narkotika i Sverige. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om en tonåring provar narkotika är det ett tecken på andra mycket större problem. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Det behövs mer vård och behandlingsinsatser för missbrukare i Sverige. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Har du testat droger? Markera ett eller flera alternativ som stämmer bäst in på dig. Det räknas som droganvändning när du tar preparat: - mer eller oftare än läkaren sagt att du ska göra det - för att du vill ha kul, bli hög, må bra eller undrar vad du får för effekt av dem - som du fått av släkting, vän eller annan - som du köpt illegalt eller stulit

- Ja, jag har testat - Cannabis (hasch, marijuana, hascholja, spice)
 Ja, jag har testat - Anabola steroider
 Ja, jag har testat - Lugnande och sövande läkemedel utan läkares ordination
 Ja, jag har testat - Kokain
 Ja, jag har testat - Någon annan drog än de ovan nämnda
 Ja, jag har testat men vet inte vad det var för drog
 Nej, jag har aldrig använt droger



När testade du droger första gången? Markera det alternativ som du tycker stämmer bäst in på dig.

- Innan du började studera på universitet
- Under dina universitetsstudier

Hur många gånger har du använt hasch eller marijuana innan du började på universitet?

- Ingen gång
- En gång
- 2-4 gånger
- 5-10 gånger
- 11-20 gånger
- 21-50 gånger
- Mer än 50 gånger

Hur många gånger har du använt andra droger än hasch eller marijuana innan du började på universitet?

- Ingen gång
- En gång
- 2-4 gånger
- 5-10 gånger
- 11-20 gånger
- 21-50 gånger
- Mer än 50 gånger

Hur kommer det sig att du valde att testa droger? Det går att välja fler alternativ än ett.

- I rekreativt syfte, nyfikenhet och vilja att experimentera, t ex utforska medvetandets gränser/möjligheter etc
 - För att förbättra kognitiv prestationsförmåga, t ex studieresultat
 - För att lindra psykisk smärta, t ex ångest, nedstämdhet
 - För att lindra fysisk smärta, t ex långvarig kroppslig smärta eller fysisk sjukdom
 - För att passa in i det sociala sammanhanget/kompisgänget där du befann dig och slippa bli ifrågasatt om du avstod
 - För att förbättra fysiska prestationer, exempelvis på gym
 - Om annat, beskriv kortfattat
-



Kan du få tag på någon drog inom 24 timmar? Markera med ett eller flera kryss.

- Ja, Cannabis (t ex hasch, marijuana, hascholja, spice)
- Ja, Amfetamin (t ex metamfetamin, fenmetralin, khat, betelnöt, metylfenidat, MDPV, 3-MCC, Concerta, Elvanse, Ritalin)
- Ja, Kokain (t ex crack, freebase, kokablad)
- Ja, Receptbelagda sömn-/lugnande medel utan läkarordination (t ex Stilnoct, Stesolid, Imovane, Oxascand)
- Ja, Receptbelagda smärtstillande medel utan läkarordination (t ex Tramadol, Citodon, Oxycodone)
- Ja, Hallucinogener (t ex ecstasy, LSD, meskalin, peyote, PCP, psilocybin, DMT, psykedeliska svampar)
- Ja, Centralstimulerande narkotika (t ex amfetamin, kokain)
- Ja, Opiater (t ex heroin, rökheroin, opium)
- Ja, Lösningsmedel (t ex thinner, trikloretylen, bensin, gas, solution, lim)
- Ja, GHB och övriga (t ex lustgas, GHB, anabola steroider, lustgas, poppers, antikolinergika, krypton)
- Nej, inget av ovanstående

Hur ofta använder du andra droger än alkohol?

- Aldrig nu, har bara hänt ett par gånger i livet
- Aldrig nu, men använt regelbundet minst 2-3 gånger i veckan innan
- 1 gång i månaden eller mer sällan
- 2-4 gånger i månaden
- 2-3 gånger i veckan
- 4 gånger/vecka eller mer

Har du någon gång fått negativa effekter av att du använt droger? Med negativa effekter menas: - akuta konsekvenser t. ex. ångestattacker eller livshotande överdosering - långsiktiga konsekvenser. t. ex. beroende, problem med nära relationer eller ekonomi m.m.

- Ja
- Nej

Har de negativa effekterna av ditt droganvändande varit så allvarliga att du velat söka hjälp för dem?

- Ja
- Nej

Har du vetat vart du ska vända dig och även sökt hjälp där med dina drogrelaterade svårigheter?

- Nej
- Om ja, var?



Är du nöjd med den hjälp du fått för dina drogrelaterade svårigheter?

