

FÖDD IN I ETT DROGBEROENDE?

Enkätundersökning av sociala faktorer i relation till drogberoende med beaktande av kön, ålder och etnicitet

ISABELLA KARLSSON

ANNE NIEMI

FÖDD IN I ETT DROGBEROENDE? – EN ENKÄTSTUDIE AV SOCIALA FAKTORER I RELATION TILL DROGBEROENDE MED BEAKTANDE AV KÖN, ÅLDER OCH ETNICITET

Författare: Isabella Karlsson och Anne Niemi

Mälardalens högskola

Akademin för hälsa, vård och välfärd

Socionomprogrammet

Examensarbete inom socialt arbete, 15 högskolepoäng

Vårtermin 2014

SAMMANFATTNING

Beroendeproblematiken är omfattande i samhället och drabbar ett flertal individer. Enbart i Sverige uppskattas det att cirka 300 000 individer använder alkohol på ett riskfyllt sätt. Utöver dessa uppskattas dessutom cirka 100 000 individer ha ett tungt drogmissbruk. Tidigare forskning visar att sociala faktorer kan utgöra en risk eller skydd för individerna när det gäller drogberoende. De sociala faktorerna synliggjordes utifrån ålder, kön och etnicitet. Studien är genomförd i samverkan med ett 12-stegsbehandlingshem i Mellansverige och är genomförd med en kvantitativ metod. 261 respondenters enkätsvar från 2013 analyserades för att undersöka sociala faktorer i form av uppväxtmiljö, socialt nätverk och utbildningsnivå i relation till drogberoende. Resultatet visade att det förekommer en viss relation mellan sociala faktorer och drogberoende på behandlingshemmet. Det visade på en överrepresentation på behandlingshemmet av män och av individer med svenskt ursprung. Medelåldern befanns vara 43 år. Med hjälp av ett intersektionellt perspektiv diskuteras och analyseras resultatet och den tidigare forskningen för att synliggöra samhällets maktstrukturer och för att se till individen i ett helhetsperspektiv.

Nyckelord: Drogberoende, 12-stegsbehandling, sociala faktorer, intersektionalitet

BORN INTO DROGABUSE? – A QUESTIONNAIRE STUDY OF SOCIAL FACTORS IN RELATION TO DRUG ABUSE WITH REGARD TO GENDER, AGE AND ETHNICITY

Authors: Isabella Karlsson and Anne Niemi

Mälardalen University

School of Health, Care and Social Welfare

The Social Work Program

Theses in Social Work, 15 credits

Springterm 2014

ABSTRACT

Problems regarding drug abuse are extensive in society and affects many people. Solely in Sweden it's estimated that approximately 300 000 individuals use alcohol in a harmful way. Furthermore approximately 100 000 individuals have a serious problem with drug abuse. Research reveals that social factors can either represent a risk or protective factor for individuals when it comes to drug abuse in relation to age, gender and ethnicity. The study was conducted from a 12-steps treatment program in the middle of Sweden using a quantitative method. 261 respondents' questionnaire answers from year 2013 were analyzed to see the social factors such as childhood environment, social network and education level in relation to the drug abuse. Results show that there is a certain connection between social factors and drug abuse in the treatment program. It has been shown that men and individuals of Swedish origin are over-represented. The average age in this study was 43 years old. With help of an intersectional perspective the results and research are discussed and analyzed to make visible the power structures of society and to see the individual with respect to an overall perspective.

Keywords: drug abuse, 12-step treatment, social factors, intersectionality

INNEHÅLL

4.5	Etiskt ställningstagande	13
5	RESULTAT & ANALYS.....	15
5.1	”Hur ser de sociala faktorerna så som: uppväxtmiljö, socialt nätverk och utbildning ut hos individen med beroendeproblematik?”	15
5.1.1	Uppväxtmiljö	15
5.1.2	Socialt nätverk	16
5.1.3	Utbildning.....	17
5.2	”Hur ser fördelningen ut bland individerna på behandlingshemmet med beroendeproblematik utifrån kön, ålder och etnicitet?”	17
5.2.1	Kön	17
5.2.2	Ålder	19
5.2.3	Etnicitet.....	21
	DISKUSSION.....	23
5.3	Resultatdiskussion.....	23
5.3.1	<i>Hur ser relationen mellan sociala faktorerna så som: uppväxtmiljö, socialt nätverk och utbildning ut hos individer med beroendeproblematik på behandlingshemmet?.....</i>	23
5.3.2	<i>Finns det några skillnader bland individerna på behandlingshemmet utifrån ålder, kön och etnicitet?</i>	24
5.4	Metoddiskussion	25
5.5	Etikdiskussion	26
6	SLUTSATS.....	28
	REFERENSLISTA	29
	BILAGA - ENKÄTFRÅGOR.....	1

1 INTRODUKTION

1.1 Inledning

I dagens samhälle är beroendeproblematiken omfattande och drabbar ett flertal individer. En motion lämnad till Riksdagen (2013/14:So426), beskriver att det förekommer en betydande problematik som drabbar både individen som är beroende och dess anhöriga genom vad som kallas medberoende. En SOU rapport (2005:82) beskriver att det tunga missbruket finns hos cirka 100 000 individer i Sverige. Där beskrivs både alkohol-, narkotika- och blandmissbruk. Det framgår också att de med tungt missbruk ofta har omfattande sociala problem och/eller somatisk- psykisk ohälsa. För att kunna hantera drogberoendet behövs därför en helhetssyn på individens problem (SOU, 2005:82).

Förutom det tunga missbruket beskriver Börjeson (2010) att andelen storkonsumenter av alkohol har ökat, vilket innefattar båda könen och alla åldrar. Individer generellt dricker oftare än tidigare. Gränsen mellan alkoholbrukande och alkoholmissbruk är dock vag. Rapporten SOU (2005:82) beskriver alkoholproblematiken där det uppskattas att 300 000 personer dricker alkohol på riskfullt vis. Det innebär en risk för individens sociala liv och hälsa. Brukandet av narkotika är också en förekommande problematik. Narkotikabruket kan ses som ett åldersrelaterat fenomen då debuten sker i tidig ålder (Börjeson, 2010). Olsson, Adamsson Wahren & Byqvist (2001) rapporterade 26 000 personer med tungt narkotika missbruk. Män var överrepresenterade och ungefär var femte person med ett narkotikamissbruk var född i ett annat land. Sociala bakgrundsfaktorer gällande beroendeproblematiken så som skolfaktorn beskrivs. Denna kan uppmärksammas hos ungdomar och unga vuxna som brukar narkotika. Beroendet kan medföra skolk och dåliga betyg. Följden av beroendet kan också leda till sociala följdproblem som exempelvis försämrade bostadssituation, ekonomi och avståndstagande från samhället och omgivningen. Beroendet uppmärksammas som ett socialt problem då det ofta sker tillsammans med andra människor (Börjeson, 2010). Utifrån ovan uppkommer problematiken i olika åldrar, beroende på kön och utifrån ursprung. Drogberoendet är ett komplext fenomen och personliga-, kulturella-, sociala- och situationella faktorer etc. bör beaktas. Dessa kan enligt Hilde (2009) bidra till utvecklandet av ett beroende. Därför har denna studie valt att undersöka sociala faktorer i relation till beroendeproblematiken på detta behandlingshem och eventuella skillnader utifrån kön, ålder och etnicitet med intersektionalitet som teoretiskt grund för att analysera dess relationella betydelse och föreställningar av normalitet och avvikande. Detta då det sociala arbetet enligt Mattsson (2012) ska sträva efter att synliggöra maktojämlikheter som upprätthålls genom föreställningar om normalitet respektive avvikande. Detta påverkar både socialarbetaren och hjälpmottagaren.

1.2 Bakgrund

Tolvstegsprogrammet har sitt ursprung i Minnesota, USA, där det utvecklades under 1940- och 1950-talet (Socialstyrelsen, 2013). Grundarna till Anonyma Alkoholister (AA) är Bill och Bob (AA i Sverige, 2011). Grunden för tillfrisknandet är den "Stora boken" som enligt AA är skriven av "alkoholister" för "alkoholister" med dess första upplaga år 1939. Programmet syftar till total avhållsamhet från drogen genom de tolv stegen med efterföljande engagemang i AA eller Anonyma Narkomaner (NA) (Socialstyrelsen, 2011). AA existerar i hela världen och år 2000 uppgick alla grupper i världen till omkring 100.000 fördelat på cirka 150 länder. I Sverige var då antal grupper 400. Under samma tidsperiod beräknades att cirka en tredjedel av medlemmarna var kvinnor samt en femtedel av medlemmarna var 30 år och därunder (AA i Sverige, 2011). Narcotics Anonymous World Service, Inc (1998) förklarar deras syn på beroende med en mer allomfattande syn än AA då det avser de stämnings- och sinnesförändrade drogerna istället för alkohol men de utgår från samma princip och följer samma andliga väg. AA´s program är andligt, inte religiöst. Behandlingen följer tolv steg i vilket ett erkännande av beroendet sker i det första steget. Gruppterapi innefattande möten med andra beroende ingår med avsikt att uppnå en insikt om beroendet, samt att ge den beroende styrka att kunna ta ansvar för sitt tillfrisknande. Anhörigmedverkan är en viktig del av programmet där rollerna i familjer med drogberoende medvetandegörs. Regelbunden medverkan i självhjälpsgrupper för både individen med ett beroende och dess anhöriga följer efter avslutad behandling. Målet med behandlingen är helnykterhet/drogfrihet samt en förbättrad livskvalitet för individen med beroende liksom dess anhöriga. Beroendet kallar de en sjukdom och de andliga principerna syftar till ett tillfrisknande från beroendet. Sjukdomen omfattar mer än användandet av drogen, det orsakar problem på alla livsområden. Sjukdomen uttrycker sig på antisociala sätt som försvårar upptäckten, diagnostiseringen och behandlingen. Drogen används för att överleva. Det medför isolering och svårigheter att hantera livet på dess villkor. Beroendet förklaras också som en allergi mot drogen (Statens institutionsstyrelse, 2014).

Den andlighet som avses innebär att den som genomgår AA´s program anses behöva bygga upp sig i "anden" då alkoholism enligt AA är utarmande såväl själsligt, moralisk och socialt varför en själslig utveckling anses nödvändig. AA uppmanar till en tro på en kraft högre än medlemmens egna och valet av denna högre makt är upp till medlemmen själv. Andligheten är därmed inte kopplad till någon religion. För många som är nya i programmet fungerar AA-gruppen som denna högre makt (AA, 2014).

1.3 Begreppsförklaring

Begreppen beroende och missbruk tolkas synonymt. Studien kommer i huvudsak utgå från begreppet beroende som det definieras i 12-stegsprogrammet. Detta anses relevant då studien utgår från ett 12-stegs behandlingshem. Behandlingshemmet använder begreppet beroende i mening att det är en sjukdom. Däremot kommer begreppet missbruk i vissa fall användas då viss förekommande forskning som refereras till använde det begreppet.

Uppväxtmiljön kommer i studien beskrivas utifrån om det förekommit viss problematik i uppväxtmiljön och hur uppväxten sett ut med stöd och närvaro från familj och släkt.

Socialt nätverk definieras i studien genom att se till nuvarande relationer så som familj, vänner och släkt och dessutom se till dess stöd och om det förekommer missbruk i relationerna.

Vidare definieras utbildning genom att se till respondenternas högsta fullföljda utbildningsnivå.

1.4 Syfte och frågeställning

Syftet är att studera relationen mellan sociala faktorer bland individer som behandlas för sitt beroende på ett behandlingshem i mellan Sverige ur ett intersektionellt perspektiv. Gällande det intersektionella perspektivet kommer studien att fokusera på kategorierna ålder, kön och etnicitet. Behandlingshemmet utgår från 12-steps program med inriktning på alkohol-, narkotika- och/eller tablettberoende. Med de sociala faktorerna inriktar sig studien på uppväxt miljö, socialt nätverk och utbildning. Detta ska förklaras genom frågeställningarna:

1. Hur ser relationen mellan sociala faktorerna så som: uppväxtmiljö, socialt nätverk och utbildning ut hos individer med beroendeproblematik på behandlingshemmet?
2. Finns det några skillnader bland individerna på behandlingshemmet utifrån ålder, kön och etnicitet?

2 TIDIGARE FORSKNING

2.1 Risk- och skyddsfaktorer

Perkins, Elifson & Sterk (2010) undersökte via datorunderstödda strukturerade intervjuer som valdes via en större tvärsnittsstudie i Atlanta Georgia möjliga orsaker för risk till drogberoende. 242 respondenter från 18 år och uppåt med krav på engelskspråkighet valdes. De inriktade sig på fyra intresseområden i form av; 1) sociala kategorier, 2) social-psykologiska egenskaper, 3) nuvarande omständigheter och 4) karaktärsdrag i familjen. Resultatet visade att det fanns en signifikant positiv korrelation mellan förekomsten av faktorerna depression, bristande självbestämmande samt låg självkontroll och risk för förekomst av drogberoende. Känslomässig misshandel visade sig ha en omfattande effekt för risken att hamna i ett drogberoende. Perkins m.fl. (2010) belyser att faktorer så som depression och självkänndom dessutom bör tas i beaktning då det kan medföra en risk för drogberoende. Hser, Longshore & Anglin (2007) identifierar i en litteraturstudie andra riskfaktorer i form av: familjefaktorer som förklaras med familjehistorik gällande drogberoende, psykologiska problem hos föräldrar och låg social tillhörighet. Individuella riskfaktorer som nämns är dålig självkontroll, risktagande, sensationssökande, livsstress och avvikande kamrattillhörighet. Till dessa hör också miljöfaktorer, såsom tillgång till droger och genetiska faktorer.

Genom att se beroendet i samspel med livslopps forskning kan det förklaras och förstås med dess sociala system. Hser m.fl. (2007) använder sig av forskning som ser faktorer så som socialt kapital som skyddsfaktor. Individer med starkt socialt kapital har ett skydd mot negativa konsekvenser genom det och de förpliktelser som följer genom det. Stödjande relationer, akademiskt engagemang och självkänsla definieras som skyddande faktorer. Sloboda, Glantz & Tarter (2012) hänvisar i sin litteraturstudie till forskning som har funnit att personer med ett starkt familjestöd och som ej umgås med personer med avvikande beteende eller droganvändare avstod från användande av droger. Ytterligare skyddsfaktorer som Sloboda m. fl.(2012) nämnde var en ihållande känsla av tillfredsställelse med livet samt mer negativa känslor gentemot användandet av droger. Sloboda m. fl. (2012) redogör också för forskning som visade att de som fortsätter med användandet av droger vanligen umgicks med andra som använde droger samt led av känslomässiga problem. Sloboda m. fl. (2012) menade att användandet av droger i allmänhet var kopplat till faktorer gällande umgänget samt sociala orsaker medan missbruk tycks härröra från psykologiska processer samt biologiska faktorer. Dean (2001) menade att missbruket kunde ses som ett multidynamiskt system där olika fenomen kunde bidra till olika sätt att analysera problematiken. Dean (2001) belyste att det kunde ses utifrån biologiska fenomen som syftade till det genetiska men också genom psykologiska-, beteende-, demografiska- och miljöfaktorer. Till dessa kunde kön, etnicitet och familje- eller kamrattumgängen vara en betydande faktor. Dean (2001) menade också att missbruket måste ses utifrån olika kontexter så som biologiska, psykologiska, sociala och kulturella. I litteraturstudien (Dean, 2001) låg en komplexitetsteori till grund för att se till vikten av drogberoendet i interaktion mellan biologiska-,

psykologiska- och sociala faktorer. Drogerberoendet är ett komplext och tolkningsbart fenomen som kan uppmärksammas genom denna biopsykosociala modell.

2.2 Ålder i relation till drogerberoende och drogerbruk

Dean (2001) förklarade två olika modeller för att uppmärksamma beroendet av olagliga droger. Det beskrivs genom modellen om den naturliga historien som kan förklaras genom användningen i olika faser. Det ses utifrån en mognadsprocess från barndom till vuxen. Den andra modellen beskrevs som karriärmodellen som fokuserar på möjlighet, sociala kontexten, valet och viljan som kunde ses utifrån de vägar som individen följer utifrån valen.

Terry-McElrath, O'Malley & Johnston (2009) beskrev i en litteraturstudie ungdomars orsaker till användandet av droger och det framkom att den vanligaste orsaken var sociala- och nöjesskäl. Det existerade också orsaker till droganvändande för att förbättra måendet, för att klara av negativa känslor och för att passa in i omgivningen. Detta kunde till viss del kopplas samman med Vakalahi, Harrison & Janzen (2000) som undersökte olika riskfaktorer. Dessutom beaktades skyddsfaktorer hos ungdomars bruk av droger genom att se till familjebaserade variabler i form av: föräldrars utbildningsnivå, etniska bakgrund, religiös tillhörighet, syskons drogerberoende, familjekonflikter och familjedeltaktighet. Undersökningen genomfördes i Utah i 13 olika distrikt som i sin tur delades in i block. Inkluderings kriterier för familjerna var att de skulle ha minst en ungdom i ålder 12 till 18 år. Genom detta valdes 4938 ungdomar ut. Resultatet visade att föräldrar med högre utbildningsnivå var relaterat till lägre risk för drogerbruk hos ungdomen. Var familjen sedan av en etnisk minoritet fanns en högre risk för drogerbruk hos ungdomarna. Det visade sig att ungdomar med föräldrar som hade en religiös tillhörighet erhöll lägre risk för droganvändande, däremot existerade en signifikant korrelation mellan syskons droganvändande och ungdomens risk för drogerbruk. Var ungdomen delaktig i familjen förekom en mindre risk för droganvändande men en större risk befanns däremot när familjen hade konflikter. Vakalahi m.fl. (2000) upplyser om att begränsningar i forskningen förekom då den endast ser till ungdomars drogerbruk och inte beroende vilket medför att resultatens generaliserbarhet är begränsad. Ungdomars drogerbruk kan relateras till en risk för beroende i vuxenlivet som Hser m.fl. (2007) beskrev genom att droganvändandet kan börja i tonåren i de flesta fall genom cigarett- och alkoholanvändande. Det belyses därmed att droganvändande i tidig ålder är ett av det mest säkra sättet att förutse framtida drogerberoende. Det framkommer genom de medicinska och vetenskapliga kretsarna att drogerberoende kan vara en kronisk sjukdom som kräver långsiktig vård och hantering (Hser m.fl., 2007).

Perkins m.fl. (2010) menar att det finns en risk för drogerberoende hos barnen då föräldrar försummar barnen och använder droger. Den känslomässiga misshandeln kan ha en mer omfattande påverkan. Hser (2007) beskrev ålder som en riskfaktor för drogerberoende då droganvändning i tidig ålder medförde en ökad risk för drogerberoende i äldre ålder. Liknande resultat visade sig i en studie genomförd av McElrath, O'Malley & Johnston (2009) där highschool studenters orsaker till användande av substanser undersöktes. Substanserna

identifierades i form av nio olika droger. Underlaget för studien upptogs från studien Monitoring The Future som genomfördes årligen mellan år 1976 och 2005 på studenter på highschool i USA. I studien ingår svaren från 75 512 studenter. Frågorna rörde orsaker till användandet av heroin, alkohol, marijuana, LSD, amfetamin, lugnande medel och läkemedel mot ångest, kokain samt annan narkotika förutom heroin. Resultatet visade att den vanligaste orsaken till användandet av de flesta slags droger var av nöjes- eller sociala skäl. Ungdomarna ville ha roligt, testa, bli höga och slappna av. Det fanns dock en skillnad beroende på vilken drog det berörde. Det existerade också anledningar till användandet av droger i form av att förhöja sitt mående, på grund av sociala skäl, för att klara av negativa känslor, för att passa in och för att undvika social isolering (McElrath m.fl., 2009).

Rapporten SOU (2011:35) redogjorde missbruk och beroende i relation till ålder genom att belysa barn, ungdomar och äldre med problematiken. Utredningens uppdrag var att lämna förslag till förändringar inom missbruk- och beroendevården i Sverige för att skapa en kunskapsbaserad vård genom att dels uppmärksamma individuella behov. Rapporten menade att uppgifter om ungdomars missbruk och beroende är begränsad. Undersökningar visade att intensiv alkoholkonsumtion hos ungdomar var vanligast mellan 18 – 25 år. Det belystes också att experimentell användning av narkotika och dopingspreparat var vanligast hos ungdomar. Rapporten SOU (2011:35) uppmärksammade även kopplingen mellan ungdomars missbruk och annan problematik som också ovan forskning belyser så som familjeförhållanden, skolsituationer eller på grund av beteendetillstånd så som depression eller ADHD. Det framgår att en kunskapsutveckling uppdragats under de senaste 20 åren inom området men att det också finns behov av utveckling av lokala basinsatser för barn och ungdomar på kommunal- och landstingsnivå genom samverkan. En ökad risk för användandet av droger är enligt Sloboda m. fl.(2012) fallet om ungdomar misslyckades med att få en samhörighet med prosociala vänner och vuxna liksom skolor och liknande institutioner, misslyckas med att ta till sig behövliga kunskaper samt att erhålla prosociala attityder. Ungdomar som riskerade att bli beroende utsattes för mycket stress orsakat av ofördelaktig socioekonomisk ställning, dysfunktionell familj och familjekonflikter, psykisk sjukdom, bristande samhörighet med vårdnadshavare, utsatthet för våld samt vanvård. Det framkommer att äldre konsumerar alkohol som norm lika ofta som yngre personer. Vilket kan betyda en riskkonsumtion och där med en risk för beroende och missbruk. SOU (2011:35) rapporten visade att Sverige behöver utveckla strategier för att tidigt upptäcka riskbruk hos äldre.

2.3 Kön i relation till drogbruk och drogberoende

McElrath m.fl. (2009) beskrev att det fanns signifikanta skillnader beroende på kön när det gäller orsaker till droganvändande. Studien hänvisade till forskning som påvisade att män konsekvent använde betydligt mer droger än kvinnor såväl när det gäller ungdomar som vuxna. Vidare hänvisade McElrath m.fl. (2009) till en longitudinell studie som påvisade att kvinnor signifikant snabbare upplevde problem relaterade till sitt drogmissbruk. Därutöver beskrevs att drogmissbrukande medelålders män hade en större benägenhet att fortsätta sitt missbruk. McElrath m.fl. (2009) refererar till en studie av 87 vuxna kokainmissbrukare som sökt hjälp för sitt missbruk. McElrath m.fl. (2009) menade att det fanns tydliga mönster i

orsaker till droganvändande kopplat till kön. Kvinnors droganvändande visade sig i studien i större grad vara kopplat till olika former av misshandel under barndomen. Män använde i större grad droger av sociala och rekreationsskäl samt för att minska eller öka effekten av andra droger. Män använde också konsekvent droger mer för att uppnå djupare insikter och förståelse. Kvinnornas orsaker till droganvändande var istället kopplade till att klara av fysiska behov. Även valet av drog skilde sig mellan könen där män oftare fastnade i beroende av alkohol och marijuana medan kvinnorna mer troligt missbrukade amfetamin. Denna drog användes ofta av kvinnor för att minska i vikt. Gällande alkohol rapporterade kvinnor oftare än män att de drack för att det var gott (McElrath m.fl, 2009).

I en studie gjord av Hser, Huang, Teruya & Anglin (2003) jämfördes kön i relation till behandlingsresultat och orsaker som kunde tänkas leda till drogberoende. I studien ingick 511 patienter som valdes ut från olika behandlingsprogram runt om i Los Angeles. Hser m.fl. (2003) hänvisade till studier som visade att kvinnor i allmänhet började använda alkohol senare än män och att det ofta var deras pojkvänner och makar som introducerade dem till alkoholen. Hser m. fl. (2003) redogjorde också för studier som talade för att betydligt fler drogberoende kvinnor än män hade psykiatriska sjukdomar, speciellt känslomässiga störningar. Vidare framgick det att män var mer benägna att involveras i kriminella aktiviteter, vara fängslade eller under övervakning. Hser m. fl. (2003) menade också att det sociala stigmat var kopplat till drogberoende hos kvinnor då det utgjorde ett hinder för dem när de skulle söka den hjälp som de behövde. Män däremot inledde oftare behandling under laga hot. I studien framgick det även att kvinnor i behandling oftare hade psykiska symptom såsom oro och depression, låg självkänsla och i högre grad än män hade varit utsatta för sexuellt utnyttjande som barn. Hser m.fl. (2003) fann att de droger som kvinnorna hade sina huvudsakliga beroendeproblem med var kokain och amfetamin medan motsvarande droger för män var alkohol och heroin. Hser m. fl. (2003) konstaterade att det vid de uppföljningsintervjuer som genomfördes var signifikant fler kvinnor än män som ett år efter den inledande intervjun fortfarande befann sig under behandling och att de stannade i behandling under längre tid. De likheter som Hser m. fl. (2003) kunde se mellan kvinnor och män var att de var lika benägna att inleda behandling mot sitt beroende, hade samma medvetenhet om sin beroendeproblematik och samma grad av önskan att få hjälp. Vidare angav både män och kvinnor att det bland deras vänner och i deras familj förekom droganvändande och kriminalitet. Ytterligare en likhet som uppmärksammades var att en drogberoende partner inverkar negativt på individen. Det förekom hos både män och kvinnor och medförde en svårighet att avhålla sig från drogen. Deltagande i tolvstegsprogram efter avslutad behandling främjade avhållsamhet från droger. SOU (2011:35) rapporten belyste att vården inte bemöter kvinnors behov. Detta då den i första hand är utformad för män som utgör den största delen av antalet patienter. Utredningen visade däremot inte att män och kvinnor generellt har olika vårdbehov men det visar däremot att könsinriktad behandling kan ha ett mervärde för en del kvinnor med beroendeproblematik framförallt om de tidigare blivit utsatta för sexuella övergrepp eller fysiskt våld. Målsättningen var enligt rapporten en individualisering för svenska missbruks- och beroendevården för att kunna tillgodose den enskildes behov oavsett kön (SOU, 2011:35).

2.4 Etnicitet i relation till drogbruk och drogberoende

Resultatet av studien gjord av McElrath m.fl. (2009) stödde till viss del tidigare forskning som indikerade att droganvändare i minoritetsgrupper inte använde droger i lika högre grad av sociala skäl som droganvändare i övriga grupper. Gällande alkohol, marijuana och kokain indikerade studien att droganvändare i minoritetsgrupper oftare hade tvångsmässiga skäl till sitt användande av droger, såsom att hantera vardagen. Vakalahi m.fl. (2000) menar att om föräldrarna tillhör en etnisk minoritet förelåg en ökad risk för drogbruk. Det framgick att religiös tillhörighet i allmänhet minskade risken för användande av droger. SOU (2011:35) rapporten redogjorde för att drog- och alkoholanvändningen generellt skiljer sig beroende på etnisk tillhörighet. Graden av användning av droger och alkohol kunde variera beroende på kultur. I allmänhet var bruket av alkohol och droger mindre utbrett hos utomeuropeiska personer i jämförelse med svenskfödda och personer från Norden. Kunskapen angående vårdbehov hos individer med utländsk bakgrund var mycket avgränsad. Hinder uppkom i vården i form av språksvårigheter och kulturella skillnader. Rapporten från SOU (2011:35) menade att dessa svårigheter måste överbryggas för att få till stånd en ändamålsenlig vård. Något som avskilde personer med utländsk bakgrund från nordbor kunde vara den vanliga förekomsten av traumatiska upplevelser som visar sig genom krig och katastrofer hos individer med utländsk bakgrund (SOU:2011:35).

Sammanfattningsvis visade den tidigare forskningen att miljö-, familje- och genetiska faktorer kunde vara en risk- eller skyddsfaktor för ett kommande drogberoende (Hser m.fl., 2007). Vakalahi m.fl. (2000) beskriver dock endast drogbruk. Sammantaget visade tidigare forskning gällande ålder i relation till drogberoende och drogbruk att en tidig debut medförde en ökad risk för drogberoende i äldre år. Däremot menade rapporten SOU (2011:53) att det även existerar riskkonsumtion hos äldre, vilket även medför risk för beroende. Utifrån kön visade forskning (Hser m.fl., 2003) på hinder för en kvinna att söka hjälp för sitt drogberoende men redovisade också för det motsägelsefulla faktum att män och kvinnor var lika benägna att inleda behandling. McElrath m.fl. (2009) visade slutligen att män konsekvent använder mer droger än kvinnor och att orsaken till användandet av droger varierade beroende på kön. Utifrån etnicitet visade forskningen motstridiga uppgifter gällande användandet av droger där Vakalahi m.fl. (2000) menade att en tillhörighet av en etnisk minoritet medförde en ökad risk för drogbruk medan rapporten SOU (2011:35) menade att drogbruket var mindre utbrett hos etniska minoriteter. Detta kan till viss del bero på kontextuella orsaker då forskningen utförts i olika länder och därmed råder olika förutsättningar.

3 TEORETISKT PERSPEKTIV

Crenshaw Kimberle (Crenshaw, 2003) befäste teorin intersektionalitet där hon uppmärksammade förtryck av kvinnor utifrån kön men dessutom då det existerar flerfaldigt förtryck utifrån etnicitet och andra kategorier. Intersektionalitet utgår också från det postkoloniala perspektivet och möjliggör en analys av de komplexa maktstrukturer som uppstår när kön, etnicitet, klass, ålder och sexualitet möts. De Los Reyes & Mulinari (2007) beskriver att synliggörande av maktstrukturer på samhälls-, strukturell- och individnivå utvecklar en helhetssyn som belyser ojämnligheter och förtryck. Detta inkluderar ett synliggörande och problematisering av maktstrukturer som skapar en åtskillnad mellan ”oss” och ”De andra” som kan bidra till en förändring. Kön, ålder och etnicitet skapar över- och underordning och därmed en förutfattad mening om människan. Detta bidrar till upprätthållande av maktstrukturerna (De Los Reyes & Mulinari, 2007). De Los Reyes & Mulinari (2007) framställer diskriminering utifrån underordnade kategorier. Detta ligger till grund för utslutande från samhällsresurser och kan leda till brist på inflytande och makt.

Intersektionalitet möjliggör uppmärksammanden av samhällets konstruerande av kategorier som förklaras genom föreställningar och ideal. När dessa ideal inte uppnås bildas omedvetet föreställningar om individen som avvikande då de bryter mot det normativa (Mattsson, 2010). Mattsson (2010) menar att det skapas föreställningar om orsaker till det samhällsbrytande beteendet. Utifrån drogberoende kan föreställningar konstateras redan då ett drogberoende bryter mot samhällsnormerna. Utifrån andra kategorier så som kön kan det förekomma en flerfaldig utsatthet. Exempel redogörs i Mattsson (2010) där kvinnor anses underordnade enligt samhällsstrukturer och utifrån deras drogberoende existerar därmed en flerfaldig utsatthet. Etnisk tillhörighet anses också bidra till över- och underordning enligt Mattsson (2010) som kan spegla sig i bland annat hudfärg då ljus hud anses vara det normativa. Etnicitet syftar till gruppering utifrån samhörighet som kan ty sig genom språket men också genom kulturell gemenskap. Detta bidrar till att de som inte tillhör den normativa gruppen därmed framställs som avvikande genom att placeras som ”De andra”. Det kan också beskrivas utifrån Herz och Johansson (2012) genom att det avvikande pekats ut och styrs av kulturella förväntningar. Exempelvis kan detta förklaras genom att Västvärlden beskrivs som norm på grund av den dominerande etniciteten, vilket inneburit att övrig etnicitet har setts som underutvecklad och underordnad. Parrish (2012) beskriver hur samhället är åldersdiskriminerande genom att det förekommer sociala uppdelningar relaterade till ålder. Exempelvis äldre som betraktas som individer över 65 år och blir diskriminerade endast utifrån kronologisk ålder trots att det kan förekomma att dessa personer är mer energiska och engagerade än yngre personer. Det är därmed viktigt med intersektionalitet för att se till variationen mellan människor och inom grupper av människor. Detta för att kunna möta människor där de befinner sig i sitt kontextuella sammanhang (Herz & Johansson, 2012).

Mattsson (2012) använder intersektionalitet för att synliggöra maktstrukturer för att kunna motverka kategoriseringar och föreställningar om individer. Intersektionalitet visar enligt Mattsson (2010) på hur kategoriernas samspel och beroendeförhållanden kan bryta ett patriarkaliskt tänkande och stereotypifierande utifrån över- och underordning. Detta förklarar Mattsson (2010) utifrån ett normativt tänk som bidrar till att individer som bryter

mot normativa föreställningar framställs som avvikande genom att placeras som ”De andra”. Herz och Johansson (2012) beskriver att det avvikande pekats ut och styrs av kulturella förväntningar och det kontextuellt dominerande.

Denna studie utgår från drogberoende och skillnader utifrån kategorierna kön, ålder och etnicitet. Det intersektionella perspektivet kan användas i de statistiska analyserna för att se till ett relationellt perspektiv enligt Aytars (2013) beskrivning vid statistiska analyser. Då Aytar (2013) dessutom beskriver att intersektionalitet utgår från ett multidimensionellt perspektiv kan perspektivet användas för att synliggöra och problematisera strukturella maktutövningar och bevarandet av ojämnlighet genom samhällsstrukturer av över- och underordning. De Los Reyes & Mulinari (2007) förklarar dessutom att det intersektionella perspektivet kan användas för att se till simultana processer som upprätthåller samhällets konstruerande av över- och underordning. Ovanstående resonemang inom intersektionalitet kan därmed användas.

4 METOD

4.1 Val av metod

Ett behandlingshem i Mellansverige arbetar med 12-stegsbehandling mot alkohol-, narkotika- och tablettberoende. Behandlingshemmet tar emot män och kvinnor från 18 års ålder som är svensktalande. Vården sker genom öppet intag det vill säga genom fri och anonym ansökan. Då denna studie utgick från behandlingshemmet kommer behandlingshemmet inte benämnas vid namn i studien. En enkät från ett 12-stegsbehandlingshem användes. Utifrån enkäten formulerades ett syfte och två relevanta frågeställningar. Studien utgår från en kvantitativ metod genom intervjuer med slutna svar. Enkäterna fylls i under samtal på behandlingshemmet vid "inskrivning" och "utskrivning". Genom att använda en kvantitativ metod kunde dataresultatet analyseras och tolkas utifrån kvantitet, det vill säga utifrån urvalsgruppen som i denna studie syftar till patienter under årtal 2013 vid inskrivning. Resultatet kan därmed tolkas och analyseras utifrån variabelers samvariation. Den kvantitativa metoden möjliggör också prövning av teorier. Detta möjliggjorde en prövning av det intersektionella perspektivet vilket gjorde att studien har en deduktiv ansats.

Den kvantitativa metoden anses utifrån Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen (2010) tolkning ha en validitet för enkätfrågorna då metoden ger svar på studiens syfte och frågeställningar. Det anses också att metoden bidrar till en reliabilitet då det antas att en liknande undersökning skulle ge samma resultat till största del.

4.2 Urval

Studien utgår ifrån sammanlagt 8358 intervjuenkäter från behandlingshemmet insamlat från 3799 vårdtillfällen som motsvarar målpopulationen. Då kunskap framkommit om att enkäterna existerade mellan år 2001 och 2013 har urvalet minskats genom att begränsa datamaterialet till det mest aktuella årtalet, vilket är år 2013. Utifrån kontakt med behandlingshemmet kunde det redogöras för en existens av 554 enkäter från och med 1 januari till och med 20 december 2013. Vid behandlingen påbörjas inskrivningssamtalen som innefattar 284 enkäter medan utskrivningssamtalen uppgår till 270 enkäter. För 2013 finns dessutom 15 uppföljningssamtal som sker slumpmässigt och i regel via telefon. Bortfall i studien existerade då vissa respondenter valt att avbryta behandling, eller inte ville besvara frågorna. Bortfall vid inskrivning förekom också då vissa patienter inte ansågs vara i stånd att besvara enkäten. Den varierande graden av bortfall medförde att det inte gick att definiera ett klart bortfall utifrån enkäten i sin helhet. Denna studie fokuserade på antal utvalda frågor som besvarades i samband med inskrivning på behandlingshemmet. Då enkäterna fylldes i per vårdtillfälle förekom dubletter. Dessa sällades bort genom att de med mest svar valdes ut. Det existerade också enkätsvar från 2012 i materialet som togs bort och därefter återstod 261 enkätsvar.

4.3 Datainsamling och genomförande

Inför insamlingen av datamaterialet blev författarna avlastade då behandlingshemmets material från enkäterna fanns sammanställt i datasystemet IKM DOK som används inom missbruks- och beroendevården. Vissa frågor var besvarade vid inskrivning medan andra besvarades vid utskrivning. Studien utgick från svaren vid inskrivningen som togs del av genom ansvarig på behandlingshemmet. Därmed valdes de relevanta frågor till studiens syfte ut. Då studien inriktade sig till faktorer som ålder, kön, etnicitet, socialt nätverk, uppväxtmiljö och utbildning använde studien sig av frågor som berörde dessa ämnen. De utvalda frågorna fokuserade dessutom på individens medborgarskap, vilket innebar att deltagarnas medborgarskap kunde vara svenskt respektive annat medborgarskap alternativt statslös. Respondenterna besvarade även frågor gällande sitt eget födelseland liksom faderns respektive moderns födelseland. Frågor besvarades utifrån antal nuvarande relationer fördelat på föräldrar, syskon, partner, före detta partner, barn/styvbarn, annan släkting och nära vänner. Därefter besvarades frågor om antal som varit ett stöd för respondenten från ovan nämnda kategorier. Slutligen angavs hur många i ovan nämnda kategorier som haft missbruksproblem de senaste sex månaderna. På liknande sätt besvarades nästkommande frågor som rörde relationer totalt i livet och innefattade det totala antalet av föräldrar, syskon, partner, barn/styvbarn, annan släkting och nära vänner. Respondenterna redogjorde vidare för hur många ur dessa kategorier som varit ett stöd för denne liksom hur många ur nämnda kategorier som haft ett missbruksproblem. Enkäten erhöll också en redogörelse angående antal tillfällen respondenten varit placerad i familjehem eller i fosterfamilj och om denne upplevt alkohol/drogmissbruk, psykiska besvär eller misshandel/våld i uppväxtmiljön. Enkäten besvarade frågan om respondentens högsta fullföljda utbildningsnivå där svarsalternativen innefattade ej fullföljd folkskola, grundskola eller motsvarande, fullföljd folkskola, grundskola eller motsvarande, fullföljt fackskola, gymnasieskola eller motsvarande och fullföljt eftergymnasial utbildning/högskola.

Ett möte planerades in på behandlingshemmet för att ta del av datamaterialet vilket genomfördes den 27 januari 2014. Inför detta möte redogjorde författarna via mail för vilken data som skulle användas. Detta medförde att personal på behandlingshemmet sammanställde det material som skulle användas. Vid detta tillfälle mottogs materialet i pappersform. Datamaterialet var kodat, vilket omöjliggjorde identifiering av respondenterna. Efter att ha inlett en manuell inmatning framkom det att det var mer rationellt att utgå från Exceldokumentet där relevanta delar kunde importeras direkt till SPSS. Genom detta undveks den manuella inmatningen. Datamaterialet erhöles genom mail där de utvalda frågornas svar framkom genom enskilda Exceldokument. Därifrån kopierades relevant data till ett gemensamt Exceldokument. Dokumentet importerades sedan till SPSS.

4.4 Databearbetning och analysmetod

Samtliga utvalda enkätfrågor analyserades först med hjälp av frekvenstabeller för att kartlägga resultaten. Vid första tillfället då frekvenstabeller togs fram framkom svårigheter med bortfall gällande variablerna individens-, moderns- respektive faderns födelseland då dessa inte besvarats med hjälp av siffror. För att rätta till problemet ändrades Type från string till numeric. Därefter bearbetades data med utgångspunkt från frågeställningarna.

Frågeställning ett "Hur ser relationen mellan sociala faktorerna så som: uppväxtmiljö, socialt nätverk och utbildning ut hos individen med beroendeproblematik på behandlingshemmet?" besvarades genom frekvenstabeller gällande uppväxtfrågor, socialt nätverk och utbildning. För att bearbeta data från frågeställning två "Finns det några skillnader bland individerna på behandlingshemmet utifrån ålder, kön och etnicitet?" användes frekvenstabeller. Till denna frågeställning genomfördes också en medelvärdesanalys för att se till medelåldern. Vidare genomfördes bivariata korstabeller med variablerna uppväxtmiljö, socialt nätverk och utbildning fördelat på kön som sedan redovisades i tabellform. Därefter genomfördes Ttest för att jämföra medelvärden i två grupper bland variablerna alkohol/drogmissbruk, psykiska problem och misshandel/våld i uppväxtmiljön i relation till ålder. Pearson r användes för att se till korrelationen bland variablerna: Antal föräldrar som haft ett missbruk totalt sett, antal nära vänner med missbruk totalt sett, annan släkting med missbruk totalt sett, antal placeringar i fosterfamilj/familjehem, antal nuvarande föräldrar, antal föräldrar som ger stöd för nuvarande, antal nuvarande syskon, antal syskon som ger ett stöd för nuvarande, antal nuvarande partner, antal partner som ger ett stöd för nuvarande, antal nuvarande barn/styvbarn, antal nuvarande barn/styvbarn som ger ett stöd för nuvarande, antal andra släktingar som ger ett stöd för nuvarande, antal nuvarande nära vänner och antal nuvarande vänner som ger ett stöd för nuvarande i relationer till ålder. Vidare analyser har inte genomförts utifrån ålder och utbildningsnivå då det existerade personer som inte har haft möjlighet att fullfölja viss utbildning på grund av åldern.

4.5 Etiskt ställningstagande

Denna studie har tagit hänsyn till de etiska principerna utifrån lagen om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460) redogörelse. För djupare förståelse av de etiska principerna innefattar informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet användes Bryman (2011).

Behandlingshemmet informerades om studiens syfte. Presentation av studien genomfördes via mailkontakt samt via besök på behandlingshemmet. Respondenterna har inte informerats om denna studie då personuppgifterna var kodade och därmed inte funnits tillgängliga för författarna, vilket innebär hänsynstagande till konfidentialitetskravet. Vid ifyllnad av enkäterna på behandlingshemmet har respondenterna tillfrågats om behandlingshemmet eventuellt får kontakta dem efter att behandlingsperioden är över. Personal informerar respondenterna att svaren sammanställs i behandlingshemmets datasystem.

Behandlingshemmet informerar också om det frivilliga deltagandet och att frågor inte behöver besvaras. Behandlingshemmet informerar slutligen om syftet med enkäterna, att de redovisas till Socialstyrelsen och i viss mån till EU och att inga personuppgifter utelämnas. Studien redogör inte heller för vilket behandlingshem som berörs. Detta för att respondenterna inte ska kunna känna sig kränkta och avslöjade, det vill säga behålla en integritet. Slutligen följdes nyttjandekravet i och med att de uppgifter som berör individerna på behandlingshemmet enbart användes för forskningsändamålet. Studien tog endast del av det material som kunde ses som nödvändigt för studien. Utöver dessa forskningsetiska principer har också författarna till studien haft forskningens kvalitet i åtanke. I Bryman (2011) framgår det vidare att forskningen ska designas och utföras på ett sätt som borgar för

kvalitet och integritet. Denna studie lever därmed upp till dessa krav och håller en tillräckligt hög kvalitet och kan därför inte anses vara oetisk.

5 RESULTAT & ANALYS

5.1 ”Hur ser relationen mellan sociala faktorerna så som: uppväxtmiljö, socialt nätverk och utbildning ut hos individen med beroendeproblematik på behandlingshemmet?”

5.1.1 Uppväxtmiljö

Frekvenstabeller användes för att kartlägga respondenternas uppväxtmiljö. Här fanns ett generellt bortfall på mellan 38 och 40 procent. Bortsett från antal placeringar i fosterfamilj/familjehem där bortfallet endast uppgick till tre procent och antal andra släktingar totalt med ett bortfall på hela 64 procent. Frågan om antal andra släktingar totalt uppvisade ett bortfall på exceptionella 99 procent, vilket ledde till att ytterligare analyser gällande detta inte ansågs relevant. Nedan angivna procenttal berör dem som svarat på enkätfrågorna.

Rörande respondenternas uppväxtmiljö framkom det att en övervägande del av respondenterna har eller har haft totalt två föräldrar under livet och 54 procent totalt under livet haft ett eller två syskon. Endast 17 procent av respondenterna hade någon gång varit placerad i familjehem/fosterfamilj.

Av respondenterna angav 48 procent att det förekommit alkohol/drogmissbruk eller misshandel och våld i uppväxtmiljön medan psykiska problem i respondenternas uppväxtmiljö förekommit hos 56 procent.

På frågan om missbruk i uppväxtmiljön framgick att 37 procent av respondenterna hade en förälder som missbrukat och 22 procent hade växt upp i ett hem där båda föräldrarna missbrukat. Missbruk hos syskon förekom hos 30 procent av respondenterna medan 62 procent hade växt upp med syskon utan missbruksproblem. Likaså angav 30 procent av respondenterna att de hade en annan släkting med missbruk. Andelen respondenter som hade två andra släktingar som missbrukade var 17 procent medan 31 procent inte hade någon annan släkting med missbruk. En tredjedel av respondenterna hade upplevt missbruk hos någon släkting eller familjemedlem under sin uppväxt.

Slutligen visade det sig att 45 procent av respondenterna upplevt stöd från båda sina föräldrar totalt i livet medan 27 procent inte ansåg sig fått något stöd från sina föräldrar. Motsvarande siffror gällande upplevt stöd från syskon var 41 respektive 21 procent. Endast 13 procent av respondenterna angav att de upplevt sig få stöd från någon annan släkting medan hela 69 procent inte sade sig upplevt stöd från någon annan släkting.

Ovan nämnda faktorer kan kopplas samman med tidigare forskning som visade att faktorer som förekomst av alkohol/drogmissbruk, psykiska problem samt misshandel/våld kunde ha en negativ inverkan när det gäller drogberoende. Detta beskriver Perkins m.fl. (2010) genom att förklara uppväxtmiljö som en risk- alternativt skyddsfaktor. Perkins m.fl (2010)

framhåller att känslomässig misshandel till större grad än drogberoende i uppväxtmiljön kan ha en negativ effekt på ungdomen. Denna studies enkät innehöll dock inga frågor gällande form av misshandel/våld, det är därför oklart om känslomässig misshandel ingick. Det kan spekuleras att misshandel/våld i studien kan innebära både fysisk och psykisk misshandel/våld. Även Hser m.fl. (2007) identifierar riskfaktorer som familjehistorik gällande drogberoende, psykologiska problem hos föräldrar vilket även återfanns i studiens resultat.

5.1.2 Socialt nätverk

Gällande kartläggning av det nuvarande sociala nätverket användes frekvenstabeller. Bortfallet i allmänhet varierade mellan 38 och 41 procent. Resterande variabler uppvisade procentsatser mellan 59 och 62 procent. De mest avvikande bortfallsprocenten redogjorde för stöd från syskon där bortfallet endast var 24 procent. Liksom gällande uppväxtmiljö fanns i vissa fall ett mycket högt bortfall vilket var fallet gällande stöd från nuvarande partner där bortfallet uppgick till 78 procent. Högst bortfall på 96 procent visade sig gällande antal nuvarande släktingar varvid inga ytterligare analyser genomfördes rörande detta.

Angående frågan om nuvarande föräldrar angav 42 procent att de hade två föräldrar och hela 95 procent hade ett eller flera syskon. 65 procent av respondenterna angav att de hade en partner för närvarande och 41 procent hade ett till två barn/styvbarn. Majoriteten av respondenterna uppvisade att de hade nära vänner. 27 procent hade en nära vän och 12 procent hade två nära vänner. Respondenterna visade sig således generellt sett ha ett relativt väl utbyggt socialt nätverk.

Frågor beträffande förekommande missbruk i det nuvarande sociala nätverket visade att 28 procent hade föräldrar med nuvarande missbruk. Det var en betydligt lägre siffra än vad som framgick angående upplevt missbruk i uppväxtmiljön. Respondenterna som hade syskon med nuvarande missbruk uppgick till 24 procent. Gällande antal partner med nuvarande missbruk angav 27 procent att de hade en partner med missbruk för närvarande. Däremot fanns ett bortfall på hela 79 procent berörande frågan antal partner med nuvarande missbruk. Endast åtta procent angav ett missbruk hos nuvarande barn/styvbarn. Motsvarande siffra för annan nuvarande släkting var 16 procent. Slutligen uppgav 12 procent att en eller två nuvarande vänner hade ett missbruk. Nuvarande missbruk hos föräldrar respektive partners dominerade följaktligen.

Stödet runt respondenterna fördelade sig enligt följande: hela 64 procent ansåg sig ha stöd från en eller båda föräldrar och 36 procent av ett av sina syskon. Så mycket som 81 procent ansåg sig ha stöd från nuvarande partner, men där måste ett omfattande bortfall på 78 procent tas i beaktande. Motsvarande siffra när det gällde stöd från barn/styvbarn var 55 procent. 73 procent ansåg sig inte ha något stöd från någon annan släkting. Rörande stödet från nuvarande nära vänner ansåg 66 procent att ett sådant stöd fanns med en fördelning på 39 procent med stöd från en vän, 18 procent med stöd från två vänner och slutligen tio procent med stöd från fem nära vänner.

Utifrån tidigare forskning kan resultatet analyseras då Hser m.fl. (2007) belyser att ett starkt socialt kapital kan ha en skyddande inverkan gällande beroende oavsett kön. Exempelvis på socialt kapital kan vara stödjande relationer. Riskfaktorer som Hser m.fl. (2007) belyste i forskningen förknippades med dels låg social tillhörighet hos föräldrarna dels individuella faktorer som umgänge med avvikande kamrater. Tidigare nämnd riskfaktor kan kopplas samman med forskning från Sloboda m.fl. (2012) som även de menar att ett umgänge där droger förekommer utgör en risk för individen. Detta kan leda till ett fortsatt användande av droger då droganvändning i allmänhet var kopplat till umgänget samt andra sociala orsaker. Det kan därmed analyseras då det existerade respondenter med missbruk i det sociala nätverket, vilket därmed kan leda till en risk i form av fortsatt användande av droger då Sloboda m.fl. (2012) syftade till att droganvändning var kopplat till umgänget. Studiens resultat motsäger till viss del ovan nämnda resonemang då stor del av respondenterna trots ett drogberoende har ett utbrett socialt nätverk och inom det ett socialt kapital med stödjande relationer.

5.1.3 Utbildning

En frekvenstabell visade med bortfall på tre procent att största andelen av de svarande respondenterna hade fullföljt gymnasium, fackskola eller motsvarande genom ett värde på 43 procent. Därefter framkom att respondenterna till 37 procent fullföljt folkskola, grundskola eller motsvarande och endast tio procent hade inte fullföljt folkskola, grundskola eller motsvarande. Slutligen hade 11 procent fullföljt en eftergymnasial utbildning.

Däremot visar Sloboda m.fl. (2012) att skolan där kunskap inhämtas har en skyddande inverkan. Hser m.fl. (2007) menar också att ett akademiskt engagemang har en skyddande faktor mot drogberoendet, vilket studien motsäger då flertal trots fullföljd utbildning har ett beroende. Rapporten (SOU, 2011:35) belyser att det finns en koppling mellan ungdomars drogberoende och skolsituation vilket bör beaktas då fullföljd utbildning inte visar på skolsituationen i övrigt. Resultatet kan därmed tolkas att trots fullföljd utbildning kan det ha förekommit en svår skolgång.

5.2 ”Finns det några skillnader bland individerna behandlingshemmet med beroendeproblematik utifrån ålder, kön och etnicitet?”

5.2.1 Kön

En frekvenstabell visade att 78 procent av respondenterna var män medan 22 procent var kvinnor.

Tabell 1. Uppväxtmiljö, socialt nätverk och högsta fullföljda utbildning för män respektive kvinnor.

Totalt 261 respondenter	Män 78%	Kvinnor 22%	Bortfall
Antal som upplevt alkohol/drogmissbruk i uppväxtmiljön	44%	61%	44%
Antal som upplevt psykiska problem i uppväxtmiljön	55%	60%	40%
Antal som upplevt misshandel/våld i uppväxtmiljön	47%	51%	40%
Antal som har haft föräldrar med missbruk totalt	54%	77%	38%
Hur många som har haft nära vänner med missbruk totalt	47%	44%	46%
Hur många som har haft annan släkting med missbruk totalt	65%	88%	64%
Antal som varit placerade i fosterfamilj/familjehem	25%	23%	3%
Antal som hade två nuvarande föräldrar	41%	46%	38%
Stöd från någon förälder	64%	68%	61%
Hur många som hade ett eller fler syskon	96%	91%	38%
Hur många som upplevde stöd från sina syskon	51%	47%	44%
Hur många hade en nuvarande partner	36%	34%	38%
Hur många som inte hade barn/styvbarn	38%	17%	38%
Hur många som upplever stöd från barn/styvbarn	53%	61%	62%
Hur många som upplever stöd från annan släkting	14%	18%	39%
Hur många som hade en nära vän för nuvarande	23%	40%	39%
Hur många som upplevt stöd från en nuvarande nära vän	35%	52%	59%
Antal som fullföljt en eftergymnasial utbildning	8%	21%	3%

Bivariata korstabeller visar att respondenterna till cirka 50 procent upplevt alkohol/drogmissbruk, psykiska problem och misshandel/våld i sin uppväxtmiljö. I samtliga fall hade kvinnorna i högre grad än männen upplevt detta. Även gällande antal föräldrar med missbruk totalt visade det sig att fler kvinnor hade haft en eller två föräldrar med missbruk än männen, dessutom hade fler kvinnor en annan släkting totalt sett med missbruk. Mycket större andel kvinnor än män hade barn/styvbarn och kvinnorna hade dessutom i större utsträckning en fullföljd eftergymnasial utbildning. Slutligen visade de bivariata analyserna att kvinnor i större utsträckning än män upplevde stöd från sitt sociala nätverk.

Tidigare forskning (McElrath, 2009) framställer att kvinnor i större grad påverkas av misshandel under barndomen och att kvinnor också använde droger för att klara av fysiska behov. Resultatet kan därmed styrkas då det visar att kvinnorna på detta behandlingshem till visst del upplevt en traumatisk barndom. Mattsson (2012) beskriver föreställningar kring kvinnan i ett beroende och menar att föreställningar visar på att drogberoendet beror på traumatiska uppväxtmiljöer. Intersektionalitet förklarar delvis kvinnans utsatthet som en flerfaldig utsatthet på grund av att denne i beroendet som kvinna är utsatt på flera sätt genom dessa föreställningar. Kvinnor och män ses som homogena grupper och därmed inte utifrån individens egna förutsättningar. Resultatet kan dock inte säkert visa om drogberoendet beror på dessa faktorer då flertalet faktorer kan ha en inverkan. Det är därmed viktigt med ett utvecklat perspektiv då andra indikatorer kan existera och spela in i problematiken (Mattsson, 2012). Hser m.fl. (2003) menar att det sociala stigmat är kopplat till kvinnans drogberoende och utgör ett hinder vid hjälpsökandet. Hser m.fl. (2003) visar också att kvinnor i behandling oftare har psykisk problematik såsom oro, depression, låg självkänsla och har i större grad varit utnyttjande sexuellt som barn. Underrepresentationen av kvinnor i behandling kan möjligen analyseras genom forskning som visar att män konsekvent använder mer droger än kvinnor oavsett ålder. Kvinnorna använde också droger för att klara av fysiska behov (McElrath m.fl., 2011). Hser m.fl. (2003) visar dock att män och kvinnor är lika benägna att inleda behandling för drogberoendet.

5.2.2 Ålder

En medelvärdesanalys visar att medelåldern bland respondenterna är cirka 43 år.

Med hjälp av T-test jämfördes medelvärdet bland variablerna ålder och de som upplevt alkohol/drogmissbruk-, psykiska besvär- och misshandel/våld i sin uppväxtmiljö. Resultaten visar i samtliga analyser att det inte finns en signifikant skillnad mellan medelvärdena i de olika grupperna och hade dessutom en jämn varians sinsemellan. Detta då medelåldern för de som upplevt alkohol/drogmissbruk-, psykiska besvär- och misshandel/våld i sin uppväxtmiljö var 42 år hos samtliga. De som inte upplevt alkohol/drogmissbruk i sin uppväxtmiljö hade en medelålder på 44 resterande som inte upplevt psykiska besvär och misshandel/våld i uppväxtmiljön hade medelåldern 45. Vilket tyder på att förekomsten av dessa faktorer i uppväxtmiljön inte beror på åldern.

Tabell 2. Uppväxtmiljö och socialt nätverk utifrån ålder

Variabler	ÅLDER Pearson Correlation
Antal föräldrar som haft missbruk totalt under livet	-,15
Antal annan släkting som haft missbruk totalt under livet	-,29**
Antal nära vänner som haft missbruk totalt under livet	,05
Antal placeringar i fosterfamilj/familjehem	-,08
Antal föräldrar för nuvarande	-,65**
Antal föräldrar som ger ett stöd för nuvarande	-,03
Antal nuvarande syskon	-,12
Antal syskon som ger ett stöd för nuvarande	-,16
Antal partner för nuvarande	,03
Antal partner som ger ett stöd för nuvarande	-,10
Antal nuvarande barn/styvbarn	,37**
Antal barn/styvbarn som ger ett stöd för nuvarande	-,12
Antal annan släkting som ger ett stöd för nuvarande	-,09
Antal nuvarande nära vänner	,19*
Antal nära vänner som ger ett stöd för nuvarande	,23*

Av resultatet framgår det att finns ett signifikant samband utifrån ålder och hur många andra släktingar som respondenterna haft med beroendeproblematik totalt. Pearson r visade en liten negativ korrelation variablerna sinsemellan variablerna, ($r = -.29$, $n = 95$, $p > .05$). Detta kan beskriva att de äldre respondenterna i viss mån haft färre andra släktingar med beroendeproblematik totalt sett. Det visade också ett signifikant samband mellan ålder och antal nuvarande föräldrar med en stor negativ korrelation mellan variablerna, ($r = -.65$, $n = 161$, $p > .001$), vilket betyder att de yngre respondenterna har fler föräldrar för nuvarande. Det existerade en viss positiv korrelation mellan ålder och antal nuvarande barn/styvbarn med ett signifikant samband, ($r = .37$, $n = 99$, $p < .001$), vilket därmed innebär att desto äldre respondenterna är desto fler barn/styvbarn har de. Dessutom fanns en liten positiv korrelation mellan variablerna ålder och antal nuvarande vänner, ($r = .19$, $n = 159$, $p < .001$). Detta tyder på att desto äldre respondenterna är desto större antal nära vänner. Ett

signifikant samband existerade slutligen också mellan antal nära vänner som uppgav ett stöd till respondenterna utifrån ålder med en liten positiv korrelation, ($r = .23$, $n = 107$, $p > .05$). Det menades därmed att de äldre respondenterna hade fler nära vänner som stöd jämfört med de yngre respondenterna. Övriga variabler uppvisade inte något signifikant samband eller relation till ålder.

Tidigare forskning visar att droganvändning i yngre år medför en större risk för beroende i äldre år (Hser, 2007). Resultatet i denna studie visade att medelåldern var 43 år, om dessa individer i yngre år använt sig av droger eller vid vilken ålder som droganvändningen började är oklart. Men som Hser (2007) beskriver ovan medför droganvändning i yngre år en större risk för drogberoende i äldre år, vilket skulle kunna vara en förklaring. Rapporten (SOU, 2011:35) upplyser att äldre konsumerar alkohol lika ofta som yngre personer. Vilket innebär att äldre därmed har en risk att hamna i drogberoende. Resultatet och tidigare forskning visar att fokus ligger på yngre individers beroendeproblematik och utifrån ett intersektionellt perspektiv (Mattsson, 2012) förekommer därmed en risk att äldre personers risk för drogberoende osynliggörs. Det är därför av vikt att se till individen som helhet och att risk för beroende kan förekomma oavsett ålder.

5.2.3 Etnicitet

Utifrån frekvenstabeller angående medborgarskap framkom genom svar från 99 procent av respondenterna att 97 procent av dessa hade svenskt medborgarskap, endast två procent hade annat medborgarskap. 38 procent besvarade inte frågan angående respondentens födelseland. Av de som svarat på frågan angående födelseland angav 53 procent att de var födda i Sverige, sju procent i Finland och endast cirka två procent var födda i annat land än tidigare nämnt. Angående moderns födelseland besvarades att 47 procent hade en moder född i Sverige, 13 procent hade en moder född i Finland. Bortfallet berörande faderns födelseland var 38 procent. Respondenterna uppgav därefter att 47 procent av de svarande hade en far född i Sverige, 13 procent hade en far född i Finland och cirka två procent var födda i andra länder än nämns. Genom detta framkommer att övervägande svarande respondenter har svenskt medborgarskap och är födda i Sverige och då det i mycket låg utsträckning innebär en annan etnicitet av andra generationen genomförs inga vidare analyser i SPSS.

Resultatet visar på att största delen av respondenterna var födda i Sverige med svenskt medborgarskap. Vilket kan tydliggöras genom rapporten SOU (2011:35) som belyser att drogbruket är lägre hos utomeuropeiska personer. Vakalahi m.fl. (2000) visar i sin forskning på en ökad risk om individen tillhör en etnisk minoritet, vilket motsäger studiens resultat. Med utgångspunkt från det intersektionella perspektivet (Mattsson, 2012) kan resultatet analyseras om det beror på maktstrukturernas påverkan genom diskriminering som yttrar sig i att behandlingen inte är tillgänglig för individer som inte är svenskspråkiga. Studien kan varken bekräfta eller motsäga tidigare forskning som berör etniska minoriteter då det förekommer en överväldigande majoritet av individer med svensk etnicitet. Det kan vara problematiskt att se till individer som en homogen grupp och genom ett synliggörande av samhälls- och maktstrukturer kan ett begränsat perspektiv förhindras. Det är av vikt att se till

ett helhetsperspektiv och faktorers samspel och beroendeförhållanden (Mattsson, 2012). Studiens resultat visar endast på medborgarskap och födelseland, vilket innebär att andra faktorer som kan kopplas till etnisk tillhörighet inte har framkommit så som modersmål och utländsk härkomst.

6 DISKUSSION

6.1 Resultatdiskussion

Till denna studie var syftet att undersöka relationen mellan sociala faktorer så som: uppväxtmiljö, socialt nätverk och utbildning bland individer som behandlas för sitt beroende på ett behandlingshem ur ett intersektionellt perspektiv. Behandlingshemmet inriktar sig på 12-stegsbehandling. Studien fokuserade på kategorierna ålder, kön och etnicitet. Syftet besvarades med hjälp av två frågeställningar i form av:

1. Hur ser relationen mellan sociala faktorerna så som: uppväxtmiljö, socialt nätverk och utbildning ut hos individer med beroendeproblematik på behandlingshemmet?
2. Finns det några skillnader bland individerna på behandlingshemmet utifrån ålder, kön och etnicitet?

6.1.1 Hur ser relationen mellan sociala faktorerna så som: uppväxtmiljö, socialt nätverk och utbildning ut hos individer med beroendeproblematik på behandlingshemmet?

Resultatet visade på att det finns en relation mellan de studerade sociala faktorerna. Det visade övergripande på att det förekommit en problematisk uppväxtmiljö vilket kan stärkas av tidigare forskning (Hser m.fl. 2007) som visar på att en problematisk uppväxtmiljö kan vara en riskfaktor för utvecklandet av ett beroende.

Det sociala nätverket kan vara till både för- och nackdel för individen med ett drogberoende, vilket kan ses i resultat och analys. Det existerade i allmänhet ett socialt nätverk dock bör det diskuteras att det inte framkommer tydligt om det är ett avvikande socialt nätverk, då det kan antas att flertal individer umgås med andra med ett drogberoende. Detta kan innebära att trots att det tidigare framkommer att socialt nätverk är en skyddande faktor (Hser m.fl., 2007) kan ett socialt nätverk innebära en risk för individen med ett beroende i vissa fall. Sloboda m.fl. (2012) förklarar detta genom att belysa den skyddande faktorn som ett umgänge med personer med icke avvikande beteende utgör.

Författarna anser det slutligen viktigt att lyfta fram att flertal hade fullgjort grundskola och gymnasium, vilket vidare kan ses i resultat och analysdelen då det anses existera vissa föreställningar i samhället om individer med drogberoende och utbildningsnivå. Tidigare forskning (Hser m.fl., 2007) belyser skolan som en skyddande faktor. Detta i relation till denna studie bör lyftas fram då det endast framgår respondenternas utbildningsnivå. Författarna menar att andra omgivande skolfaktorer inte redovisats. Ur ett bredare sammanhang kan det ses att individerna kan haft en problematisk skolmiljö men ändå fullföljt skolan. Det är viktigt att tydliggöra skolan roll då tidigare forskning (Hser m.fl., 2007) dessutom visar att skolan har en skyddande inverkan på individen. Därmed anses vidare forskning inom skolfaktorernas inverkan på drogberoende vara lämplig.

Omsider påpekas att sociala faktorer har en relation till individer med beroende på behandlingshemmet men författarna menar att andra faktorer och indikatorer inte får uteslutas, drogberoendet bör ses ur dess komplexitet.

Slutligen menar författarna med stöd från tidigare forskning (Hser m.fl., 2007) att drogberoendet bör ses i samspel med sociala system i ett livsloppsperspektiv för att förstå individen ur sitt sammanhang. Ur ett intersektionellt perspektiv är det viktigt att belysa underordning till följd av generationsskillnader. Författarna menar att trots att studien och tidigare forskning visar på en risk för drogberoende vid problematisk uppväxtmiljö betyder inte detta att så är fallet, detta gäller även socialt nätverk och utbildning. Intersektionalitet används för att uppmärksamma samhälleliga föreställningar (Mattsson, 2010) och författarna menar att det existerar en risk för att kunskap skapar föreställningar och dessutom bristande inflytande och makt hos individen som De Los Reyes & Mulinari (2007) framställer. Det teoretiska perspektivet öppnar för ett självkritiskt reflekterande där strukturer och föreställningar ifrågasätts (De Los Reyes & Mulinari, 2007).

6.1.2 Finns det några skillnader bland individerna på behandlingshemmet utifrån ålder, kön och etnicitet?

Denna studie har gjort författarna uppmärksammade på att det existerar färre kvinnor på detta behandlingshem men att de i större grad upplevt problematisk uppväxtmiljö. Tidigare kunskap angående könsfördelningen (AA i Sverige, 2011) visar på mindre antal kvinnor inom AA. Vilket även där tyder på att kvinnorna inom 12-stegsbehandlingen är underrepresenterade. Vidare diskussioner angående kvinnors droganvändande bör lyftas fram ur ett intersektionellt perspektiv. Författarna menar att kopplingen till fysiska behov där drogen används hos kvinnor kan tyda på att de vill uppnå ett kvinnligt ideal för att inte framstå som avvikande. Det framgår i studien att fler kvinnor har barn/styvbarn än männen, vilket också kan diskuteras utifrån intersektionalitet och tankar kring att kvinnor förväntas vara mer omvårdande. Författarna menar att dessa kvinnliga krav kan leda till ett drogberoende för att klara av de fysiska kraven. Hser m.fl. (2003) visar att män och kvinnor är lika benägna att inleda behandling för drogberoendet. Detta reser återigen frågan om varför övervägande del av respondenter på behandlingshemmet är män. Det intersektionella perspektivet (Mattsson, 2010) har givit kunskap om vikten av att se till individen utifrån dess unika egenskaper och förutsättningar och inte som homogena grupper utifrån kön.

Inkluderingskriterier för behandlingshemmet var att de skulle vara minst 18 år. Resultatet utifrån ålder visade en medelålder på 43 år. Det existerade en stor spridning från 18 år och uppåt. Det framkom i tidigare forskning att droganvändning i yngre år medförde en ökad risk för drogberoende i äldre år. Det framkommer däremot inte vid vilken ålder droganvändandet börjat, vilket hade kunnat vara intressant. Det går att konstantera att drogberoende inte endast är åldersrelaterat då rapporten (SOU, 2011:35) uppger att äldre konsumerar lika mycket alkohol som yngre individer. Författarna menar att det är viktigt att se till riskbruket oavsett ålder för att kunna vidta åtgärder för tidig upptäckt av risk för beroende.

Resultat berörande etnicitet visade att största delen av respondenterna hade svenskt medborgarskap och var födda i Sverige. Andra faktorer som berör etniskt tillhörighet så som;

modersmål och utländsk härkomst har inte undersökts i denna studie. Om så varit fallet hade det möjliggjort djupare analyser gällande etnicitet. Det framkom att behandlingshemmet hade krav på svenskspråkighet. Sett ur ett samhällsperspektiv anser författarna det problematiskt att individer utestängs på grund av brist på svenskspråkighet. Författarna menar att trots att det existerar forskning från rapporten SOU (2011:35) i studien som tyder på anledningar på att graden av användning av alkohol/droger varierar beroende på kultur och etnisk tillhörighet.

Resultatet visar på tydliga skillnader utifrån kön och etnicitet på behandlingshemmet. Orsakerna till skillnaderna är oklar vilket kan ses som en brist. Genom ett intersektionellt perspektiv möjliggörs synliggöranden av strukturella förhållanden som beskrivs i Mattsson (2010). De Los Reyes & Mulinari (2007) belyser en förekommande diskriminering av underordnande kategorier som skapas av samhällsnormer. Underordningen beskriver De Los Reyes & Mulinari (2007) skapar ett uteslutande från samhällsresurser liksom brist på inflytande och makt. På behandlingshemmet kan ovan nämnda resonemang exemplifieras genom att såväl unga under 18 år, som kvinnor samt individer med icke svenskt språk utesluts från behandlingen. Författarna menar vidare trots risken med kategorisering att kategoriserande faktorer inte ska bortses ifrån men att det dessutom bör ses ur kontextuella- och individuella faktorer för att kunna tillämpa ett helhetsperspektiv. Det är av vikt att uppmärksamma samhällets föreställningar om homogena grupper då det kopplat till drogberoendet kan medföra en flerfaldig utsatthet som belyses i Mattsson (2010). Författarna menar därmed att det trots resultatet är viktigt att se varje individ utifrån dess egna erfarenheter och upplevelser.

Författarna förespråkar vidare forskning inom området för att se till anledningen till de mindre representerade grupperna och se om denna fördelning är specifik för behandlingshemmet eller om det förekommer generellt sett i behandling. Genom att se till ett intersektionellt perspektiv kan samhälls- och maktstrukturernas homogena grupper synliggöras och förhindra ett begränsat perspektiv. Det används också för att se till individen ur ett helhetsperspektiv och dess samspel och beroendeförhållanden mellan olika faktorer (Mattsson, 2010). Genom detta kan det arbetas för att tillgängliggöra behandling till större grad och minska ojämnligheterna. Studien som inriktat sig på sociala faktorer kan problematiseras då individen behöver ses i samspel med andra omständigheter. Avsnittet med tidigare forskning (Dean, 2001) visar att drogberoendet måste ses ur ett bredare perspektiv för att se till dess komplexa interaktion mellan biologiska, psykologiska och sociala faktorer.

6.2 Metoddiskussion

Studien använde sig av en kvantitativ enkät som tidigare besvarats med hjälp av intervjuer på behandlingshemmet. Datamaterialet innefattade svar på enkäter från 2013 vid inskrivning på behandlingen. Respondenterna uppgick i 261 personer. Det visade sig i flertalet frågor en varierande grad av bortfall av olika anledningar. Detta skulle kunna bero på att de under inskrivningen och besvarandet av enkäterna inte var i stånd att besvara enkäten. Det kan

också diskuteras om behandlingshemmets öppna intag påverkat viljan att besvara då det skulle finnas en önskan om att vara privat. När bortfallet var allt för omfattande fick det till följd att vidare analyser inte kunde genomföras. Kritik mot studien kunde ses då valet av enkäterna vid inskrivning gjordes. Detta med utgångspunkt från att respondenterna vid inskrivningstillfället kunde vara i en besvärlig situation. Besvärlig situation anses kunna vara då respondenterna skulle påbörja sin behandling och därmed troligen var i ett drogberoende, vilket skulle kunna påverka respondenternas svar. Detta kan därmed ifrågasätta viss del av tillförlitligheten till studien då författarna inte med säkerhet kan veta till vilken grad svaren var trovärdiga utifrån respondenternas hälsotillstånd. Det kan befaras att respondenterna inte alltid besvarar ärligt utifrån en önskan att värna om sin personliga integritet. Då behandlingen dessutom sker via öppet intag kan det finnas en risk för att respondenterna inte anser sig behöva besvara privata frågor. Däremot anses tillförlitligheten öka då svaren sker anonymt och då det sker genom samtal, vilket skulle kunna medföra det svårare att inte besvara tillförlitligt än om frågorna endast besvarats skriftligt. Respondenterna hade en möjlighet att avstå från frågorna och det kan därför antas att detta hade en positiv inverkan på viljan att besvara dem. Studien inriktar sig på respondenter från det utvalda behandlingshemmet varför det är av betydelse att se till generaliserbarheten. Författarna menar att resultatet inte går att generalisera till allmänheten utan att det endast visar en överblick på hur det ser ut på behandlingshemmet år 2013. Resultatet är inte heller generaliserbart då studien endast inriktar sig på respondenter som befinner sig i 12-stegsbehandling. Det existerar andra individer med beroendeproblematik som inte befinner sig i 12-stegsbehandlingen eller i andra behandlingar. Studien använde sig av definitionen drogberonde detta då 12-stegslitteratur och personal på behandlingshemmet använde denna formulering. Enkäterna använde dock begreppet missbruk vilket kan sägas vara motsägelsefullt. Begreppen tolkas synonymt men författarna menar att begreppet borde varit genomgående i hela studien. Då enkätfrågorna använde begreppet missbruk kunde därmed definitionen inte användas genomgående. För att kunna generalisera anses det behövas ett bredare forskningsfält och att se till flera olika typer av behandlingar. Metoden ansågs riktig för att besvara studiens syfte och frågeställningar trots viss kritik mot studien. Det kan till ytterligare studier vara av intresse att använda en kvalitativ studie för att erhålla fördjupade svar. De valda enkätfrågorna kan diskuteras utifrån validitet och de anses svara på det som studerades. Det beskrivs i metoddelen finnas en reliabilitet då en liknande studie skulle antas ge samma resultat då de befinner sig på liknande behandlingshem. Då det i vissa frågor existerade ett stort bortfall kan det ses som en osäkerhet för reliabiliteten då dessa respondenters svar inte synliggörs. Det anses dock inte vara avgörande för reliabiliteten då det kan antas att en liknande studie med öppet intag kan visa på liknande resultat.

6.3 Etikdiskussion

Inför studien var författarna noga med att inte ta del av några personuppgifter. Studien valde också att inte nämna behandlingshemmet med namn för att inte riskera respondenternas personliga integritet. Istället för personuppgifter var individerna kodade. Kodningen innebar att ingen respondent kunde identifieras. Detta förhindrar dock inte att respondenterna skulle kunna bli känslomässigt påverkade vid en eventuell läsning av studien på grund av frågornas

känsliga natur. De hade dock en möjlighet att avstå från frågorna, vilket medför att deras personliga integritet har skyddats till största möjliga mån. Det framkom att behandlingshemmet informerar angående enkätens utformning, syfte och användning. Dock kan det diskuteras om individerna på grund av sitt hälsotillstånd vid inskrivning förstått innebörden av detta. Till studien användes en blankett för egengranskning samt samråd med handledare angående etiken och slutligen ansågs det att studien inte kunde påverka respondenterna negativt eller leda till skada. Utifrån respondenternas perspektiv kan de däremot beröras känslomässigt av studien då ansvariga på behandlingshemmet har en önskan om att publicera studien på deras internethemsida. Kritik angående etiken kan dock visas genom att respondenterna inte kunnat informeras om denna specifika studie. Behandlingshemmet har dock tidigare informerat patienterna om att enkätsvaren skulle kunna komma att användas i forskningssyfte, till vilket kriterium denna studie tillhör.

7 SLUTSATS

Det har framkommit i studien att sociala faktorer hos respondenterna till viss del har en relation till drogberoendet. Kartläggning av de sociala faktorerna visade att flertal av respondenterna levde i svåra uppväxtmiljöer, med mindre stöd från sitt sociala nätverk. Det existerade också en användning av alkohol/drogen i vissa fall i det sociala nätverket. Kvinnorna var underrepresenterade i behandlingen och hade i större utsträckning upplevt en svår uppväxtmiljö med förekomst av alkohol/drogberoende, psykiska problem och våld/misshandel. Det existerade en varierad ålder med en medelålder på 43 år. Största delen av individerna hade svenskt ursprung, vilket kan problematiseras. Anledningen till överrepresentationen av män i behandlingen är till stor del oklar liksom varför individer med annan etnicitet än svensk inte i någon större utsträckning fanns representerade på behandlingshemmet. Dock kan denna underrepresentation förklaras genom tidigare forskning som visar att män i allmänhet använder mer droger liksom att det förekommer ett krav på svenskspråkighet för att kunna tillgodogöra sig behandlingen. Det vore intressant att undersöka vilka underliggande faktorer som kan vara bidragande till vilka som söker sig till behandlingshemmet. Denna studie inriktar sig endast till vissa sociala faktors relation till drogberoendet men författarna menar också utifrån erhållen kunskap att flertal andra faktorer kan spela in, så som biologi, psykologi med mera. För att därmed få en bredare syn på drogberoende kan vidare forskning med utgångspunkt från flera faktorer vara relevant för att skapa ett multipelt synsätt. Vidare diskussion bör lyftas fram gällande en utveckling av beroendevården. Författarna anser att kunskap behöver lyftas fram utifrån ett intersektionellt perspektiv. Perspektivet kan bidra till en ökat reflexivitet och kan därmed ses som ett sätt att utveckla strategier för att nå individer som under 2013 var underrepresenterade på behandlingshemmet.

REFERENSLISTA

- AA i Sverige. (2011). *Anonyma Alkoholister - Historien om hur tusentals män och kvinnor tillfrisknat från alkoholism*. Finland: Bookwell Ltd.
- AA. (2014). *Är AA religiöst?*
Hämtat den 11 februari 2014 från
<http://www.aa.se/om-aa/ar-aa-religiost/>
- Aytar, O. (2013). How is methodological emancipation possible? Rethinking the potentials of intersectional analyses. I E. Brunnberg (Red.), *New tools in Welfare Research*. (s.145-169). Helsingfors: Schildts & Söderströms Förlag.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB.
- Börjeson, B. (2010). *Förstå socialt arbete*. Malmö: Liber AB.
- Crenshaw, K. (2003) Mapping the margins: Intersectionality, Identity Politics and Violence Against Women of Color. L. Martín Alcoff & E.Mendieta (Red.), *Identities – Race, Class, Gender and Nationality*. (s.175-200). United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.
- Dean, A. (2001). Complexity and substance use. *Addiction Research and Theory*, Vol. 9, (1), 19-41.
- de los Reyes, P & Mulinari, D. (2007) *Intersektionalitet*. Malmö: Liber AB.
- Djurfeldt, G, Larsson, R & Stjärnhagen, O. (2010) *Statistisk verktygslåda – samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Herz, M. & Johansson, T. (2012). Sociala insatser och interventioner. I M. Herz (Red.), *Kritiskt socialt arbete*. (s.56-75). Malmö: Liber AB.
- Hilte, M. (2009). *Avvikande beteende, en sociologisk introduktion*. Malmö: Liber AB.
- Hser, Y-I, Huang, D, Teruya, C & Anglin, M.D. (2003). Gender comparisons of drug abuse treatment outcomes and predictors. *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 72, 255-264.
- Hser, Y-I, Longshore, D & Anglin, M.D. (2007). The Life Course Perspective on Drug Use. A Conceptual Framework for Understanding Drug Use Trajectories. *Evaluation Review*. Vol.31, (6), 515-547.
- Lagen om etikprovning av forskning som avser människor (2003:460). Hämtad den 8 mars 2014 från
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/.

- Mattsson, T. (2012). Makt, intersektionalitet och det sociala arbetets praktik. M. Herz (Red.), *Kritiskt socialt arbete*. (s.87-110). Malmö: Liber AB.
- Mattsson, T. (2010). *Intersektionalitet i socialt arbete - Teori, reflektion och praxis*. Malmö: Gleerups utbildning AB.
- Niia, A. Personlig kommunikation, 16 december, 2013.
- Olsson, B., Adamsson Wahren, C., & Byqvist, S. (2001). Det tunga narkotikamissbrukets omfattning I Sverige 1998. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Parrish, M. (2012). *Mänskligt beteende, perspektiv inom social arbete*. Malmö: Liber AB.
- Perkins, M, Elifson, K.W & Sterk, C.E. (2010). Drug Risk: Cross-sectional Exploration of the Influence of Family-of-Origin and Curernt Situational Circumstances. *Journal of Drug issues*. Vol.10, (2), 353-37.
- Riksdagen. (2013). *Minskat missbruk med stöd till medberoende*. Hämtat den 18 februari 2014 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Motioner/_H102So426/?text=true
- Sloboda, Z, Glantz, M.D & Tarter, R.E. (2012). Revisiting the Concepts of Risk and Protective Factors for understanding the Etiology and Development of Substance Use and Substance Use Disorders: Implications for Prevention. *Substance Use and Misuse*. Vol. 47, (8-9), 944-962.
- Socialstyrelsen. (2011). *Tolvstegsbehandling enligt Minnesotamodellen*. Hämtad den 11 december 2013 från <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/tolvstegsbehandling>
- SOU (2011:35). Hämtad den 29 januari 2014 från <http://www.regeringen.se/content/1/c6/16/71/05/4a710efb.pdf>
- SOU (2005:82). Hämtad den 11 december 2013 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Utreddningar/Statens-offentliga-utredningar/Personer-med-tungt-missbruk---_GTB382/
- Statens institutionsstyrelse. (2014). *Tolvstegsbehandling*. Hämtad den 11 februari 2014 från <http://www.stat-inst.se/faktabank/metoder-inom-var-d-och-behandling/tolvstegsbehandling/>
- Terry-McElrath, Y.M, O´Malley, P.M & Johnston, L.D. (2009). Reasons for Drug Use Among American Youth By Consumption Level, Gender, and Race/Ethnicity: 1976-2005. *Journal of Drug Issues*. Vol.), (3), 677-714.

Vakahali, H.F, Harrison, R.S, & Janzen, F.V. (2000). The influence of Family-Based Risk and Protective Factors on Adolescent Substance Use. *Journal of family Social Work*, Vol. 4, (1), 21-34.

BILAGA - ENKÄTFRÅGOR

B1 Kön: ____

1= Man 2= Kvinna

B2 Ålder: ____

B3 Medborgarskap

1= Svensk medborgarskap 2= Annat medborgarskap 3= Statslös

B5 Födelseland

a Intervjupersonen

b Moder

c Fader

F - Relationer 2

F1. Nuvarande relationer

	Hur många finns totalt?	Hur många är ett stöd för dig?	Hur många har du haft allvarliga konflikter med de senaste 6 månaderna?	Hur många har haft missbruksproblem de senaste 6 månaderna?
Föräldrar	_____	_____	_____	_____
Syskon	_____	_____	_____	_____
Partner	_____	_____	_____	_____
Fd Partner	_____	_____	_____	_____
Barn/styvbarn	_____	_____	_____	_____
Annan släkting	_____	_____	_____	_____
Nära vänner	_____	_____	_____	_____

F2 Relationer totalt i livet

	Hur många finns totalt?	Hur många är ett stöd för dig?	Hur många har du haft allvarliga konflikter med någon gång?	Hur många har haft missbruksproblem?
Föräldrar	_____	_____	_____	_____
Syskon	_____	_____	_____	_____
Partner	_____	_____	_____	_____
Barn/styvbarn	_____	_____	_____	_____
Annan släkting	_____	_____	_____	_____
Nära vänner	_____	_____	_____	_____

H Uppväxtmiljö

H4. Hur många tillfällen har du varit placerad i familjehem/fosterfamilj? _____

H5. Förekom det alkohol- och drogmissbruk i din uppväxtmiljö? _____

0= Nej 1= Ja

H6. Förekom det psykiska problem i din uppväxtmiljö? _____

0= Nej 1= Ja

H7. Förekom det misshandel/våld i din uppväxtmiljö? _____

0= Nej 1= Ja

I – Utbildning

I1. Vilken är din högsta fullfölja utbildningsnivå? _____

1= Ej fullförd folkskola, grundskola eller motsvarande

2= Fullföljd folkskola, grundskola eller motsvarande

3= Fullföljt gymnasium, fackskola eller motsvarande

4= Fullföljt eftergymnasial utbildning/högskola



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se