



**LUNDS**  
UNIVERSITET  
Socialhögskolan

# Upplevd missbruksvård och stigmatisering

En komparativ analys mellan injektionsmissbruk och annat typ av missbruk

Moa Steen & Oliver Larsson

Kandidatuppsats (SOPB 63)

Aktuell termin: VT 2023

Antal ord: 13 748

Handledare: Malin Nilsson

## *Abstract*

The aim of this study was to examine experienced substance abuse treatment among those who at some point has received health care because of addiction in Sweden. The method used was a quantitative survey that was sent out to different websites directed to people who currently have or have had addiction issues which they got treatment for, with the purpose of comparing experienced substance abuse treatment between groups of different types of substance abuse. The study was mainly used to compare experienced substance abuse treatment between those who received health care because of drug injection and those who didn't receive health care because of drug injection, but received treatment for another type of substance abuse. However the study in addition compared experienced substance abuse treatment between those who received health care because of use of narcotics, alcohol and multiple substance abuse. The results showed that the respondents generally were pleased with their experienced substance abuse treatment. The comparison between those who received health care because of drug injection and those who didn't showed that those who received health care because of drug injection experienced their substance abuse treatment as slightly worse. The comparison between those who received health care because of use of narcotics, alcohol and multiple drug use showed that those who received health care because of use of narcotics over all experienced their substance abuse treatment worse. The results were then discussed and explained by using the theory of stigma by Erving Goffman.

Key words: substance abuse treatment, drug injection, stigma, substance abuse, perception/experience of medical care

## *Innehållsförteckning*

<b>Abstract</b> .....	<b>2</b>
<b>Innehållsförteckning</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Inledning</b> .....	<b>4</b>
1.1 Problemformulering.....	4
1.2 Syfte.....	5
1.3 Frågeställningar.....	5
<b>2. Forskningsläget</b> .....	<b>6</b>
2.1 Stigmas påverkan på behandlingsresultatet.....	6
2.2 Stigma och avvisande attityder hos vårdpersonal.....	6
2.3 Stigma bidrar till återanvändandet av sprutor.....	7
2.4 Stigma ökar risken för sjukdom.....	8
<b>3. Stigma</b> .....	<b>9</b>
3.1 Styrande mekanismer.....	11
3.2 Interaktionssammanhangets dynamik.....	12
<b>4. Hypoteser</b> .....	<b>13</b>
4.1 Hypoteserna.....	14
<b>5. Metod</b> .....	<b>14</b>
5.1 Metodmässiga överväganden.....	14
5.2 Metodens förtjänster och begränsningar.....	15
5.3 Metodens tillförlitlighet.....	16
5.4 Urval.....	17
5.5 Representativt urval och bortfall.....	18
5.6 Insamling av empiri.....	19
5.7 Databearbetning och analysmetod.....	20
5.7.1 Cronbach's Alpha-test.....	22
5.7.2 T-test.....	22
5.7.3 One-Way ANOVA-test.....	22
5.8 Arbetsfördelning.....	23
5.9 Etiska överväganden.....	23
5.10 Vår position i förhållande till studien.....	25
<b>6. Resultat &amp; analys</b> .....	<b>25</b>
6.1 Sammanställda svar och reliabilitetstest.....	26
6.2 Injektionsmissbruk och icke-injektionsmissbruk.....	28
6.3 Narkotikamissbruk, alkoholmissbruk och blandmissbruk.....	31
<b>7. Avslutande diskussion</b> .....	<b>34</b>
7.1 Injektionsmissbruk och icke-injektionsmissbruk.....	35
7.2 Narkotikamissbruk, alkoholmissbruk och blandmissbruk.....	38
7.3 Vidare forskning och egna reflektioner.....	40
<b>8. Referenslista</b> .....	<b>43</b>
<b>Bilaga 1</b> .....	<b>45</b>
<b>Bilaga 2</b> .....	<b>47</b>
<b>Bilaga 3</b> .....	<b>48</b>
<b>Bilaga 4</b> .....	<b>49</b>

# ***1. Inledning***

## *1.1 Problemformulering*

Den 1 november 2021 tvångsvårdades över 300 personer i Sverige enligt lagen om vård för missbrukare i vissa fall (LVM 1988:870), och enligt Socialtjänstlagen (SoL 2001:453) vårdades inom frivillig heldygnsvård över 1 800 missbrukare. Majoriteten av de som vårdades enligt LVM hade narkotika som huvudsaklig missbruksproblematik. Mellan 2010 och 2015 ökade antalet patienter med missbruk- och beroendeproblematik inom hälso- och sjukvårdens slutenvård och specialiserade öppenvård. Efter 2015 var det en tydlig nedgång mellan år 2019 och 2020 och minskningen motsvarade ungefär 500 patienter per år. Gällande vårdandet av missbruk inom hälso- och sjukvården kan utvecklingen beskrivas för olika substansgrupper utifrån diagnosen psykiska störningar och beteendestörningar. Det var i princip enbart diagnoser till följd av alkoholanvändning som minskade mellan åren 2010 och 2020. Diagnoser till följd av illegala droger och läkemedel har under denna period ökat. Under samma period vårdades betydligt fler missbrukare inom hälso- och sjukvården jämfört med andra vårdformer (Socialstyrelsen 2022, ss. 1-3).

Hur patienter upplever vården påverkar vårdförloppet, effektiviteten sett till insatser samt resultatet av behandlingen. Därför kan detta ses som ett mått på vårdens resultat och vårdprocessen. Det var framförallt under 1980- och 1990-talet som det introducerades att det är av vikt att uppmärksamma brukarnas perspektiv i bedömningen av vårdkvaliteten. Vetenskapliga studier på området har under 2000-talet minskat, förmodligen på grund av att brukares upplevelser av vård har blivit en del av rutinmässig uppföljning inom vården snarare än en forskningsfråga. Skälen för införskaffandet av brukarperspektivet var att det började ses som en viktig aspekt gällande uppföljning och insatser, och dessutom för att det hävdats att utvärderingar som saknar patientens perspektiv inte är fullständiga och för med sig en partiskhet och ojämlikhet till fördel för vårdgivaren (Socialstyrelsen 2013, s. 9).

Vi kan utifrån ovan alltså först och främst konstatera att användningen av beroendeframkallande substanser är ett utbrett socialt problem i Sverige med tanke på mängden människor som vårdas för missbruk samt de diagnoser som tillkommer. Det framkommer även att majoriteten av Sveriges missbrukare vårdas inom hälso- och sjukvården, vilket medför att vården har ett oerhört stort ansvar i arbetet med att motverka missbruk som socialt problem. Vikten av brukarundersökningar är omfattande för att patienters upplevelser av vården påverkar vårdförloppet, vidare insatser och

behandlingsresultat. Det är hälso- och sjukvårdens ansvar att ta del av brukarundersökningarna och arbeta med de förbättringsområden som finns för att öka den positiva upplevelsen av vården för patienterna.

Att vårdupplevelsen blir negativ för patienten kan bero på att man känner sig stigmatiserad av yrkesverksamma. Särskilt missbrukare som injicerar narkotika upplever hög grad av stigmatisering inom sjukvården, vilket föranleder att man undviker att söka fortsatt vård för sitt missbruk (Muncan et al. 2020, s. 6). Stigmatisering av missbrukspatienter är bland annat sammankopplat med de attityder kring missbrukspatienter som finns bland sjukvårdspersonal, vilket kan negativt påverka patienternas upplevelse av sin vård samt i värsta fall innebära att patienterna faktiskt får sämre mottagen vård (Bitarello et al. 2012, s. 392).

Vad som förklarar missbrukspatienters upplevelser av sin vård är vårt forskningsproblem. Det är således missbrukspatienters upplevelse av sin missbruksvård som vi kommer att fokusera på i denna studie. Eftersom användningen av beroendeframkallande substanser är ett socialt problem i Sverige samt eftersom drogbruk är ett stigmatiserat beteende inom vården finns relevans för socialt arbete och är därmed dessutom relevant för oss att undersöka. Genom en kvantitativ enkätstudie kommer vi att jämföra upplevd vård mellan olika missbruksgrupper, mer specifikt undersöka om missbrukare som injicerar narkotika upplever vården som sämre än vad personer med annan missbruksproblematik gör. Resultatet kommer sedan att diskuteras med hjälp av stigma.

## *1.2 Syfte*

Utifrån forskningsproblemet blir vårt syfte att undersöka den upplevda vården hos missbrukspatienter och om det finns en skillnad i upplevd vård beroende på vilken form av missbruk som underliggjer, där vi särskilt vill undersöka om upplevelsen av vården är sämre för patienter som har eller har haft ett injektionsmissbruk.

## *1.3 Frågeställningar*

De frågeställningar vi har formulerat är *Hur upplever patienter missbruksvården? Upplever patienter som injicerat droger missbruksvården som sämre jämfört med de som inte gjort det? Kan stigma förklara skillnaden i upplevd vård mellan de patienter som injicerat droger och de som inte gjort det?*

## ***2. Forskningsläget***

Utifrån tidigare forskning (Bitarello et al. 2012, s. 396; Brener et al. 2010, s. 1008) stigmatiseras individer med missbruksproblematik i form av injektion till en högre nivå än personer med andra missbruk. Drogmissbrukare som använder injektioner är grovt stigmatiserade bland annat på grund av att yrkesverksamma inom vården ser beteendet som något som missbrukaren själv kan kontrollera (Brener et al. 2010, s. 1008). Injektioner vid drogbruk, som är ett högt stigmatiserat beteende, är starkt associerat med lägre kvalitet på den primära vården (Bitarello et al. 2012, s. 392).

### *2.1 Stigmas påverkan på behandlingsresultatet*

Stigmatiseringen av icke-medicinskt drogbruk har en negativ påverkan på missbrukarens fysiska och psykiska hälsa samt behandlingsresultat. Professionella intressenter såsom kliniker, socialarbetare och rättsväsendet bidrar ofta till att missbrukare får sämre socialt och medicinskt välbefinnande samt sämre generell livskvalitet (Ezell et al. 2021, ss. 2-3). Intervjuer som utförts i södra Illinois i USA, med både professionella och missbrukare, visar att stigma gentemot icke-medicinskt drogbruk, injektioner och behandling mot drogbruk är ett stort och mångfacetterat problem, särskilt på landsbygden. Professionella som på landsbygden regelbundet arbetar med missbrukare visade sig inneha attityder som står i skarp kontrast till biomedicinska och sociokulturella förklaringsmodeller för droganvändning och principer för skademinskning. Detta trots att man ansåg sig vara medveten om de varierande orsakerna till icke-medicinsk droganvändning och injektion (Ezell et al. 2021, s. 7).

### *2.2 Stigma och avvisande attityder hos vårdpersonal*

Det har visat sig att det finns starka korrelationer mellan stigma och beteenden som är farliga för hälsan, särskilt när det kommer till stigmatiseringen av drogbruk, vilket är sammankopplat med ökad användning av sprutor och injektioner samt att man delar sprutor med varandra. Som konstaterats tidigare påverkar stigmatiseringen av drogbruk och injektioner individers beteenden vilket kan öka risken för sjukdom (Muncan et al. 2020, s. 2). I intervjuer utförda i New York City studerades vuxna personer som injicerar droger och som deltog i sprutserviceprogram med fokus på HIV-prevention. Frågorna utgick från sju domäner vilka var drogbruskhistorik, injektionshistorik, erfarenheter av överdos, erfarenheter av att ha varit i kontakt med vården, deltagande i sprutserviceprogram och andra skadereducerande program,

medvetenhet kring hepatit C, HIV och hur man förebygger sjukdomarna samt erfarenheter av att ha varit i kontakt med rättsväsendet (Muncan et al. 2020, ss. 2-3).

I undersökningen av Muncan et al. (2020) rapporterade 71,9 % av deltagarna någon form av upplevd stigma och avvisande attityder från personal på sjukhus och kliniker på grund av deras injicerande drogbruk. Majoriteten av deltagarna som upplevt stigma och avvisande attityder från sjukvårdspersonal påstod att personalen använt sårande språk eller uppträtt dömande vilket bidrog till lägre självkänsla och lägre känsla av värdighet hos deltagarna. Dessa deltagare associerade sämre vård specifikt till deras injicerande beteende, exempelvis en deltagare som berättade hur en läkare förändrades i sin interaktion med deltagaren när läkaren upptäckte deltagarens märken på armarna som hen fått efter att ha injicerat narkotika (Muncan et al. 2020, s. 4).

En undersökning av Faghir-Gangi et al. (2020) visade vidare att stigma gentemot personer som injicerar droger förekommer på apotek, vilket är en av de främsta källorna till sterila sprutor i Iran. De flesta apotekare föredrar att sälja sterila sprutor till personer som är i behov av medicinsk assistans framför att sälja till de som injicerar droger. Att som apotekare vägra sälja sterila sprutor till personer som injicerar narkotika beror på stigmatisering av missbrukare, och är ett stort hinder för personer som injicerar droger när det kommer till att främja sin hälsa (Faghir-Gangi et al. 2020, ss. 104-105).

### *2.3 Stigma bidrar till återanvändandet av sprutor*

Det är inte helt ovanligt att personer som injicerar narkotika och befinner sig i nära relationer med varandra delar på sprutor. I en tabell från en undersökning som utfördes bland personer som injicerar narkotika och som delar på sprutor i Iran (Faghir-Gangi et al. 2020, s. 101), redovisas klassifikationer och teman som är associerade med att man delar på sprutor vid injektion. I klassifikationen kunskap ingår teman såsom låg uppfattning av riskerna med att dela på sprutor, låg kvalitet och kvantitet inom utbildning kring dessa risker, brist på erfarenhet hos de som nyligen börjat injicera droger samt högre grad av att dela på sprutor mellan partners och de i nära relationer. I klassifikationen tillgänglighet till sprutor ingår teman kring faktorer relaterade till apotek, fängelse och drop-in centers och i klassifikationen barriärer ingår temana fattigdom, hemlöshet, viljan att bli drogpåverkad så fort som möjligt, depression, låg självkänsla, rädsla av att bli arresterad samt stigma. Dessa teman inom klassifikationen barriärer utgör alltså ett hinder för personer att använda egna sprutor (ibid.).

För att redovisa innebörden av temana i klassifikationen barriärer ytterligare, menas med fattigdom att majoriteten av deltagarna i undersökningen (Faghir-Gangi et al. 2020) inte har råd med tillräckligt många sprutor för att de inte ska behöva dela på dem. I samma undersökning intervjuades även personer som arbetar med missbrukare som injicerar samt experter på området, vilka uttryckte att hemlöshet gör det svårt för missbrukare att förvara sina sprutor och nålar på ett sterilt sätt. I intervjuer med både missbrukare och yrkesverksamma framkom det att viljan att bli drogpåverkad så fort som möjligt gör att personer som injicerar droger blundar för riskerna med att använda första och bästa tillgängliga spruta, även om sprutan används av någon annan. Det framkom därtill att depression och låg självkänsla hos missbrukarna gör att de inte bryr sig om riskerna som delande av sprutor innebär, eller sin egen hälsa för övrigt. De missbrukare som intervjuades berättade vidare hur rädslan för att bli arresterad av polis gör att de inte vågar gå till drop-in centers för att hämta nya sprutor och därmed återanvänder de sprutor som de redan har. Slutligen spelar stigma en stor roll i varför man inte vågar hämta nya sprutor på drop-in centers eftersom man inte vill bli sedd när man besöker ett sådant center. Risken för att bli sedd och därmed stigmatiserad av utomstående väger tyngre än att få tillgång till nya och sterila sprutor för sin hälsas skull (Faghir-Gangi et al. 2020, ss. 103-104).

#### *2.4 Stigma ökar risken för sjukdom*

Drogrelaterat stigma är associerat med riskabel användning av injektioner hos missbrukare. Det visar en undersökning utförd bland unga personer som injicerar droger i Chicagos förorter (Williams et al. 2021, s. 1). Stigma har en stor roll gällande hälsan hos personer som injicerar droger, inte enbart relaterat till eget riskbeteende utan även när det kommer till tillgång till sjukvård, psykologiska besvär, sociala relationer och stöd och självkänsla. Stigmatisering av personer som injicerar droger leder dessutom till fysiska besvär hos missbrukare. Som exempel ökar stigmatiseringen av HIV risken för diagnosen HIV. Stigma relaterat till fysiska hälsoproblem påverkar vidare psykiska besvär såsom depression, som i sin tur är associerat med sämre vårdresultat (Williams et al. 2021, ss. 1-2).

Utifrån samma undersökning (Williams et al. 2021) framkom att stigmatiserade individer kan influeras olika beroende på normer inom och utanför gruppen. I detta fall menas inom gruppen de som injicerar droger och utanför gruppen de som inte injicerar droger. Missbrukare som injicerar narkotika och som har erfarenheter av att bli stigmatiserade samt att förväntas bli stigmatiserade av personer som inte injicerar droger, är mer medvetna om och



mer benägna att ta efter de normer som finns utanför gruppen gällande injicerande drogbeetende, för att undvika negativa reaktioner från de andra, de utanför gruppen. Deras erfarenheter av att bli stigmatiserad och att förväntas bli stigmatiserad av personer som inte injicerar narkotika kan för övrigt innebära att de håller sig undan från andra personer som injicerar droger, de inom gruppen. Stigmatisering som sker inom gruppen personer som injicerar narkotika, internaliserad stigma, kan därtill bidra till att sammanhållningen och stödet inom gruppen blir sämre (Williams et al. 2021, s. 2).

I undersökningen (Williams et al. 2021) fick personer som injicerar narkotika svara på frågor som handlade om deras injektionsnätverk, alltså personer de omger sig kring som även de injicerar narkotika, deras injektionsbeteende och andra riskbeteenden, historik kring HIV- och hepatit C-testning, upplevelser av stigma, upplevelser av psykisk ohälsa samt sociodemografiska egenskaper (Williams et al. 2021, ss. 2-3). Resultaten visade att de som upplevde en högre grad av stigmatisering relaterat till drogbruk var förknippade med en betydligt högre benägenhet av att få hepatit C-infektion. Stigma återhåller relationen mellan säkrare injektionsnormer och hepatit C-infektion. Risken att bli hepatit C-positiv är som lägst när säkrare injektionsnormer förekommer och när drogrelaterat stigma är lågt (Williams et al. 2021, s. 4).

### **3. Stigma**

Goffman (2020, ss. 8-10, 23-46) definierar att vara stigmatiserad som att en individ avviker på ett "negativt" sätt från det som anses vara normalt. Det vill säga fenomenet stigma tar sitt uttryck i individens avsaknad av socialt erkännande då individen inte kan leva upp till de identitetsvärden som värdesätts i samhället. Detta kan ta sig till uttryck på flera olika sätt men den generella tanken är att stigma är egenskaper som den generella populationen anser avviker från det "normala". Dessa egenskaper som avviker från det normala kan vara allt från psykiska till fysiska "negativa" egenskaper. Goffman identifierar tre olika grupper när han pratar om stigma. Dessa är kroppsliga missbildningar, "fläckar på den personliga karaktären" och gruppstigma. Kroppsliga missbildningar tar sitt uttryck i det fysiska på en individ. "Fläckar på den personliga karaktären" är personliga aspekter av ens karaktär som kan vara allt från missbruk till arbetslöshet. Gruppstigma är utsattheten som en viss gruppstillhörighet kan ge som kan vara exempelvis ras, nationalitet och religion. "Fläckar på den personliga karaktären" är den kategori som personer med missbruksproblematik skulle placeras i och kommer därmed att vara den kategori som vi fokuserar på i den här studien.

Som tidigare nämnt kan en individ bli stigmatiserad av en rad olika aspekter som kan ha att göra med kropp, karaktär och kategoritillhörighet, som definieras av samhället som "negativa egenskaper" (2020, ss. 8-10, 23-46). Individer som anses ha "negativa" egenskaper får stereotyper riktade emot sig och kategoriseras därefter, oavsett om man vet att personen egentligen är mer än dess "negativa" egenskaper. Detta händer vardagligen oberoende av vem man är. Redan vid första anblick kategoriseras och definieras personen av andra, omedvetet eller medvetet, även om man egentligen inte vet något om personen. Personen får en "social identitet", som för det mesta inte passar in med individens verkliga sociala identitet, det vill säga den faktiska kategori och egenskaper som individen innehar. För personer som är stigmatiserade kan dessa stereotyper och kategoriseringar ha mycket större påverkan än för den "normala" personen. Genom stigma blir en individ som annars skulle accepteras i det sociala samspelet utesluten med ofta ingen eller liten chans i det sociala. Personen blir stigmatiserad då den uppvisar en egenskap som inte kan undgå uppmärksamhet. Individen erhåller en icke önskvärd skiljaktighet i förhållande till samhällets eller de "normalas" förväntningar vilket skapar ett vi och dem, en skiljaktighet. Goffman (ibid.) nämner att detta är en verklighet för personer med missbruksproblematik då de ofta avviker på detta sätt och påverkas därefter.

I denna uppsats använder vi oss av Goffmans (ibid.) teori om stigma för att se om vi kan förklara upplevelser av missbruksvård hos individer som har eller har haft missbruksproblematik. Teorin är relevant eftersom den kan stödja vår hypotes (se avsnitt 4.1) och hjälpa oss att på ett mer konkret sätt förklara samband och varför de finns. Som nämnt ovan kan individer med missbruksproblematik tydligt kategoriseras i en av Goffmans tre kategoriseringar av stigma, "fläckar på den personliga karaktären", och som Goffman nämner avviker från den "normala sociala identiteten". Därför tror vi att missbrukspatienters upplevelser av sin vård kan förklaras med hjälp av stigma. Vår tredje frågeställning, *Kan stigma förklara skillnaden i upplevd vård mellan de patienter som injicerat droger och de som inte gjort det?*, är formulerad utifrån denna teori.

Stigma kan vara en väldigt generell teori (2020, ss. 8-10, 23-46), men i vår studie kommer vi fokusera på begreppen styrande mekanismer och interaktionssamanhangets dynamik (Goffman 2020, ss. 14-16). Detta eftersom teorin dels är tänkt att styrka och förklara vår hypotes och våra resultat. Dock är dess primära användning att förklara och diskutera varför de samband vi får fram genom studien finns.

### *3.1 Styrande mekanismer*

Goffman (2020, ss. 14-16) definierar styrande mekanismer som ett samlingsbegrepp för normer, normativa förväntningar, ordningar, ritualer etcetera. Dessa mekanismer kan vara handlingsdirigerande, det vill säga styra hur man kan eller borde handla i interaktionen med en annan individ. När Goffman analyserar styrande mekanismer inom stigma blir begreppets innebörd för individer med missbruksproblematik väldigt stor. Goffman definierar begreppet genom normativa och institutionella regleringar av förväntningarna och föreställningarna på individer om hur de bör vara, se ut och uppträda, alltså att individers faktiska sociala identitet sätts i kontrast till hur den "normala" sociala identiteten är och ska vara som grundats i samhällets identitetsvärden. Genom detta kan individer definieras och tolkas på olika sätt som kan få dem att definieras som antingen diskrediterade eller misskreditabla. För individer med missbruksproblematik är detta ofta en väldigt tydlig verklighet, eftersom missbrukare inte alltid passar in i vad samhällets identitetsvärden kräver när de sätts i kontrast mot den "normala" sociala identiteten. Det är samhällets identitetsvärden som ställer förväntningar och föreställningar på individer om hur de bör vara, se ut eller uppträda, vilket som tidigare nämnt kan göra att individer med missbruksproblematik ses som de diskrediterade eller misskreditabla.

I studien kommer vi att använda oss av enkätfråga 5-8 (bilaga 1) för att representera styrande mekanismer (Goffman 2020, ss. 14-16) och kommer därmed att vara vår utgångspunkt för att analysera begreppet i förhållande till individer med missbruksproblematik. Enkätfråga 5-8 representerar begreppen positiva attityder, fördomsfrihet, förståelse och respekt hos vårdpersonalen, och har som funktion att försöka fånga upp stora delar av det som styrande mekanismer innebär, vilka är mer generellt formulerade styrande mekanismer som många fler specifika former av styrande mekanismer kan kategoriseras inom. Anledningen till att vi använder oss av dessa mer generellt formulerade begrepp till att representera styrande mekanismer är för att vi anser att de på ett bra sätt kan fånga upp de normativa och institutionella regleringar, förväntningar och föreställningar om hur en individ bör vara, uppträda och se ut, vilket utformar teorin om stigma. Samtidigt gör dessa generella begrepp att vi kan hålla svarsalternativen korta och få, vilket ökar våra chanser för att fler personer tar sig tid att besvara enkäten.

### *3.2 Interaktionssammanhangets dynamik*

Interaktionens dynamik beskrivs av Goffman (2020, ss. 14-16) som en kraftlära som handlar om hur individer inom ett och samma rum påverkar varandra på flera olika sätt. Dessa olika sätt som de kan påverka varandra på kan vara genom styrande mekanismer såsom konflikter, spänningar och pinsamhet. Det vill säga individerna som befinner sig i samma rum kan påverka varandra vilket ger avsedda eller icke avsedda effekter, som samtidigt kan skapa avsedda eller icke avsedda konsekvenser. Interaktionsdynamiken blir därmed ett förnuft eller en styrande inramning av mötet med den andra där styrande mekanismer påverkar interaktionen som stort. Interaktionsdynamiken är en dynamik som i hög grad styrs av individens vilja och känsla av att vara sedd av de andra, där individen styr vad som visas upp för de andra, för att passera som "normal" eller passera på rätt sätt i situationen som individen befinner sig i. Detta påverkar inte endast personer som är stigmatiserade utan alla i samhället där sociala situationer och ens framträdande spelar stor roll för andra. Man kan säga att det allmänna identitetsvärdet som finns i samhället kanske inte alltid tar sig tydligt till uttryck i samtalet med de andra, men det kastar ändå en skugga över vårt vardagliga liv.

Där interaktionens dynamik kan bli som tydligast för vår urvalsgrupp, alltså individer med missbruksproblematik, är i interaktionen med yrkesverksamma. I interaktionen med sjukvårdspersonal styrs patienterna av hur de framträder i mötet med de yrkesverksamma, vilket kan ta sig till uttryck genom att patienterna inte känner att de kan vara konfronterande, att de känner att de måste hålla sig lugna och kanske berätta mycket mer än vad de egentligen är bekväma med i samtalet med den yrkesverksamma. Det vill säga de måste anpassa sin personlighet och sin framförhållning till den yrkesverksamma. Om patienten inte gör det och agerar på ett sätt som inte följer samhällets identitetsvärden inom samtalets uppsatta ramar, riskerar patienten att inte få den hjälp hen är i behov av eller har rätt till. Det blir som ett tvång för att kunna få den hjälp som individen behöver eller har rätt till, för det är endast i samtalet med den andre som individen kan uppnå detta (Christoffersen 2017, ss. 88-92).

I studien kommer vi använda oss utav enkätfråga 3, 4 och 9 (bilaga 1) för att representera interaktionssammanhangets dynamik (Goffman 2020, ss. 14-16). Dessa frågor omfattas av interaktionssammanhangets dynamik och inte styrande mekanismer eftersom frågorna inte konkret kan kopplas till en styrande mekanism, utan istället påverkas av flera olika former av styrande mekanismer, där fråga 3, 4 och 9, som täcker interaktionssammanhangets dynamik, är tänkt att bli starkt påverkade av fråga 5-8, som täcker styrande mekanismer. Det vill säga att respondentens nöjdhet med vården, respondentens

upplevelse av bemötande från personal och vården som respondenten anser sig ha rätt till (fråga 3, 4 och 9, bilaga 1), är tänkta att vara starkt påverkade av respondenternas upplevelser av positiva attityder, fördomsfrihet, förståelse och respekt (fråga 5-8, bilaga 1) hos personalen.

#### ***4. Hypoteser***

Under vår praktik på socionomprogrammet, med olika patienter inom vården, uppmärksammade vi att missbruksvården kunde se väldigt olika ut beroende på vilken avdelning som patienterna befann sig på, där den stora skillnaden mellan olika avdelningar, enligt vår uppfattning, ofta berodde på yrkesverksammas stämning, inställning eller andra faktorer som påverkade dynamiken och patienternas mående. Denna stämning eller dynamik från yrkesverksamma kunde påverka deras bemötande gentemot klienten betydligt. Detta kunde uttrycka sig i olika tankar om vad som behövde göras, borde göras, inställningen till patienterna och många andra faktorer som grundade sig i de olika avdelningarnas gruppvärderingar.

Individer med missbruksproblematik har ett beteende som delar av allmänheten stigmatiserar eller ser ner på, vilket kan skapa antaganden gentemot dem som kan uttrycka sig i form av en negativ karaktär. Precis som Goffman (2020, ss. 8-10) uttrycker kategoriseras missbrukare inom kategorin "fläckar på den personliga karaktären", vilket just innebär stigmatiseringen av personliga aspekter hos en individs karaktär. Dessa tankar som allmänheten kan ha, kan sprida sig in till avdelningar genom yrkesverksammas olika värderingar, antaganden och kunskaper, vilket kan skapa negativa dynamiker eller stämningar på avdelningarna. Teorin fick oss på så sätt att vilja undersöka hur missbrukspatienter upplever vården, för att sedan se om vi kan förklara upplevelsorna med hjälp av teorin. Vi bestämde oss för att i vår undersökning lägga ett extra fokus på personer som injicerar droger eftersom tidigare forskning visar att injektion av narkotika är ett beteende som stigmatiseras mer än andra typer av missbruk (Bitarello et al. 2012, s. 396; Brener et al. 2010, s. 1008), och därför kan det vara så att injektionsmissbrukare upplever missbruksvården som sämre än andra typer av missbrukare. Utifrån observationer på våra praktikplatser kunde vi dessutom se att injektionsmissbruk sågs av personalen som ett betydligt mer allvarligt problem än "vanligt" missbruk. Med tanke på vad den tidigare forskningen säger samt vad vi själva observerat tror vi att injektionsmissbrukare upplever sin missbruksvård som sämre än personer med annat missbruk. Därmed formulerade vi hypoteserna nedan.

#### *4.1 Hypoteserna*

H1: Personer som hade ett injektionsmissbruk när de fick missbruksvård uppvisar högre nivåer av missnöjdhet kring sin missbruksvård än personer med annan missbruksproblematik.

H0: Personer som hade ett injektionsmissbruk när de fick missbruksvård uppvisar samma nivåer av missnöjdhet kring sin missbruksvård som personer med annan missbruksproblematik.

### **5. Metod**

Här kommer vi att redogöra för den metod vi använt för att genomföra vår studie. Vi beskriver metodmässiga överväganden, metodens förtjänster och begränsningar, metodens tillförlitlighet, metodens urval, representativt urval och bortfall, insamling av empiri, databearbetning och analysmetod, arbetsfördelningen oss emellan samt etiska överväganden och vår position till studien som forskare.

#### *5.1 Metodmässiga överväganden*

I den här undersökningen har vi velat ta reda på missbrukares upplevelser av missbruksvård bland personer som någon gång fått vård för missbruk. Vi har varit intresserade av att ta reda på hur missbrukare upplevt vården när de fått vård för sitt missbruk, sett till deras senaste vårdtillfälle. Vi vill dessutom se om det finns en skillnad mellan upplevd vård mellan deltagarna, beroende på vilket typ av missbruk de fick vård för. Både personer som för tillfället är missbrukare och personer som har varit missbrukare men som numera är tillfrisknade är av intresse för den här studien. Ett krav är dock att man som respondent vid något tillfälle har fått vård för missbruk.

Eftersom vi velat få fram material som vi kan mäta statistiskt med hjälp av datorprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) samt eftersom vårt intresse har varit att analysera frågan på gruppnivå och att kunna generalisera på totalpopulationen valde vi att utföra en kvantitativ metod i form av en enkät. Enkäten publicerades på flera olika webbaserade plattformar som riktar sig till missbrukare som målgrupp.

## *5.2 Metodens förtjänster och begränsningar*

Eftersom vi velat få fram ett material som vi kan analysera på gruppnivå är enkäter lämpliga då man kan skicka ut en enkät till väldigt många personer samtidigt (Bryman 2018, s. 286), alltså nå ut till en stor grupp av individer. Trots detta har vi tyvärr inte lyckats få in särskilt många svar vilket förmodligen beror på att vi inte kunnat skicka ut enkäten till specifika personer, utan behövt publicera enkäten på olika plattformar som riktar sig till missbrukare som målgrupp, och där risken finns att långt ifrån alla som följer eller besöker dessa plattformar ser enkäten.

Eftersom vi inte träffade respondenterna personligen riskerar inte metoden att medföra en intervjuareffekt, vilket kan förekomma under intervjuer, och innebär att intervjuaren kan påverka de svar som respondenterna ger. Faktorer såsom intervjuarens kön, sociala bakgrund och etnicitet kan bidra till en skevhet i svaren som respondenterna ger. Närvaron av en intervjuare kan bidra till fler skevheter genom att respondenterna överlag ger mer socialt önskvärda responser än när de i lugn och ro får svara på frågor i en enkät. Forskning visar även att respondenter tenderar att inte ge fullständiga eller helt ärliga svar i närvaron av en intervjuare när man hanterar känsliga ämnen, som exempelvis drogbruk och alkoholkonsumtion (Bryman 2018, ss. 287-288). Att missbrukare är en känslig grupp är något som vi sett som en begränsning när vi diskuterat val av metod, och därmed var en kvantitativ metod i form av en enkät ett självklart val för oss i och med att vi genom en enkät har möjligheten att behålla respondenterna fullständigt anonyma genom hela processen. Gällande begränsningar har det dessutom funnits en begränsning för oss som studenter att få tag på och intervjua missbrukare eller före detta missbrukare som därtill ska ha fått missbruksvård, vilket varit en ytterligare anledning till att använda oss av en enkät.

Även om det finns många positiva aspekter med enkäter undkommer vi inte nackdelar med den här metoden. Vid enkätundersökningar är det mycket viktigt att frågorna är formulerade på ett klart och tydligt sätt som gör det lätt för respondenterna att förstå frågorna. Det här har att göra med att det vid enkätundersökningar inte finns någon intervjuare närvarande som kan svara på eventuella frågor som respondenterna har kring enkäten, vilket medför en risk för att respondenterna i vår undersökning uppfattat frågor fel och svarat på ett annat sätt än vad som var tänkt. Särskilt eftersom vi till största del har frågor med många svarsalternativ (Bryman 2018, s. 288). Eftersom vi skickade ut enkäten på plattformar som vem som helst kan ta del av, finns en risk för att det inte är rätt typer av personer som besvarat enkäten. Även om plattformarna är riktade till missbrukare kan personer som inte är

missbrukare få tillgång till enkäten och därmed ha svarat på vår enkät. Personer som är missbrukare men som inte har fått vård för missbruk kan dessutom ha svarat på enkäten (Bryman 2018, s. 289). Enkäter kan dessutom innebära ett stort bortfall (Bryman 2018, s. 290), vilket vi tyvärr har haft. Mer om bortfall finns i avsnitt 5.5.

### *5.3 Metodens tillförlitlighet*

Reliabilitet i en studie mäts utifrån stabilitet, intern reliabilitet och interbedömarreliabilitet (Bryman 2018, ss. 207-208). Stabilitet handlar om att kunna få fram samma resultat om studien utförs igen (Bryman 2018, s. 207). Vi har enbart utfört studien vid ett tillfälle och har inte undersökt om vi får samma resultat vid ett andra tillfälle. Om vi hade haft möjligheten att skicka ut enkäten i plattformarna en andra gång hade vi däremot sett till att fortsatt ha de lättförstådda frågor som vi har formulerat i enkäten, ha precis samma frågor som vid första gången vi skickade ut enkäten samt ha frågorna i samma följd. Intern reliabilitet kan vara en utmaning att uppnå när man har enkätfrågor med många svarsalternativ och mäter multipla indikationer eftersom det finns en risk att indikationerna inte är relaterade till samma mått. Det behöver finnas en viss grad av samstämmighet mellan svarsalternativen på dessa frågor när de ska mäta samma fenomen (Bryman 2018, s. 208). Därför har vi sett till att ha samma svarsalternativ på alla de frågor som mäter upplevelsen av vården hos respondenterna och att svarsalternativen har ett samband med varandra (se fråga 3-9, bilaga 1). Av denna anledning har vi även utfört ett Cronbach's Alpha som vi behandlar i avsnitt 5.7.1.

Interbedömarreliabilitet som handlar om hur man som forskare tolkar resultatet (Bryman 2018, s. 208) har inte varit ett problem för oss då vi tolkat resultatet på samma sätt.

Förutsättningarna för att vi har uppnått det här har varit att vi i förväg identifierat vad våra frågor och svarsalternativ innebär. Detta kommer vi gå in på ytterligare i avsnitt 5.7.

Validitet har att göra med om ett mått för ett begrepp mäter begreppet i fråga (Bryman 2018, s. 209). Det begrepp som vi mäter i vår studie är upplevd vård hos personer som någon gång fått missbruksvård. Vi har alltså behövt säkerställa att de frågor vi formulerat i vår enkät faktiskt mäter vårt begrepp, vilket vi gjort genom att konsultera med kurskamrater, handledare och varandra samt med hjälp av tidigare forskning och teori. Att måttet speglar innehållet i det aktuella begreppet innebär att ytvaliditeten är hög (Bryman 2018, s. 210). En beskrivning av hur vi gick tillväga när vi formulerade enkätens frågor finns i avsnitt 5.6.



## 5.4 Urval

Det är svårt att få fram information gällande hur många personer i Sverige som någon gång fått missbruksvård. Den närmsta information vi kan få fram är att över 300 personer vårdades enligt lagen om vård för missbrukare i vissa fall (LVM 1988:870) och att över 1800 personer vårdades inom frivillig heldygnsvård enligt Socialtjänstlagen (SoL 2001:453) under 2021 (Socialstyrelsen 2022, s. 1). Vår totalpopulation, vilket är alla inom sin målgrupp (Barnark & Djurfeldt 2021, ss. 35-36), är de personer i Sverige som någon gång fått vård för missbruk, eftersom vi publicerat enkäten på plattformar som riktar sig till svenska missbrukare. Det urval vi har gjort är ett bekvämlighetsurval (Bryman 2018, ss. 243-244) eftersom vi publicerat enkäten i plattformar där personer som råkat se enkäten, alltså råkat vara tillgängliga som respondenter, har besvarat enkäten.

Från första början var tanken att skicka ut enkäten till endast en facebookgrupp som riktar sig till missbrukare. Efter godkännande av administratör i facebookgruppen Icke Religiösa Alkoholister/Missbrukare/Medberoende, en facebookgrupp med 675 medlemmar (där en av oss dock är medlem eftersom facebookgruppen är stängd), publicerade vi enkäten i denna grupp. Efter att enkäten hade varit publicerad i facebookgruppen i ett dygn hade vi bara fått in två svar, och fick därför dessutom publicera enkäten på flera olika plattformar såsom flashback och reddit samt försöka ta hjälp av instagramkonton som riktar sig till missbrukare och en bekant som arbetar med missbrukare. Vi hörde av oss till en ytterligare facebookgrupp som heter Humanisera Narkomanen som har 685 gilla-markeringar och 702 följare. Administratören för facebookgruppen sade att hen själv kunde publicera enkäten i gruppen, men gjorde det tyvärr aldrig, trots att vi skickade meddelanden med påminnelser.

Vi publicerade enkäten i åtta olika trådar på flashback under ämnet drogrehabilitering. De trådar som vi publicerade enkäten i var klistrade under detta ämne och sidan informerade om att dessa trådar var som mest relevanta för inlägg av allmän karaktär. Just därför publicerade vi enkäten i dessa trådar, vilka var "FAQ: LARO - Substitutionsbehandling, vanliga frågor och svar", "Dags för uppehåll/sluta med cannabis [Den stora tråden] /MOD", "I ärlighetens namn nu, klarar du en vit månad?", "AA Och NA [Allmän diskussions-tråd]", "Vilka behandlingshem har ni varit på? [allt om behandlingshem /mod]", "Journummer för beroende som behöver prata [/mod]", "Här delar vi ut RYGGDUNKAR och beröm för drogfria dagar" samt "Vi som tänker bli nyktra (alkohol)".

Vi sökte även igenom reddit för att se om vi kunde hitta några grupper som vi kunde skicka ut enkäten till. På reddit var det svårt att hitta grupper med inriktning missbruk, stöd,

hjälp eller information. De flesta grupper på reddit som är svenska innehöll utifrån vad vi kunde hitta primärt information kring droger. Tillslut hittade vi en lämplig grupp att skicka ut enkäten i, som heter SweRC. SweRC är en grupp som fokuserar på att informera om droger och skademinimering. Gruppens administratör gick med på att publicera enkäten i sin grupp med 586 medlemmar. Vi kontaktade även en grupp som heter Sveriges subreddit om droger som har 7900 medlemmar, men de gick inte med på att publicera enkäten.

Vi hörde dessutom av oss till fyra instagramkonton med missbrukare som målgrupp och frågade om de skulle kunna publicera enkäten. Dessa instagramkonton var @medberoendepodden med 6016 följare, @beroendepodden med 3875 följare, @enberoendepodd med 2738 följare och @en\_beroendetalar ut med 2892 följare. Vi fick endast svar från ett av dessa instagramkonton, @medberoendepodden, men tyvärr svarade de efter att vi hade stängt enkäten. Slutligen bad vi dessutom en bekant som arbetar med missbrukare om hjälp, som anordnade att Nämndemansgårdens terapeuter kunde dela ut enkäten till missbrukspatienter på internat och efterbehandling. Vi valde dock att stoppa utdelningen av enkäten på Nämndemansgården på grund av etiska aspekter. Vi återkommer till detta i avsnitt 5.9.

### *5.5 Representativt urval och bortfall*

För att komma fram till ett representativt urval behöver man i stickprovet på populationen se till att de grupper man ska undersöka är lika stora (Bryman 2018, s. 229). Ett representativt urval innebär att undersökningen kan generaliseras på populationen (Bryman 2018, s. 227). Hur stor vår population är kan vi, som nämnt i avsnitt 5.4, inte få fram specifik information om. På grund av vår urvalsmetod vet vi inte heller hur stort stickprovet var, eftersom vi publicerade enkäten på olika webbaserade plattformar. Därför kunde vi inte se till att vi fick in enkätsvar från lika många personer i de grupper vi ville nå, vilka främst var personer som fick vård för injektionsmissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle och de som inte fick det, utan fick vård för annat missbruk vid sitt senaste vårdtillfälle. Vi fick 18 svar på enkäten, varav två av dessa var svar från personer som vid sitt senaste vårdtillfälle fick vård för injektionsmissbruk. Det innebär att vi har ett stort samplingsfel (Bryman 2018, s. 230), vilket kan förklaras med att vår undersöknings tillförlitlighet minskar, och att vi inte har ett representativt urval mellan dessa två grupper. Vi kan därför inte heller generalisera vårt resultat på populationen, även om vi inte vet hur många personer som ingår i populationen.

När vi istället delade upp respondenterna i grupperna de som fick vård för alkoholmissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle, de som fick vård för narkotikamissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle, och de som fick vård för alkohol- och narkotikamissbruk, alltså blandmissbruk, vid sitt senaste vårdtillfälle, var skillnaderna i antal respondenter i respektive grupp inte lika stor. Bland respondenterna var de som fick vård för alkoholmissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle åtta stycken, de som fick vård för narkotikamissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle fem stycken, och de som fick vård för blandmissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle fem stycken. Här har vi istället ett måttligt stort samplingsfel (ibid.). Även om samplingsfelet är mindre mellan dessa grupper kan vi dock inte heller generalisera detta på populationen på grund av den låga svarsfrekvensen.

Som sagt besvarades enkäten av 18 personer, och alla dessa kan användas i analysen eftersom alla svarade att de någon gång fått vård för missbruk (se fråga 1, bilaga 1). Alla respondenter besvarade dessutom alla frågor, vilket innebär att vi inte har något bortfall av dessa (Bryman 2018, s. 240). Vi har däremot ett bortfall av de personer som har fått missbruksvård och som inte besvarade enkäten, bland de personer som tar del av de webbaserade plattformar där enkäten publicerades. Med tanke på antalet medlemmar i de webbaserade plattformar där vi publicerade enkäten (se avsnitt 5.4) var det ytterst få som faktiskt besvarade enkäten. Anledningen till varför vi fick in så få svar tror vi har att göra med att många inte sett att enkäten publicerats samt att personerna inte velat besvara enkäten.

## *5.6 Insamling av empiri*

Den insamlingsmetod som vi har använt av oss för att få in vårt material är som sagt publicering av en enkät. På alla de plattformar där enkäten skickades ut skrev vi ett inlägg med kort information om enkäten och innehållande den länk som tar respondenten direkt till enkäten. När respondenterna gick in på länken möttes de av en samtyckesblankett (se bilaga 2) som de behövde läsa innan de antingen valde "Jag samtycker" eller "Jag nekar samtycke". Vid val av "Jag samtycker" togs respondenten vidare till själva enkäten. Samtyckesblanketten formulerade vi med hjälp av en mall (Eldén 2020, ss. 85-86).

Till att börja med publicerade vi enkäten i facebookgruppen Icke Religiösa Alkoholister/Missbrukare/Medberoende den 20 april 2023, efter att facebookgruppens administratör hade gett sitt godkännande ett par dagar före. Därefter har enkäten dessutom publicerats i åtta trådar på flashback den 21 april 2023 och i en grupp på reddit den 24 april 2023. Den 25 och 26 april 2023 delade terapeuter på Nämndemansgården ut enkäten till

patienter på internat och efterbehandling. Enkäten var tillgänglig från och med den 20 april till och med den 27 april 2023.

### *5.7 Databearbetning och analysmetod*

Utifrån vårt syfte med studien, som är att undersöka upplevelser av vården hos individer med missbruksproblematik, och för att styrka våra hypoteser, vill vi undersöka hur de olika grupperna inom missbruk relaterar till varandra, det vill säga genomföra en bivariat komparativ analys (Bryman 2018, ss. 416-421). Studiens fokus blir därmed att undersöka det centrala begreppet upplevelse av vård, med den oberoende variabeln vilken är individer med olika typer av missbruk och med den beroende variabeln vilken är upplevelsen av vården som ramverk (Bryman 2018, s. 74). Eftersom vi särskilt vill fokusera på individer med injektionsmissbruk i jämförelse med individer utan injektionsmissbruk, blir dessa två grupper våra två jämförande variabler.

För att få fram data som vi kan analysera dessa två olika variabler utifrån använder vi som sagt oss utav insamlingsmetoden enkäter. Inom enkäten finns det ett flertal olika frågor som skiljer sig åt i mening, struktur och användning i analysen av datamaterialet. I enkäten har vi först fråga 1, 1.1 och 2 som används för att kunna strukturera upp fråga 3-9. Fråga 1 och 2 innehåller dikotoma variabler vilket är kvalitativa variabler (Bryman 2018, ss. 409-411), med svarsalternativ "ja" eller "nej" som endast hjälper till att kategorisera fråga 3-9. Fråga 1.1 innehåller nominalvariabler, med flera svarsalternativ där respondenten väljer vilket typ av missbruk de fick vård för vid sitt senaste vårdtillfälle, vars syfte även är att kategorisera fråga 3-9. Vi vill kategorisera svaren med hjälp av fråga 1 för att säkerhetsställa att personerna som svarar på enkäten tillhör vår urvalsgrupp, personer som någon gång fått vård för missbruk. Fråga 2 gör det möjligt för oss att skapa de två grupperingarna som vi vill undersöka, de som hade ett injektionsmissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle och de som inte hade det. Fråga 1.1 ger oss möjligheten att se vilken form av missbruk som patienten hade vilket underlättar för oss att se samband och skillnader eller liknelser mellan injektion och annan form av missbruk (se bilaga 1).

Vi har även frågor till för att skapa det datamaterial som vi vill analysera utifrån, det vill säga våra indexfrågor (Bryman 2018, s. 827). Fråga 3-9, är intervallvariabler vilka är kvantitativa variabler (Bryman 2018, ss. 409-411), som har svarsalternativen "instämmer helt", "instämmer delvis", "tar delvis avstånd" och "tar avstånd". Dessa olika variabler ger vi olika indexvärden, från 1-4, där "instämmer helt" får värdet 1, "instämmer delvis" får värdet

2, “tar delvis avstånd” får värdet 3 och “tar avstånd” får värdet 4. Dessa svarsalternativ formulerades med inspiration från en modell för att utveckla brukarundersökningar inom psykiatrisk vård och omsorg (Socialstyrelsen 2013, ss. 25-26). Vi ger svarsalternativen indexvärden för att kunna utföra analysen. Fråga 3-9 (se bilaga 1) är viktiga för vår analys, och blir våra indexfrågor, eftersom dessa frågor kan kategoriseras inom Goffmans (2020, ss. 8-10, 23-46) teori om stigma, och det är stigma som vi vill analysera materialet utifrån. Mer om detta i avsnitt 7.

Fråga 3, 4 och 9 tänker vi tydligast har att göra med interaktionssamanhangets dynamik (Goffman 2020, ss. 14-16) inom teorin om stigma. Detta då det endast är i interaktionen med den andra som patienten kan få den hjälp som den behöver eller egentligen har rätt till, och hjälpen som en patient behöver kan vara väldigt personlig och ibland svår att uttrycka och kan därmed misstolkas eller bli fel. Styrande mekanismer som samtals dynamik kan ha stora effekter på hur väl samtalet fungerar samt på den hjälp som patienten får. Här tänker vi utifrån våra hypoteser att patienter med injektionsmissbruk känner av den här formen av stigma mer än vad personer med andra former av missbruk gör och därmed upplever vården som sämre. Fråga 5-8 menar vi mäter några av de styrande mekanismerna som kan finnas i ett samtal, det vill säga fördomarna, respekten, bemötandet och attityderna (se bilaga 1).

Inom ett samtal kan det vara ett flertal olika styrande mekanismer (Goffman 2020, ss. 14-16) som kan vara handlingsdirigerande och ha stor påverkan, men i fråga 5-8 (se bilaga 1) valde vi att endast ta upp begreppen positiva attityder, fördomsfri, förstående och respekt. Detta eftersom begreppen inte är särskilt specifika och fångar mycket av det som styrande mekanismer innebär och därmed även fångar största delen av samtals dynamik. Man kan diskutera frågan om det hade behövts fler frågor som berör styrande mekanismer, men vi kom fram till att vi kunde fånga majoriteten av vad samtals dynamik innebär med hjälp av dessa begrepp. I och med att vi inte har kunnat utföra en mer omfattande undersökning på grund av tidsramen, samt eftersom vi var ute efter att få in så många svar som möjligt, valde vi att hålla enkäten så kort som det bara gick. För att analysera dessa indexfrågor och dess indexvärden använder vi oss av olika test och tabeller och diagram i SPSS för att förtydliga skillnader eller visa på andra former av samband.

### *5.7.1 Cronbach's Alpha-test*

Då våra indexvariabler är intervallvariabler som vi vill undersöka när vi slagit ihop dem, vill vi veta hur bra som de respektive intervallvariablerna/indexfrågorna korrelerar till varandra. Det vill säga undersöka den interna reliabiliteten. Detta vill vi göra då det finns en risk att frågorna inte mäter samma sak när man sammanställer flera olika frågor och analyserar dem tillsammans på samma mått. Om frågorna inte mäter samma sak saknar de överensstämmelse eller följdriktighet. För att vara säkra på att varje fråga med största sannolikhet mäter samma sak, eller för att undersöka om det finns frågor som inte visar sig vara relaterade till samma mått, utförde vi ett Cronbach's Alpha-test med hjälp av SPSS (Bryman 2018, ss. 208-209).

Vi har diskuterat om Cronbach's Alpha är ett test vi ska använda eller inte eftersom vi har ett urval som gör att vi inte kan generalisera på totalpopulationen. Trots det valde vi att utföra testet då detta test kan visa på att med ett större urval eller annan form av urval så skulle sambandet även kunna finnas på en allmän nivå inom totalpopulationen. Testet presenteras i avsnitt 6.1.

### *5.7.2 T-test*

Vi utförde ett t-test eftersom vår ambition har varit att jämföra medelvärden av upplevd vård mellan två grupper, vilka är de personer som vårdades för injektionsmissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle och de som inte hade ett injektionsmissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle. I t-testet jämför vi gruppernas medelvärden på respektive indexfråga/intervallvariabel. Genom detta test testar vi vår hypotes. T-testet visar dessutom standardavvikelser vilket visar hur mycket svaren på frågorna skiljer sig åt. Testet presenteras i avsnitt 6.2.

### *5.7.3 One-Way ANOVA-test*

Vi har dessutom genomfört ett One-Way ANOVA-test för att kunna jämföra medelvärden mellan tre grupper, vilka är de som hade ett alkoholmissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle, de som hade ett narkotikamissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle och de som hade ett blandmissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle. Detta eftersom vi, precis som i t-testet mellan de två grupperna de som fick vård för injektionsmissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle och de som inte fick vård för ett injektionsmissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle, vill få fram medelvärden på respektive indexfråga/intervallvariabel. Vi behöver göra ett One-Way ANOVA-test för dessa tre grupper eftersom ett t-test endast kan få fram medelvärden för två grupper. Vi kom fram till att utöver ett t-test göra ett One-Way ANOVA-test eftersom skillnaden mellan antalet

respondenter som hade ett injektionsmissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle och de som inte hade det var väldigt stor. Urvalet mellan dessa två grupper är inte representativt precis som vi beskriver i avsnitt 5.5. Att dessutom göra detta test på tre nya grupper kan stärka resultatet från t-testet. One-Way ANOVA-testet presenteras i avsnitt 6.3.

### *5.8 Arbetsfördelning*

När vi arbetade med en inlämningsuppgift på kursen SOPA62 upptäckte vi att vi arbetade bra och effektivt trots att vi bor på olika orter och därför inte kunde sitta tillsammans och skriva särskilt ofta. Så har det fortsatt vara under processen av den här uppsatsen och därför har vi delat upp arbetet på så sätt att vi på varsitt håll arbetar med och skriver på olika avsnitt. Under tiden som vi arbetat separat har vi dock haft kontinuerlig kontakt och stämt av arbetet med varandra, hjälpt varandra och gått igenom vad vi gjort och vad vi skrivit för att se till att vi båda är överens om vad vi vill nämna. Vi har dessutom träffats och arbetat ihop vid några tillfällen när vi känt att vi behövt varandras stöd.

### *5.9 Etiska överväganden*

Etiska överväganden kan diskuteras utifrån fyra huvudkrav som man ska förhålla sig till i forskning. Dessa är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Eldén 2020, ss. 29-30). Enligt informationskravet ska forskarna informera de som deltar i undersökningen om undersökningens syfte, vad deltagarnas uppgift är i undersökningen, vilka villkor som gäller för deras deltagande, att deltagandet är frivilligt, att deltagarna har rätt att avbryta sin medverkan, samt annan information kring studien som kan vara bra för deltagarna att känna till (Eldén 2020, s. 30). Den här informationen fick respondenterna i vår studie via samtyckesblanketten de behövde läsa igenom innan de kunde antingen samtycka eller inte samtycka till enkäten (se bilaga 2). Eftersom vi inte träffade respondenterna personligen var det i samtyckesblanketten som vi fick möjlighet att ge denna information. På så sätt kunde vi även se till att alla respondenter fick samma information.

Som nämnt i avsnitt 5.4 tog vi beslutet att avsluta utdelning av enkäten till patienter på Nämndemansgården. Detta eftersom patienterna fick enkäten tilldelade sig från sina behandlingsterapeuter, där risken finns att terapeuterna ger annan eller felaktig information till patienterna om enkäten utan att vi känner till det. Dessa respondenter skulle kunna få ytterligare information om studien än andra respondenter vilket kan påverka deltagarna samt resultatet på ett negativt sätt. Vi vet dock inte om terapeuterna hann dela ut några enkäter.

Samtyckeskravet kräver att forskarna inhämtar deltagarnas samtycke, att deltagarna själva bestämmer om de vill delta, att deltagarna ska kunna avbryta sin medverkan utan negativa medföljder och att deltagarna inte får utsättas för påtryckning eller påverkan i sitt beslut om att delta i studien eller inte. Dessutom bör det inte föreligga ett beroendeförhållande mellan forskare och deltagare (Eldén 2020, s. 30). Samtyckesblanketten (se bilaga 2), som respondenterna behövde läsa innan de kunde välja att delta i studien eller inte, innehöll som sagt information om frivilligt deltagande och att man har rätten att avbryta sin medverkan. Samtycke samlades in genom att respondenterna behövde fylla i "Jag samtycker" innan de kunde påbörja enkäten. Alternativet "Jag nekar samtycke" fanns även och vid valet av detta alternativ kunde man inte fylla i enkäten. Därmed har vi samlat in samtycke från samtliga respondenter som ingår i vår studie.

Ingen av de respondenter som nådde enkäten via webbaserade plattformar utsattes för någon typ av påtryckning. Vi som forskare och studenter hade heller inget beroendeförhållande gentemot dessa respondenter. Däremot kan vi inte veta om behandlingsterapeuterna på Nämndemansgården utsatte patienterna för påtryckning gällande deltagande i enkäten. Det är dessutom problematiskt att terapeuterna var de som gjorde enkäten tillgänglig för patienterna eftersom det föreligger beroendeförhållanden mellan behandlare och patient, vilket är av vikt även om behandlarna inte är forskare eftersom risken finns att patienterna känner att de måste delta i undersökningen om deras behandlare säger att de ska eller bör delta. Detta är ytterligare anledningar till att vi avbröt utdelningen av enkäten till Nämndemansgårdens patienter.

Utifrån konfidentialitetskravet ska forskarna förvara personuppgifter tillhörande studiens deltagare på ett sätt att obehöriga inte kan komma åt dem. Gällande en sådan uppgift bör forskarna skriva under om tystnadsplikt om deltagarna tillhör en känslig grupp eller om personerna går att identifiera (Eldén 2020, ss. 30-31). Vi har inte skrivit under om tystnadsplikt eftersom det inte registreras vem som besvarar enkäten i Sunet Survey (Lunds universitets enkätverktyg). Våra enkätfrågor täcker inte heller några som helst personuppgifter (se bilaga 1). I samtyckesblanketten (se bilaga 2) informerade vi dessutom om att alla respondenters svar kommer att raderas efter att vi genomfört våra analyser. Slutligen förhåller vi oss till nyttjandekravet genom att enbart använda respondenternas svar till denna undersökning (Eldén 2020, s. 31).



### *5.10 Vår position i förhållande till studien*

Genom hela utförandet av den här undersökningen har vi arbetat aktivt med att våra tankar och värderingar inte ska påverka studiens resultat. Det har vi bland annat gjort genom att i förväg, innan enkäten skickades ut, bestämma hur det färdiga resultatet ska tolkas. Det vi bestämde var hur värdena på indexfrågorna/intervallvariablerna ska behandlas och analyseras. Vi satte värden på svarsalternativen på dessa frågor innan respondenternas svar kom in, vilket förutsatt att vi inte har satt värden på svaren i efterhand, och att svaren inte kan tolkas på annat sätt än vad som var tänkt från första början. Detta har även gjort att vi inte kunnat tolka resultaten olika.

Som ni kommer se i avsnitt och 6.3, och har sett i avsnitt 5.7.3 har vi valt att utöver ett t-test göra ett One-Way ANOVA-test. Utifrån våra hypoteser (se avsnitt 4.1) var vår tanke från första början att jämföra medelvärden mellan grupperna de som fick vård för injektionsmissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle och de som inte fick det. Vi hade däremot dessutom förberett möjligheten att jämföra fler grupper mellan de som vid sitt senaste vårdtillfälle fick vård för narkotikamissbruk, alkoholmissbruk eller annat missbruk. Utöver dessa bestämda grupper av missbrukare hade vi även innan enkätens publicering bestämt att vid ett fall där en respondent fyllt i att de fick vård för flera typer av missbruk vid sitt senaste vårdtillfälle, ska det tolkas som att personen fick vård för blandmissbruk. Därför finns gruppen blandmissbruk med (se avsnitt 6.3). I och med att vi innan enkätens publicering hade bestämt alla värden och tolkningar anser vi att vår position i förhållande till studien har varit en positiv sådan.

## **6. Resultat & analys**

Vårt syfte med undersökningen är som tidigare nämnt att undersöka hur patienter med missbruksproblematik upplever vården. I studien fokuserar vi på att jämföra olika sorters missbruk för att se om upplevelsen av vården skiljer sig åt beroende på vilken form av missbruk man har fått vård för. Innan utskick av enkäten hade vi som nämnt i avsnitt 5.10 redan definierat vilka grupper som infaller i vår definition av individer med missbruk. Vi valde att göra fem olika kategorier för att fånga upp området missbruk. Dessa är narkotikamissbruk, alkoholmissbruk, annat missbruk, blandmissbruk och injektionsmissbruk. Efter insamlad data hade vi däremot ingen respondent som kunde kategoriseras inom gruppen annat missbruk, då ingen respondent valde detta svarsalternativ på fråga 2 (se bilaga 1). Därmed har vi inte med annat missbruk i vår analys.

Utöver detta hade vi ett vagt antal respondenter som besvarade enkäten, som tidigare nämnt endast 18 personer. Två av respondenterna ingick i gruppen injektionsmissbruk, fem i gruppen narkotikamissbruk, varav två av dessa fem är de två som ingick i gruppen injektionsmissbruk eftersom injicerande drogbruk innebär injicerandet av narkotika. Till sist ingick åtta respondenter i gruppen alkoholmissbruk och fem i gruppen blandmissbruk. Antalet respondenter har betydligt påverkat vår studie inom olika aspekter såsom signifikansen (Bryman 2018, ss. 423-425) på de olika svaren och styrkandet av våra hypoteser. Detta kommer vi att gå närmare in på i de avsnitt som följer.

### *6.1 Sammanställda svar och reliabilitetstest*

I tabell 1 nedan kan vi se alla enkätsvar sammanställda i vad respondenterna svarade på indexfrågorna/intervallvariablerna som beskrivs i avsnitt 5.7. Det här presenteras med ett medelvärde och med standardavvikelse på respektive fråga. Ju högre medelvärde desto sämre upplevdes vården.

Fråga 3 (se bilaga 1) visar ett medelvärde på 2, vilket representerar svarsalternativet “instämmer delvis” i indexvärdet. Med en standardavvikelse på 0, vilket betyder att ingen respondent angav ett annat alternativ än “instämmer delvis” på just den frågan. Det betyder att alla som svarade på enkäten instämmer delvis på påståendet att de var nöjda med vården som de fick. Detta säger oss att samtliga respondenter är överens om sin upplevda vård gällande nöjdheten på vården som de fick.

Fråga 4, 6, 7 och 8 (se bilaga 1) visar ett närliggande medelvärde på mindre än 2, men ändå väldigt nära värde 2, där standardavvikelsen på fråga 4 med värdet 0,32 är den enda som inte ligger något närmare indexvärde 1 som standardavvikelserna på de resterande frågorna gör. Svaren visar att respondenterna till största del valt “instämmer delvis” på påståendena kring att personalen hade bra bemötande, att personalen hade positiva attityder och att personalen var fördomsfri och förstående. Däremot har några respondenter valt andra svarsalternativ, där den minsta skillnaden i vad man valt för svarsalternativ finns i fråga 4, medan skillnaden är större i fråga 6, 7 och 8. Detta betyder att några av de svarande valt svarsalternativen “instämmer helt”, “tar delvis avstånd” eller “tar avstånd” på påståendet, där “instämmer helt” framstår vara det svarsalternativ som valdes flest gånger efter “instämmer delvis”, eftersom medelvärdet är lägre än 2.

Fråga 5 och 9 (se bilaga 1) visar ett närliggande medelvärde på något större än 2, där standardavvikelsen ligger lite under respektive lite över värde 1. Svaren visar på att

respondenterna till största del valt påståendet “instämmer delvis” på påståendena att personalen behandlade en med respekt och att respondenterna fick den vård som de hade rätt till. Dock finns det de respondenter som valde svarsalternativen “instämmer helt”, “tar delvis avstånd” eller “tar avstånd”, där “tar delvis avstånd” och/eller “tar avstånd” framstår vara de svarsalternativ som valdes flest gånger efter “instämmer delvis”, eftersom medelvärdet överstiger 2.

Medelvärdena på indexfrågorna/intervallvariablerna innebär att respondenterna mer eller mindre instämmer delvis på samtliga frågor. Medelvärdena på fråga 5 och 9, visar precis som på fråga 4, 6, 7 och 8, på bättre upplevelser av vården än om deras medelvärde visat på att de flesta valt svarsalternativen “tar delvis avstånd” eller “tar avstånd”, men sämre upplevelser av vården än om deras medelvärde visat på att de flesta valt svarsalternativet “instämmer helt”. Respondenternas upplevelser av vården, när alla svar är sammanställda, är därmed relativt positiva på fråga 5 och 9, fast sämre än på fråga 4, 6, 7 och 8 eftersom fråga 5 och 9 visar på högre medelvärden. Dock eftersom alla medelvärden befinner sig nära 2, och eftersom medelvärde 1 är den mest positiva upplevelsen av vård som är möjlig att uppnå i den här studien samtidigt som medelvärde 3 och 4 hade uppvisat sämre upplevelse av vård, kan vi konstatera att respondenterna har relativt positiva upplevelser av sin missbruksvård. Detta som sagt när alla svar är sammanställda och respondenterna inte är indelade i våra angivna missbruksgrupper. Vad vi kommit fram till här besvarar vår första frågeställning: *Hur upplever patienter missbruksvården?* På grund av den låga svarsfrekvensen som ligger på 18 respondenter är tillförlitligheten däremot väldigt låg, vilket innebär att vi inte kan dra slutsatsen att missbrukspatienter upplever vården såsom våra respondenter upplever vården.

1. Alla svar sammanställda, n = 18		
	Medelvärde	Standardavvikelse
Q3. Jag var nöjd med vården jag fick	2	0
Q4. Jag fick ett bra bemötande från personalen	1,8889	0,32338
Q5. Personalen behandlade mig med respekt	2,1667	0,98518

Q6. Personalen hade positiva attityder gentemot mig	1,7778	1,00326
Q7. Personalen var fördomsfri	1,7778	0,8782
Q8. Personalen var förstående med min missbruksproblematik	1,8889	0,96338
Q9. Jag fick den vård jag hade rätt till	2,1111	1,07861

Nedan i tabell 2 visas ett reliabilitetstest, Cronbach's Alpha, som vi utfört på indexfrågorna/intervallvariablerna. Närmare beskrivning av detta test finns i avsnitt 5.7.1. Värdet på Cronbach's Alpha ligger över värdet 0,8, vilket visar på hög reliabilitet.

2. Reliabilitet statistik test	
Cronbach's Alpha	Antal frågor
0,87	7

### 6.2 Injektionsmissbruk och icke-injektionsmissbruk

I tabell 3 nedan finns ett utfört t-test där vi jämfört medelvärden på indexfrågorna/intervallvariablerna mellan de respondenter som fick vård för injektionsmissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle och de som inte fick det. Det var endast två respondenter som fick vård för injektionsmissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle medan det var 16 som inte fick det, vilket påverkar tillförlitligheten (se avsnitt 5.5). T-testet visar att medelvärdet mellan grupperna är detsamma på fråga 3. Medelvärdet är högre för de som fick vård för injektionsmissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle jämfört med de som inte fick det på fråga 5, 6, 7, 8 och 9. Fråga 4 är den enda frågan där de som fick vård för injektionsmissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle visar på ett lägre medelvärde än de som inte fick det (se bilaga 1).

På fem av sju indexfrågor/intervallvariabler är alltså medelvärdena högre hos de respondenter som fick vård för injektionsmissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle än de som inte fick det. Det betyder att de respondenter som injicerat droger upplever missbruksvården som sämre jämfört med de som inte injicerat, vilket besvarar vår andra frågeställning: *Upplever patienter som injicerat droger missbruksvården som sämre jämfört med de som inte gjort det?*, samt styrker vår hypotes: H1: Personer som hade ett injektionsmissbruk när de fick missbruksvård uppvisar högre nivåer av missnöjdhet kring sin missbruksvård än personer med annan missbruksproblematik. Resultatet är alltså vad som var väntat. Däremot kan vi inte, utifrån resultatet bland våra respondenter, dra slutsatser kring injektionsmissbrukares upplevelser av vården jämfört med de missbrukare som inte injicerar droger eftersom vi enbart har 18 respondenter, samt eftersom de två grupperna inte är representativa (se avsnitt 5.5).

Att de bland våra respondenter som injicerat droger har sämre upplevelser av sin missbruksvård än de med andra missbruk är problematiskt eftersom injektionsmissbrukare är en mer stigmatiserad grupp, samt eftersom personer med missbruk, oavsett typ av missbruk, ska ha samma förutsättningar för att uppleva sin vård som så bra som möjligt. Att respondenterna med injektionsmissbruk har sämre upplevelser av vården kan innebära att det finns faktorer inom missbruksvården som försämrar dessa personers upplevelser.

Standardavvikelsen visar hur stora skillnader det finns i respondenternas val av svarsalternativ på respektive fråga samt beroende på vad man svarat på fråga 2. Högre standardavvikelse innebär större skillnad inom gruppen.

### 3. Jämförande analys mellan individer med injektionsmissbruk och ej (T-test Del 1), n = 18

	Q2. Hade du ett injektionsmissbruk under tiden du fick vård för ditt missbruk? Utgå från ditt senaste vårdtillfälle.	N	Medelvärde	Standardavvikelse
Q3. Jag var nöjd med vården jag fick	Ja	2	2	0
	Nej	16	2	0
Q4. Jag fick ett bra bemötande från personalen	Ja	2	1	0

	Nej	16	2	0
Q5. Personalen behandlade mig med respekt	Ja	2	2,5	0,70711
	Nej	16	2,125	1,0247
Q6. Personalen hade positiva attityder gentemot mig	Ja	2	2,5	2,12132
	Nej	16	1,6875	0,87321
Q7. Personalen var fördomsfri	Ja	2	2,5	0,70711
	Nej	16	1,6875	0,87321
Q8. Personalen var förstående med min missbruksproblematik	Ja	2	2	1,41421
	Nej	16	1,875	0,95743
Q9. Jag fick den vård jag hade rätt till	Ja	2	3	1,41421
	Nej	16	2	1,0328

Signifikansen, indexvärdens framkommande medelvärde, på fråga 5, 7, 8 och 9 (se bilaga 1), som presenteras nedan i tabell 3.1, visar värden som är betydligt högre än 0,05, som motsvarar den gräns på 5% som berättar för oss om undersökningens värden är statistiskt signifikanta (Bryman 2018, ss. 423-425). Fråga 5, 7, 8 och 9 är alltså inte statistiskt signifikanta. Fråga 6 visar dock på ett värde som är statistiskt signifikant. Vi vet inte varför fråga 3 och 4 inte visas i tabellen. Vi tror däremot att det kan ha att göra med att standardavvikelsen på dessa frågor är 0, som ni kan se i tabell 3, och att det därför inte finns någon statistisk signifikans att mäta på fråga 3 och 4.

### 3.1 Injektionsmissbruk och ej, gruppernas svar sammanställda analys (T-test del 2), n = 18

	Signifikans	Medelvärde skillnad
Q5. Personalen behandlade mig med respekt	0,513	0,375

Q6. Personalen hade positiva attityder gentemot mig	0,043	0,8125
Q7. Personalen var fördomsfri	0,618	0,8125
Q8. Personalen var förstående med min missbruksproblematik	0,558	0,125
Q9. Jag fick den vård jag hade rätt till	0,621	1

I bilaga 3 presenteras medelvärdena i t-testet i form av ett diagram.

### 6.3 Narkotikamissbruk, alkoholmissbruk och blandmissbruk

Tabell 4, som ni kan se nedan, jämför medelvärden på indexfrågorna/intervallvariablerna mellan grupperna de som fick vård för narkotikamissbruk, alkoholmissbruk eller blandmissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle, med hjälp av ett One-Way ANOVA-test (se avsnitt 5.7.3). De två respondenter som fick vård för injektionsmissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle är inräknade i gruppen narkotikamissbruk, eftersom missbrukare som injicerar droger injicerar narkotika. Medelvärdena skiljer sig inte åt på fråga 3. De som fick vård för narkotikamissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle har ett högre medelvärde än de andra två grupperna på fråga 5, 6, 7, 8 och 9. På fråga 4 är medelvärdet för de som fick vård för narkotikamissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle lägre än de två andra grupperna. Här är det istället gruppen de som fick vård för blandmissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle som visar högst medelvärde, och medelvärdet för gruppen de som fick vård för alkoholmissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle lägger sig i mitten. De som fick vård för alkoholmissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle visar ett högre medelvärde än de som fick vård för blandmissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle på fråga 5, 6, 8 och 9. Tvärtom är det på fråga 7 och 4.

Resultatet visar alltså, på majoriteten av frågorna, att de som fick vård för narkotikamissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle upplever vården som sämre än de två andra grupperna. Resultatet visar även, på majoriteten av frågorna, att de som fick vård för alkoholmissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle upplever vården som sämre än de som fick vård för blandmissbruk vid sitt senaste vårdtillfälle. Den här delen av resultatet besvarar inte några av våra frågeställningar och kan inte heller förankras i någon hypotes. Däremot kan detta resultat stärka resultatet av t-testet i avsnitt 6.2 eftersom personer som injicerar droger använder narkotika vid injektion, och narkotikamissbrukare är den grupp i One-Way ANOVA-testet som upplever missbruksvården som värst. Den låga svarsfrekvensen på 18

respondenter innebär dock samma problematik som i tidigare delar av resultatet, att tillförlitligheten minskar och gör att vi inte kan dra slutsatser kring hur narkotikamissbrukare, alkoholmissbrukare och blandmissbrukare upplever vården. Dessa tre grupper är dock mer representativa jämfört med de två grupperna injektionsmissbrukare och icke-injektionsmissbrukare (se avsnitt 5.5) vilket styrker resultatet i avsnitt 6.2 något, men fortfarande lämnar resultatet i 6.2 utan hög tillförlitlighet.

Standardavvikelsen visar hur stora skillnader det finns i respondenternas val av svarsalternativ på respektive fråga beroende på vad man svarat på fråga 1.1, alltså beroende på om man vid sitt senaste vårdtillfälle fick vård för narkotikamissbruk, alkoholmissbruk eller blandmissbruk. Högre standardavvikelse innebär större skillnad inom gruppen.

#### 4. Jämförande analys mellan individer med Narkotikamissbruk, Alkoholmissbruk & Blandmissbruk (One-Way ANOVA Del 1), n = 18

	Grupper	N	Medelvärde	Standardavvikelse
Q3. Jag var nöjd med vården jag fick	Narkotikamissbruk	5	2	0
	Alkoholmissbruk	8	2	0
	Blandmissbruk	5	2	0
	Total	18	2	0

Q4. Jag fick ett bra bemötande från personalen	Narkotikamissbruk	5	1,8	0,44721
	Alkoholmissbruk	8	1,875	0,35355
	Blandmissbruk	5	2	0
	Total	18	1,8889	0,32338

Q5. Personalen behandlade mig med respekt	Narkotikamissbruk	5	2,6	1,14018
	Alkoholmissbruk	8	2,125	0,99103
	Blandmissbruk	5	1,8	0,83666
	Total	18	2,1667	0,98518

Q6. Personalen hade positiva attityder	Narkotikamissbruk	5	2,2	1,64317
--	-------------------	---	-----	---------



gentemot mig				
	Alkoholmissbruk	8	1,625	0,51755
	Blandmissbruk	5	1,6	0,89443
	Total	18	1,7778	1,00326

Q7. Personalen var fördomsfri	Narkotikamissbruk	5	2	1,41421
	Alkoholmissbruk	8	1,625	0,51755
	Blandmissbruk	5	1,8	0,83666
	Total	18	1,7778	0,8782

Q8. Personalen var förstående med min missbruksproblematik	Narkotikamissbruk	5	2	1,41421
	Alkoholmissbruk	8	1,875	0,83452
	Blandmissbruk	5	1,8	0,83666
	Total	18	1,8889	0,96338

Q9. Jag fick den vård jag hade rätt till	Narkotikamissbruk	5	2,2	1,64317
	Alkoholmissbruk	8	2,125	0,99103
	Blandmissbruk	5	2	0,70711
	Total	18	2,1111	1,07861

Signifikansen, indexvärdens framkommande medelvärde, på fråga 4-9 (se bilaga 1), som presenteras nedan i tabell 4.1, visar värden som är betydligt högre än 0,05, som motsvarar den gräns på 5% som berättar för oss om undersökningens värden är statistiskt signifikanta (Bryman 2018, ss. 423-425). Ingen av indexfrågorna/intervallvariablerna är statistiskt signifikanta på detta test. Vi är osäkra på varför fråga 3 inte har något uppvisat signifikansvärde i tabellen. Vi tror dock att det kan bero på att standardavvikelsen på fråga 3 är 0, som ni kan se i tabell 4, och att det gör att det inte finns någon statistisk signifikans att mäta på frågan.

#### 4.1 Signifikansen mellan de tre olika grupperna (One-Way ANOVA Del 2), n = 18

	Signifikans
Q4. Jag fick ett bra bemötande från personalen	0,64
Q5. Personalen behandlade mig med respekt	0,46
Q6. Personalen hade positiva attityder gentemot mig	0,57
Q7. Personalen var fördomsfri	0,776
Q8. Personalen var förstående med min missbruksproblematik	0,952
Q9. Jag fick den vård jag hade rätt till	0,962

I bilaga 4 presenteras medelvärdena i One-Way ANOVA-testet i form av ett diagram.

### 7. Avslutande diskussion

Som resultaten visar i avsnitt 6 har respondenterna i vår undersökning generellt valt svarsalternativet “instämmer delvis” på enkätens indexfrågor/intervallvariabler, med ett svars medelvärde som avviker på fråga 4 inom injektionsgruppen som visar på “instämmer helt”. Några av medelvärdena lutar mot “instämmer helt” respektive “tar delvis avstånd” och/eller “tar avstånd”. Sammanfattningsvis kan man därmed konstatera att respondenterna lutar mer mot en positiv inställning till den upplevda vården inom respektive grupp. Faktumet att personer generellt inte väljer svarsalternativet “instämmer helt” visar däremot på att respondenterna inte har en helt och hållet positiv upplevelse av vården. Upplevelsen av vården är mer negativ inom vissa grupper, vilka är hos grupperna narkotikamissbruk och injektionsmissbruk. Det här kommer diskuteras mer ingående i detta avsnitt.

Vi vill även ta upp den statistiska significansen i vår studie som betydligt överstiger gränsen på 0,05 (Bryman 2018, ss. 423-425). I och med att den statistiska significansen överstiger gränsen på 0,05 med väldigt mycket visar det på att vi inte har någon statistisk significans i våra sammanställda svar. Vi kan därmed inte på ett bekvämt sätt tolka datan som en generalisering på totalpopulationen. Det kan vi inte heller göra på grund av den låga

svarsfrekvensen på 18 respondenter. Om vi hade gjort studien igen hade vi försökt att få tag på ett större urval, vilket troligen hade sänkt värdet på signifikansen ordentligt. Vi anser dock att studien med ett högt värde på Cronbach's Alpha (Bryman 2018, ss. 208-209), då det överstiger 0,8 med värdet 0,87, visar på en god korrelation mellan frågor och svar i enkäten. Studiens resultat liknar dessutom det som presenteras i tidigare studier (se avsnitt 2) angående hur injektionsmissbrukare och narkotikamissbrukare upplever större utsatthet än personer med andra former av missbruksproblematik. Därför kan vi trots allt diskutera varför respondenterna i vår studie har svarat som de har gjort, vilket kommer att diskuteras nedan i avsnitt 7.1 och 7.2. Detta dock med en låg säkerhet då grupperna inte är representativa och svarsfrekvensen är så pass låg som den är.

### *7.1 Injektionsmissbruk och icke-injektionsmissbruk*

I analysen av grupperna injektionsmissbruk och icke-injektionsmissbruk sticker gruppen injektionsmissbruk ut, eftersom gruppen har ett till mestadels högre medelvärde än icke-injektionsmissbruk på enkätens frågor. I fråga 5-9 är medelvärdet för gruppen injektionsmissbruk högre, i fråga 3 är medelvärdet detsamma mellan grupperna och i fråga 4 är medelvärdet för gruppen injektionsmissbruk lägre. Som tidigare nämnt i avsnitt 5.7 kopplas varje fråga till två olika begrepp inom teorin om stigma (se avsnitt 3), vilka är styrande mekanismer respektive interaktionssammanhangets dynamik, som har betydande skillnader i vad de representerar i vårt resultat.

Fråga 5-8 (se bilaga 1) representerar styrande mekanismer och tar upp personalens respekt, positiva attityder, fördomar och förståelse av missbruket, vilket tydligt kan kopplas till styrande mekanismer som är ett samlingsbegrepp på mekanismer som kan vara handlingsdirigerande (Goffman 2020, ss. 14-16). Det vill säga påverka hur exempelvis personal agerar i den givna interaktionen med patienten i detta fall. Inom fråga 5-8 har injektionsmissbruk ett högre medelvärde än icke-injektionsmissbruk. På vissa frågor som fråga 6 och 7 kan vi se stora skillnader i medelvärdet i jämförelse mellan grupperna. Fråga 6 och 7 representerar positiva attityder respektive fördomar hos personalen.

När Goffman (ibid.) definierar begreppet styrande mekanismer nämner han normativa och institutionella regleringar av förväntningarna och föreställningarna på individer om hur de bör vara, se ut och uppträda. Genom de ställande förväntningarna och föreställningarna från samhället kan individer "tolkas" på olika sätt som kan få dem att bli misskrediterade eller misskreditabla. Som tidigare nämnt i avsnitt 3 är detta ofta en väldigt tydlig verklighet för

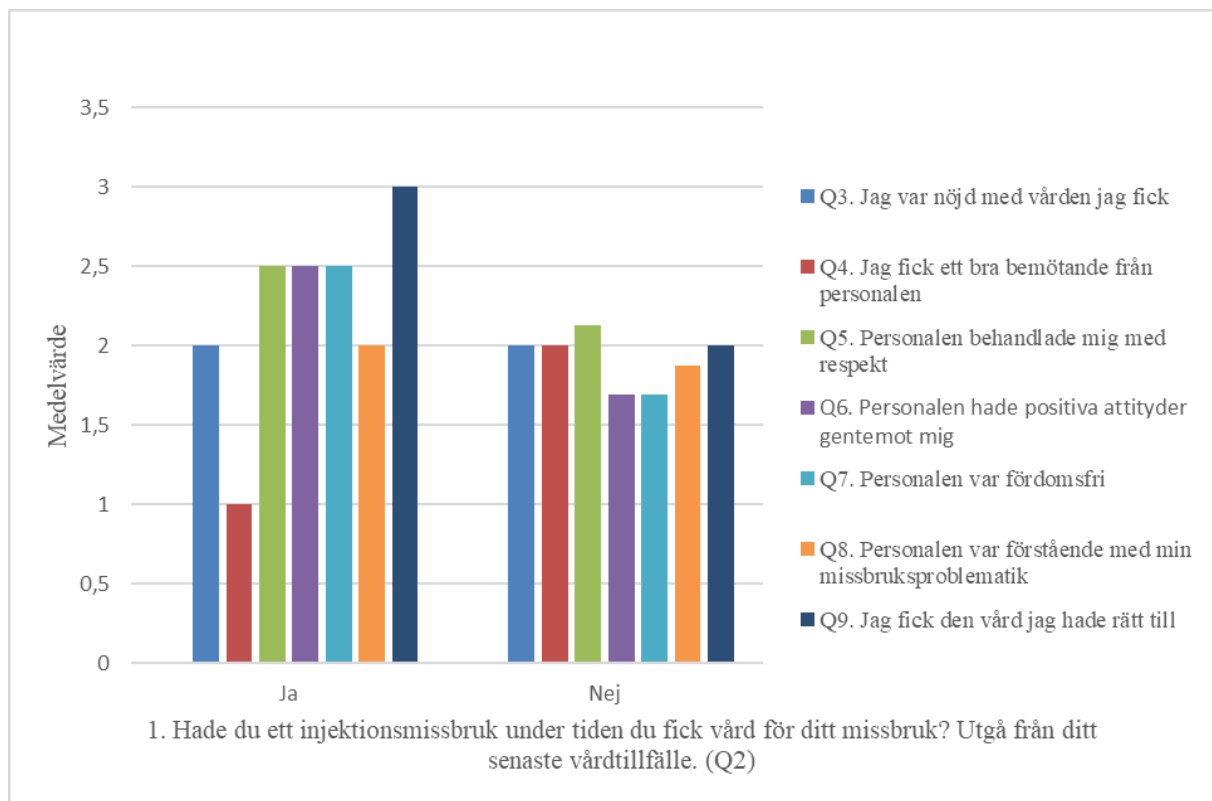
personer med missbruksproblematik. Goffman nämner att styrande mekanismers innebörd och påverkan är väldigt stor gentemot de med missbruksproblematik. Individer med missbruksproblematik avviker ofta märkvärdigt från den "normala" sociala identiteten som är grundad i samhällets identitetsvärden. Det gör att individerna ofta befinner sig i en situation där personer har skapat förutfattade meningar gentemot dem som gör dem misskrediterade eller misskreditala. Det kan leda till att individer med missbruksproblematik tolkas av personalen redan innan de sätter foten i rummet eller får chansen att berätta om sig själva. Denna tolkning hos personalen kan göra att respekten och den positiva attityden gentemot patienten kan upplevas som dålig av patienten. De styrande mekanismerna, som är respekten och den positiva attityden som den anställda har, påverkas av de normativa och institutionella reglerna av förväntningarna och föreställningarna i samhället, som dock ofta kan vara omedvetna. Mer konkret kan det exempelvis göra att den anställda kommer in i samtalet med patienten och tänker fördomsaktigt eller negativt om patienten, vilket gör att patienten blir misskrediterad eller misskredital.

Anledningen till att injektionsmissbruk avviker från icke-injektionsmissbruk, kan bero på att injektionspatienterna oftare eller tydligare upplever faktorn att vara misskrediterade eller misskreditala. Detta kan vara en förklarande faktor till varför medelvärdet bland injektionsmissbrukare lutar mer mot en negativ upplevelse av personalens attityder i jämförelse med den andra gruppen. Det vill säga att förväntningarna och föreställningarna som injektionsmissbrukare har riktade mot sig är större. Vår tidigare forskning (se avsnitt 2) är förankrad i vad vi säger här. Personer med injektionsmissbruk stigmatiseras till en högre nivå än människor med andra typer av missbruk (Bitarello et al 2012, s. 396; Brener et al. 2010, s. 1008). Att de respondenter med injektionsmissbruk i vår studie hade mycket högre medelvärde än de utan injektionsmissbruk på just frågan om personalens positiva attityder, har en koppling till undersökningen av Muncan et al (2020, s. 4), där majoriteten av injektionsmissbrukare anser att vårdpersonal har avvisande attityder gentemot missbrukare. Vilket vidare leder till delandet och återanvändandet av sprutor (Faghir-Gangi et al. 2020, ss. 103-104) och ökar risken för sjukdomar såsom HIV (Williams et al. 2021, ss. 1-2).

Fråga 3, 4 och 9 (se bilaga 1) representerar interaktionssammanhangets dynamik och tar upp nöjdheten med vården, bemötande och vården patienten har rätt till (Goffman 2020, ss. 14-16). Det intressanta är att till skillnad från fråga 5-8, som representerar styrande mekanismer, och där alla frågors medelvärde var högre bland injektionsmissbruk, har fråga 3 ett lika stort medelvärde hos båda grupperna och på fråga 4 har injektionsmissbruk det lägsta medelvärdet av de två grupperna. Det här är intressant eftersom interaktionssammanhangets

dynamik funkar som ett samlingsbegrepp för alla de styrande mekanismer som kan påverka samtalet och styra inramningen av interaktionen (se avsnitt 3.1 och 3.2). I vår studie visar däremot frågorna kring styrande mekanismer, som är tänkta att fånga upp majoriteten av de väsentliga delar som ingår i interaktionen mellan patient och personal, på en stor skillnad i medelvärde mellan grupperna, medan frågorna som täcker interaktionssammanhangets dynamik visar neutralt, lägre, respektive högre medelvärde hos injektionsmissbruk på fråga 3, 4 och 9. Vad betyder det? Betyder det att vi inte har fångat upp styrande mekanismer i den omfattning som vi har trott? Eller är det någon faktor som vi har missat att ta med i våra enkätfrågor? Detta skulle vi vilja undersöka djupare för att kunna konstatera mer konkret varför värdena skiljer sig som de gör mellan de två grupperingarna. Hur som helst kan vi nu konstatera att det på fråga 9 visas ett högre medelvärde bland injektionsmissbruk än hos icke-injektionsmissbruk, vilket kan ta sitt ursprung i fråga 5-8 som även de visar ett högre värde för injektionsmissbruk. Där diskussionen ovan tog upp förväntningarna, föreställningarna, sociala förväntningar, sociala identiteter, tidigare forskning och begreppet misskrediterade och/eller misskreditabel, som alla kan vara förklarande faktorer till varför värdet är högre för injektionsmissbrukare än icke-injektionsmissbrukare på frågan.

En viktig aspekt som vi behövt tänka på i vår analys, och som kan bidra till en stor skillnad mellan de två olika gruppernas svar, förutom de möjliga anledningar som har tagits upp ovan, är att individerna som representerar gruppen injektionsmissbruk endast är två respondenter. Att gruppen är så liten gör att extremvärden framkommer och skadar våra möjligheter att göra datan representativ, vilket hade en stor påverkan på datan som framstod, speciellt i en medelvärdessanalys som vi valde att utföra. Bortsett från detta är den tidigare forskningen som tas upp i argumentationen inte ogrundad. Den tidigare forskningen tar upp mycket av det som vi argumenterar för i vår analys och vad som framstår i vår studie. Dessutom visar sig datan mellan injektionsmissbrukare och icke-injektionsmissbrukare vara väldigt lik den hos den mer representativa gruppen narkotikamissbrukare i medelvärdesskillnader mellan svaren hos grupperna narkotikamissbrukare, alkoholmissbrukare och blandmissbrukare. Detta kan antyda att datan inte är helt ogrundad i det resultat som fångar upp injektionsmissbrukare eftersom injektionsmissbrukare även är narkotikamissbrukare (se avsnitt 7.2). Detta dock samtidigt som studien, som tidigare nämnt, kommer med stora begränsningar.



(bilaga 3)

## 7.2 Narkotikamissbruk, alkoholmissbruk och blandmissbruk

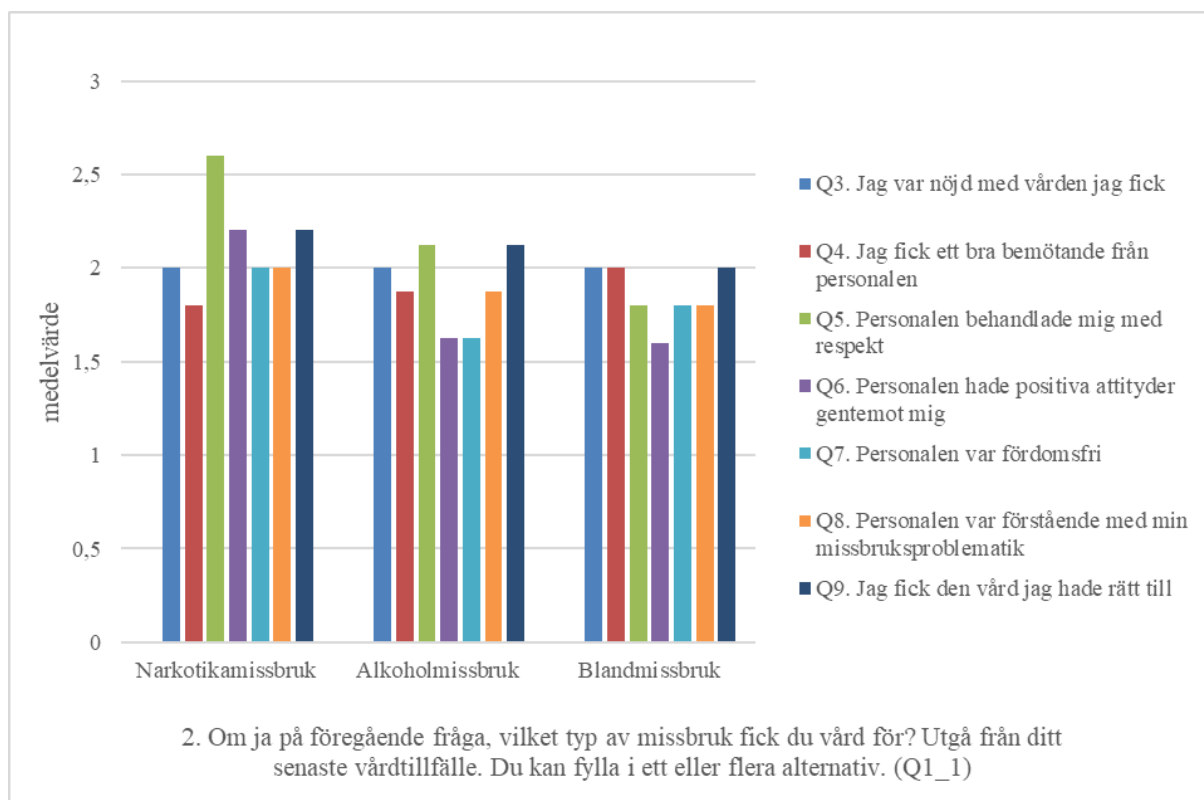
I analysen av de tre grupperna narkotikamissbruk, alkoholmissbruk och blandmissbruk, finns det en grupp som tydligt sticker ut mer än resterande genom värdet på deras svar. Gruppen som står ut mest är narkotikamissbrukare. Deras medelvärde är högre än övriga grupper på samtliga frågor förutom fråga 3, som alla respondenter angav samma svarsalternativ på, samt fråga 4 där deras medelvärde är som lägst av grupperna. Som tidigare nämnt i avsnitt 5.7 kopplas varje fråga till två olika avsnitt inom teorin om stigma (se avsnitt 3), styrande mekanismer respektive interaktionssammanhangets dynamik, vilka har betydande skillnader i vad de representerar. På fråga 5-8 har narkotikamissbruk ett högre värde än resterande, på särskilda frågor som fråga 5 och 6 kan vi se stora skillnader i medelvärdet i jämförelse med de andra grupperna.

Som nämnt i 7.1 representerar fråga 5-8 (se bilaga 1) styrande mekanismer och tar upp personalens respekt, positiva attityder, fördomar och förståelse av missbruket (Goffman 2020, ss. 14-16). Datan som har framställts mellan grupperna narkotikamissbruk, alkoholmissbruk och blandmissbruk visar ett liknande resultat som den mellan injektionsmissbruk och icke-injektionsmissbruk, fast där skillnaden är att medelvärdena mellan kategorierna är något

större hos datan kring jämförandet av injektionsmissbruk och icke-injektionsmissbruk. Därför kan diskussionen kring stigma och injektionsmissbruk från avsnitt 7.1 även appliceras i detta avsnitt. Detta i och med att injektionsmissbruk och narkotikamissbruk innebär brukandet av samma substans, narkotika, samt eftersom medelvärdena för de med injektionsmissbruk och de med narkotikamissbruk är näst intill lika mycket högre i jämförelse med sina andra grupper. I jämförelse med sina grupper är injektionsmissbruk respektive narkotikamissbruk de grupper med extremvärden, de som upplever vården som värst. Därmed kan argumentationen i 7.1 som tog upp förväntningarna, föreställningarna, sociala förväntningar, sociala identiteter och begreppet misskrediterade eller misskreditabel, även användas i diskussionen av stigma hos narkotikamissbruk.

Fråga 3, 4 och 9 (se bilaga 1) representerar interaktionssammanhangets dynamik och tar upp nöjdheten med vården, bemötande och vården patienten har rätt till (Goffman 2020, ss. 14-16). Jämförelsen av narkotikamissbruk, alkoholmissbruk och blandmissbruk efterliknar det diagram och den diskussion som togs upp i 7.1, som visar skillnaden mellan injektionsmissbruk och icke-injektionsmissbruk. Fråga 3 visar på ett lika medelvärde mellan alla grupper, fråga 4 visar på ett lägre medelvärde för narkotikamissbruk och fråga 9 visar på ett högre medelvärde för narkotikamissbruk.

Sammanfattningsvis kan båda begreppen, styrande mekanismer och interaktionssammanhangets dynamik inom teorin om stigma, användas för att förklara både t-testet (tabell 3) och One-Way ANOVA-testet (tabell 4) på nästintill samma sätt.



(bilaga 4)

### 7.3 Vidare forskning och egna reflektioner

I genomförandet av studien gjorde vi många olika val angående metod, tillvägagångssätt, urval, enkätstruktur och så vidare, vilket på olika sätt har påverkat vår studie. De val som vi har gjort anser vi har varit som mest lämpliga för studien och dess syfte. Ett av dessa val var att inte ha med enkätfrågor som täckte respondenternas bakgrundsfaktorer såsom kön och ålder, med anledningen att individer med missbruksproblematik är en känslig grupp, vilket föranlett att vi av etiska skäl inte velat samla in personlig information om respondenterna. En ytterligare anledning har varit att syftet med studien var att jämföra missbruk, och inte exempelvis kön och ålder.

Efter att studien hade utförts har vi dock diskuterat hur enkätfrågor kring bakgrundsfaktorer hade kunnat användas för att hitta ytterligare förklaringar till vårt resultat och våra slutsatser. Utöver den slutsats som vi kom fram till i den här studien, alltså att typ av missbruk samt stigma påverkar den upplevda vården, kan dessutom andra bakomliggande faktorer som vi inte undersöker ligga bakom. Eftersom enkäten inte täckte frågor angående bakgrundsfaktorer såsom kön och ålder etcetera, kan vi inte veta om även dessa bakgrundsfaktorer kan förklara den framkomna slutsatsen. Det här är en viktig aspekt att



reflektera kring eftersom det ofta finns flertalet förklaringar till ett fenomen, och i vår studie har vi endast lämnat utrymme för en typ av förklaring till de slutsatser vi kommer fram till. Trots detta har vi som nämnt ovan dock haft anledning till att inte ställa frågor kring bakgrundsfaktorer, och med tanke på att vi utan dessa frågor fick en låg svarsfrekvens skulle dessa frågor kunnat bidra till en ännu lägre svarsfrekvens i och med den känslighet som finns hos målgruppen. Vad som hade varit rätt beslut är alltså svårt att veta, däremot anser vi att diskussionen är värd att lyfta.

Under studiens gång har flera tankar om vidare forskning dykt upp i takt med att vi satt in oss mer i och öppnat ögonen för ämnet. Ju längre vi bearbetat studien har fler och fler frågor uppstått som vi gärna själva hade velat besvara eller ta del av i framtiden. En sådan tanke har varit om patienternas upplevelser av vården och personalen samt upplevelser av stigmatisering faktiskt stämmer överens med den mottagna vården, hur personalen beter sig gentemot och bemöter patienterna samt vårdens och personalens stigmatisering mot missbrukare. En sådan studie är väldigt omfattande, bland annat eftersom den kräver insamlat material från både missbrukspatienter eller före detta missbrukspatienter och vårdpersonal som arbetar inom missbruksvården, och därmed har vi vid detta tillfälle inte haft möjlighet att studera frågan på den här nivån. Däremot är det en typ av studie som vi hade varit intresserade av att genomföra när och om vi får möjlighet till det.

En ytterligare fördjupning som vi hade varit intresserade av inom det som vi har behandlat i den här studien, just förankrat i teorin om stigma, är hur det kommer sig att medelvärdena på våra indexfrågor/intervallvariabler, som är relaterade till stigmas begrepp styrande mekanismer, skiljer sig mellan grupperingarna av missbruk. Detta medan skillnader i medelvärden mellan grupperingarna av missbruk hos indexfrågorna/intervallvariablerna som täcker stigmas begrepp interaktionssammanhangets dynamik, inte är lika stora, trots att interaktionssammanhangets dynamik är ett samlingsbegrepp för styrande mekanismer. Begreppen är alltså tänkta att mäta samma sak, vilket gör att vi ställer oss frågan om våra enkätfrågor (se bilaga 1) har varit tillräckliga för att täcka dessa begrepp. Att genomföra en ny studie med samma syfte och frågeställningar, fast med en enkätundersökning med många fler indexfrågor/intervallvariabler, hade därför varit av intresse för att se om skillnaderna trots det hade återfunnits.

Vidare har vår tidigare forskning (se avsnitt 2) väckt funderingar kring hur sådan forskning hade sett ut i Sverige. Exempelvis forskning kring hur stigma påverkar behandlingsresultat hos svenska missbrukare och om det skiljer sig mellan storstäder och landsbygd, såsom i undersökningen av Ezell et al. (2021, ss. 2-3, 7). Om stigma kring

drogbruk ökar risken för delandet av sprutor i Sverige utifrån Muncan et al. (2020, s. 2) och hur det ser ut med inställningar hos svensk personal kring att dela ut sprutor till missbrukare som Faghir-Gangi et al. (2020, ss. 104-105) pratar om. Slutligen hade även en studie om stigmas påverkan på riskerna med sjukdom hos svenska missbrukare, som Williams et al. (2021, ss. 1-2) tar upp, varit av betydelse.

## **8. Referenslista**

Barmark, Mimmi & Göran Djurfeldt (2020) *Statistisk verktygslåda 0: Att förstå och förändra världen med siffror*. Andra uppl. Lund: Studentlitteratur

Bitarello do Amaral-Sabadini, Michaela, Debbie M. Cheng, Christine Lloyd-Travaglini, Jeffrey H. Samet & Richard Saitz (2012). Is a patients type of substance dependence (alcohol, drug or both) associated with the quality of primary care they receive? *Quality in primary care*, 20 (6): 391-399.

Brener, Loren, William Von Hippel, Susan Kippax & Kristopher J. Preacher (2010) The Role of Physician and Nurse Attitudes in the Health Care of Injecting Drug Users. *Substance Use & Misuse*, 45 (7): 1007-1018.

Bryman, Alan (2018) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Tredje uppl. Malmö: Liber

Christoffersen, Svein Aage (2017) *Professionsetik*. Andra uppl. Malmö: Gleerups Utbildning AB

Eldén, Sara (2020) *Forskningsetik. Vägval i samhällsvetenskapliga studier*. Lund: Studentlitteratur

Ezell, Jerel M., Suzan Walters, Samuel R. Friedman, Rebecca Bolinski, Wiley D. Jenkins, John Schneider & Bruce Link & Mai T. Pho (2021) Stigmatize the use, not the user? Attitudes on opioid use, drug injection, treatment, and overdose prevention in rural communities. *Social Science & Medicine*, 268 (113470): 1-9.

Faghir-Gangi, Monireh, Hadith Rastad, Saharnaz Nejat, Afarin Rahimi-Movaghar, Kamran Yazdani & Ali Mirzazadeh (2020) Understanding the Reasons for Sharing Syringes or Needles to Inject Drugs: Conventional Content Analysis. *Addiction & Health*, 12 (2): 98-108.

Goffman, Erving (2020) *Stigma: Den stämplades roll och identitet*. Femte uppl. Studentlitteratur AB, Lund

Mucan, Brandon, Suzan M. Walters, Jerel Ezell & Danielle C. Ompad (2020) “They look at us like junkies”: influences of drug use stigma on the healthcare engagement of people who inject drugs in New York City Brandon. *Harm Reduction Journal*, 17 (1): 1-9.

Socialstyrelsen (2022) *Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2021*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2013) *Att utveckla en modell för brukarundersökning inom psykiatrisk vård och omsorg. Erfarenheter från pilotstudie*. Stockholm: Socialstyrelsen

Williams, Leslie D., Mary Ellen Mackesy-Amiti, Carl Latkin & Basmattee Boodram (2021) Drug use-related stigma, safer injection norms, and hepatitis C infection among a network-based sample of young people who inject drugs. *Drug and Alcohol Dependence*, 221 (108626): 1-6.

## ***Bilaga 1***

1. Har du någon gång varit i kontakt med vården på grund av missbruk?

- Ja
- Nej

*1.1* Om ja på föregående fråga, vilket typ av missbruk fick du vård för? Utgå från ditt senaste vårdtillfälle. Du kan fylla i ett eller flera alternativ.

- Narkotikamissbruk
- Alkoholmissbruk
- Annat typ av missbruk

2. Hade du ett injektionsmissbruk under tiden du fick vård för ditt missbruk? Utgå från ditt senaste vårdtillfälle.

- Ja
- Nej

Följande påståenden handlar om din upplevelse av vården som du fick vid ditt missbruk. Kryssa i det alternativ som stämmer bäst överens med din upplevelse. Utgå från ditt senaste vårdtillfälle.

3. Jag var nöjd med vården jag fick

- Instämmer helt
- Instämmer delvis
- Tar delvis avstånd
- Tar avstånd

4. Jag fick ett bra bemötande från personalen

- Instämmer helt
- Instämmer delvis
- Tar delvis avstånd
- Tar avstånd

**5. Personalen behandlade mig med respekt**

- Instämmer helt
- Instämmer delvis
- Tar delvis avstånd
- Tar avstånd

**6. Personalen hade positiva attityder gentemot mig**

- Instämmer helt
- Instämmer delvis
- Tar delvis avstånd
- Tar avstånd

**7. Personalen var fördomsfri**

- Instämmer helt
- Instämmer delvis
- Tar delvis avstånd
- Tar avstånd

**8. Personalen var förstående med min missbruksproblematik**

- Instämmer helt
- Instämmer delvis
- Tar delvis avstånd
- Tar avstånd

**9. Jag fick den vård jag hade rätt till**

- Instämmer helt
- Instämmer delvis
- Tar delvis avstånd
- Tar avstånd

## ***Bilaga 2***

Hej!

Vi som står bakom denna enkät heter Moa Steen och Oliver Larsson och vi studerar sjätte terminen på socionomprogrammet vid Lunds universitet. Vi skriver just nu vår kandidatuppsats vilket innebär att vi ska genomföra en undersökning med hjälp av en enkät, där vi vill studera upplevd vård hos personer som någon gång fått vård för missbruk. Nedan kommer information om enkäten, undersökningen, samtycke, anonymitet samt information gällande dina rättigheter som deltagare.

Om du har funderingar eller frågor efter att ha läst igenom informationen går det bra att svara på det inlägg där du hittade enkäten.

Vi har valt att skicka ut enkäten i denna grupp eftersom vi vill att personer som någon gång fått vård för ett missbruk ska besvara enkäten. Er medverkan innebär att ni bidrar med material för att vi ska kunna genomföra en undersökning. Enkäten vänder sig som sagt till dig som någon gång fått vård för ett missbruk, och har som syfte att undersöka upplevd vård samt upplevelser av att ha blivit stigmatiserad av vårdpersonal som patient.

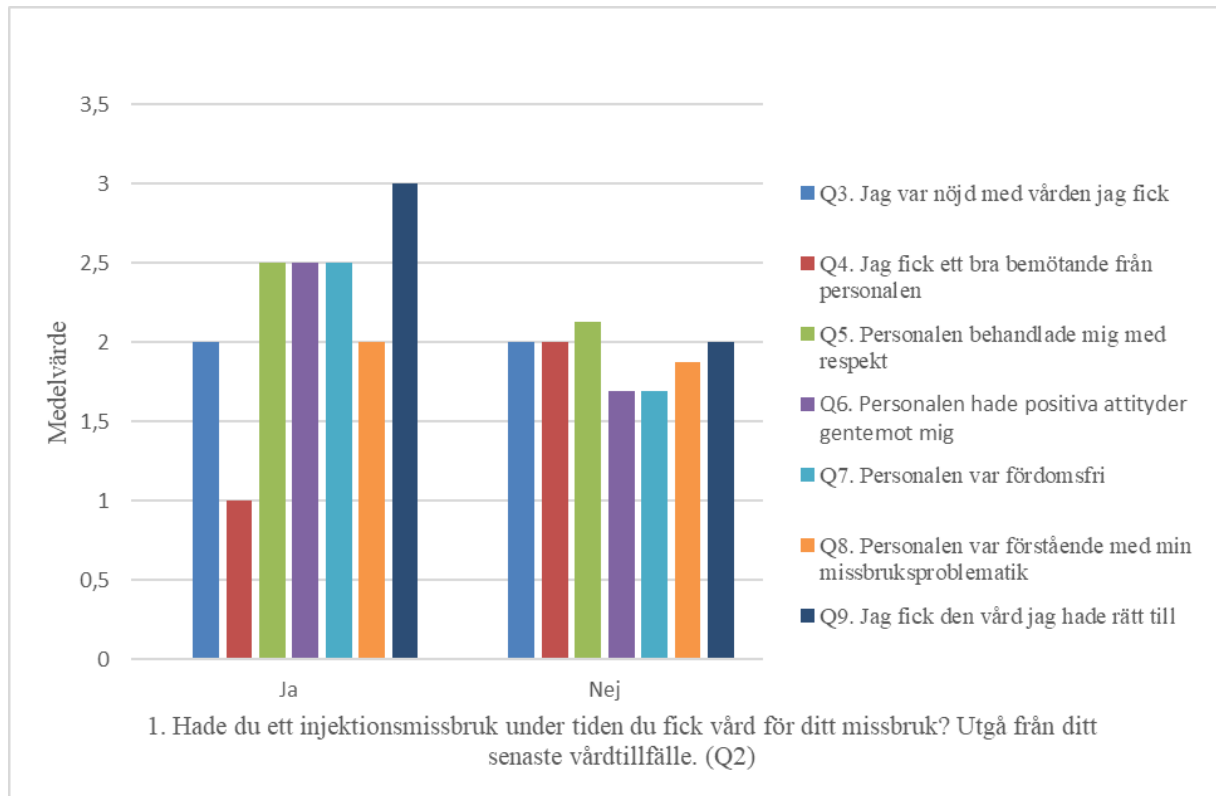
Enkäten har totalt tio frågor och tar runt fem minuter att besvara. De tre första frågorna är obligatoriska och fastställer om du någon gång fått missbruksvård samt vilket typ av missbruk du fick vård för. De resterande sju frågorna är påståenden kring hur du upplevde vården samt dina möjliga upplevelser av att ha blivit stigmatiserad av vårdpersonal. Här ska du fylla i det svarsalternativ som stämmer bäst överens med din upplevelse. När vi fått in svar på enkäten kommer vi att urskilja om upplevd vård och upplevelser av att ha blivit stigmatiserad av vårdpersonal skiljer sig åt beroende på typ av missbruk.

När vi samlat ihop alla svar på enkäten samt bearbetat dem kommer vi att förstöra materialet, alltså radera de svar ni lämnat genom enkäten. När undersökningen och vår fullständiga uppsats är färdigställd kommer vi att publicera den i gruppen för er att läsa och ta del av om det är av intresse.

Enkäten är helt och hållet anonymiserad för dig som deltagare. Enkäten har inga frågor gällande personuppgifter såsom namn, kön, ålder etc. Det kommer **inte** att registreras vem du

är när du skickat in enkäten. Du väljer helt och hållet själv om du vill besvara enkäten eller inte. Du har rätt att avbryta enkäten även om du har påbörjat den. Du samtycker till enkäten genom att fylla i "Jag samtycker" nedan. Samtycker du inte fyller du i "Jag nekar samtycke".

### Bilaga 3





## Bilaga 4