- Ja
 Nej
 Delvis

Varför har du inte varit helt nöjd med den vård du erbjudits för drogrelaterade svårigheter?
Markera ett till två alternativ som stämmer bäst in på dig.

- Jag tycker att vården inte var tillräckligt tillgänglig, t.ex. på grund av begränsade öppettider, höga avgifter, lång väntetid eller att det var svårt att ta sig dit.
- Jag upplevde att vårdprocessen saknade kontinuitet och koordinering, t.ex. att personalen gav mig motstridiga besked, att jag blev slussad från en vårdenhets till en annan utan att få hjälp någonstans.
- Jag fick inte den information och kunskap som jag behövde, t.ex. förstod jag inte vilka vårdalternativ som fanns, vilken behandling jag skulle få och hur den skulle fungera, eller att mina frågor inte besvarades.
- Jag kände mig inte bemött med respekt och värdighet, t.ex. pga att personalen inte visade medkänsla och engagemang när jag ställde frågor eller inte fick mig att känna mig delaktig i samtalet.
- Jag kände mig inte tillräckligt delaktig och involverad i min vård, t.ex. att personalen inte tog hänsyn till mina erfarenheter av mitt hälsotillstånd eller livssituation i samband med beslut om min behandling.
- Jag kände att jag inte fick tillräckligt känslomässigt stöd från vårdpersonalen, t.ex. om jag var orolig för mitt hälsotillstånd eller för ev. behandling.
- Jag tyckte inte om helhetsintrycket på mottagningen, t.ex. att atmosfären eller övriga vårdsökande där gjorde så att jag inte kände mig hemma.

Om du någon gång skulle uppleva negativa konsekvenser av att använda droger, vet du vart du skulle kunna vända dig?

- Nej
 Om ja, beskriv kortfattat

Skulle du vilja vända dig dit? Markera ett till två alternativ som stämmer bäst in på dig.

- Ja
- Nej, jag tycker att vården inte är tillräckligt tillgänglig, t.ex. på grund av begränsade öppettider, höga avgifter, lång väntetid eller att det är svårt att ta sig dit.
- Nej, jag har hört att vårdprocessen saknar kontinuitet och koordinering, t.ex. att personalen ger motstridiga besked, att man blir slussad från en vårdenhet till en annan utan att få hjälp någonstans.
- Nej, jag har hört att man inte får den information och kunskap som man behöver, t.ex. om vilka vårdalternativ som finns, vilken behandling man kan få och hur den fungerar, eller att ens frågor inte besvaras.
- Nej, jag har hört att man inte blir bemött med respekt och värdighet, t.ex. pga att personalen inte visar medkänsla och engagemang när man ställer frågor eller inte får en att känna sig delaktig i samtalet.
- Nej, jag har hört att man inte blir tillräckligt delaktig och involverad i sin vård, t.ex. att personalen inte tar hänsyn till ens erfarenheter av ens eget hälsotillstånd eller livssituation i samband med beslut om ens behandling.
- Nej, jag har hört att man inte får tillräckligt känslomässigt stöd från vårdpersonalen, t.ex. om man är orolig för ens hälsotillstånd eller för ev. behandling.
- Nej, jag har hört att många inte tycker om helhetsintrycket på mottagningen, t.ex. att atmosfären eller övriga vårdsökande där gör så att man inte känner sig hemma.

Vad är viktigast för dig om du i framtiden skulle söka vård för negativa konsekvenser av att ha använt droger? Markera ett till två alternativ som stämmer bäst in på dig.

- Att vården är tillgänglig, t.ex. generösa öppettider, låga avgifter, kort väntetid och lätt att ta sig dit.
- Att vårdprocessen är kontinuerlig och koordinerad, t.ex. att personalen ger samstämmiga besked, att jag inte blir slussad från en vårdenhet till en annan utan får hjälp snabbt.
- Att jag får den information och kunskap som jag behöver, t.ex. om vilka vårdalternativ som finns, vilken behandling jag kan få och hur den fungerar, och att mina frågor besvaras.
- Att jag blir bemött med respekt och värdighet, t.ex. att personalen visar medkänsla och engagemang när jag ställer frågor och får mig att känna mig delaktig i samtalet.
- Att jag blir delaktig och involverad i min vård, t.ex. att personalen tar hänsyn till mina erfarenheter av mitt hälsotillstånd eller livssituation i samband med beslut om min behandling.
- Att jag får känslomässigt stöd från vårdpersonalen, t.ex. om jag är orolig för mitt hälsotillstånd eller för ev. behandling.
- Att jag får ett bra helhetsintryck av mottagningen, t.ex. att atmosfären eller övriga vårdsökande där gör så att jag känner mig hemma.
- Att söka vård är inget alternativ för mig, beskriv kortfattat varför: