

SKÖNDALSINSTITUTETS
ARBETSRAPPORTSERIE
NR 29
ERSTA SKÖNDAL HÖGSKOLA

29

SKÖNDAL INSTITUTE
WORKING PAPERS
NO 29
ERSTA SKÖNDAL UNIVERSITY COLLEGE

Ersta Vändpunktens vuxenprogram

En studie av deltagarnas värderingar och upplevelser

OLA NORDQVIST

Sköndalsinstitutet
2004

ARBETSRAPPORTSERIEN

Alkoholen är kvantitativt sett vårt samhälles största missbruksproblem. I många fall är detta missbruk dolt vilket kan innebära att de inte missbrukarna är kända av sjukvård, socialtjänst och arbetsgivare. Men för barnet, familjen och övriga anhöriga är inte missbruket dolt. Att missbruket är hemligt för omvärlden får stora konsekvenser för dessa grupper. Deras förtvivlan, bekymmer och problem förblir tyvärr dolda under alltför lång tid, och under denna tid växer problemen och blir många gånger ohanterliga för de anhöriga. Under de senaste årtiondena har intresset för de anhörigas situation och då framför allt barnens levnadsförhållanden ökat. Detta ökade intresse och den förståelse detta kan ge är att dessa grupper får den hjälp de behöver och att gruppen blir synliggjord på ett annat sätt än tidigare. I den här arbetsrapporten beskrivs Ersta Vändpunktens program med vuxna anhöriga till missbrukare. Ursprunget till denna rapport är en förstudie finansierad av Vårdalsstiftelsen och har som syfte att ge en bild av hur de anhöriga ser på programmets komponenter och om programmet haft någon inverkan på deras livssituation.

Sköndalsinstitutets forskningsavdelning publicerar forskningsresultat från olika större projekt och uppdrag. Vi har en skriftserie, en särtrycksserie, en arbetsrapportserie samt en metodbokserie. Arbetsrapportserien avser främst att ge möjlighet att publicera delrapporter och delresultat från större studier, aktuella kunskapsöversikter och uppsatser. Förteckning över publikationer från Sköndalsinstitutet finns på föregående sidor.

Ersta Sköndal högskola

Sköndalsinstitutet, 128 85 SKÖNDAL

Besöksadress Sköndalsinstitutet, Herbert Widmans väg 12, Sköndal

Telefon 08-605 06 00, 605 08 90 *Fax* 08-605 09 16

E-post skondal.institute@sssd.se

SKÖNDALSINSTITUTETS ARBETSRAPPORTSERIE NR 29

Ersta Vändpunktens vuxenprogram

En studie av deltagarnas värderingar och upplevelser

Ola Nordqvist

Stockholm, maj 2004

Publicerad av Sköndalsinstitutets forskningsavdelning
Copyright © 2004 Ola Nordqvist
ISSN 1402-277X

Omslag: Hans Andersson H&I Design
Tryck: Erlanders Gotab AB, Stockholm 2004
Produktion: Sari Nurminen

FÖRORD

Alkoholmissbruk är ett stort samhällsproblem. I många fall är detta missbruk dolt, vilket kan innebära att missbrukarna inte är kända för sjukvård, socialtjänst och arbetsgivare. Men för de anhöriga är inte missbruket dolt. Under de senaste årtionerna har intresset för de anhörigas situation ökat starkt.

I den här arbetsrapporten beskrivs Ersta Vändpunktens program för de vuxna anhöriga till missbrukare. Studien är finansierad av Vårdalsstiftelsen och har till syfte att ge en bild av hur de anhöriga ser på programmets olika komponenter och på hur de ser programmets betydelse för livssituationen.

Lars Svedberg
forskningsföreståndare

INNEHÅLL

FÖRORD	3
INLEDNING	7
Studiens bakgrund	7
SYFTE FRÅGESTÄLLNINGAR OCH BAKGRUND	9
Ersta Vändpunkten	9
Centrala begrepp	16
UNDERSÖKNINGSMETOD OCH METODPROBLEM	23
Undersökningsdesign	23
Analys	24
TEORETISKA ANSATSER	27
Franks antidemoraliseringsteori	27
KASAM, känsla av sammanhang	28
Erfarenhetsbaserad och socialt konstruerad kunskap	29
Livskvalitet	31
RESULTATREDOVISNING	33
Bakgrundsvariabler	33
Vuxenprogrammets betydelse för den vuxne anhörige	35
Den anhöriges upplevelse av programmets olika delar	43
De missnöjda	47
Den anhöriges kontakt med och behov av självhjälpgrupper och andra typer av stöd	48
Effekter på den beroende och andra familjemedlemmar	50
Bivariat analys	51
Könsmässiga skillnader	52
Åldersmässiga skillnader	52
Skillnader mellan deltagande i 8- och 16-veckorsgrupper	53
ANALYS	55
Analys med utgångspunkt från vuxenprogrammets målsättning	55
Analys med utgångspunkt från valda teorier	59
SLUTSATSER OCH FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING	63
Slutsatser	63

Förslag till vidare forskning	66
REFERENSER	71
BILAGA	73
PUBLIKATIONER	77

INLEDNING

Alkoholen är kvantitativt sett vårt samhälles största missbruksproblem. Ser man på mediefokuseringen skulle man kunna tro att narkotikan vore det största problemet, men så är inte fallet. Statistiken visar att 10 % av männen och 3 % av kvinnorna i Sverige missbrukar alkohol så att det får följder och effekter på deras hälsa, arbetsliv och familj (Leissner 1997, s. 13). Många av dessa är "dolda" missbrukare vilket kan innebära att de inte är kända av sjukvård, socialtjänst och arbetsgivare. Men för barnet, familjen och övriga anhöriga är inte missbruket dolt. Att missbruket är hemlighållit för omvärlden får ändå konsekvenser för dessa grupper. Deras förtvivlan, bekymmer och problem förblir tyvärr dolda under alltför lång tid, och under denna tid växer problemen och blir många gånger ohanterliga för de anhöriga.

Familjen lever ofta i en känslomässig berg- och dalbana av skuld- och skamkänslor, pinsamheter, smärta, ilska och frustration. Det är dessa känslor som dominerar vardagen för makar, barn, föräldrar, syskon och andra anhöriga.

Under de senaste årtiondena har intresset för de anhörigas situation och då framför allt barnens levnadsförhållanden ökat. Den tidigare Alkoholpolitiska kommissionens uppgifter var bland mycket annat att studera barnens uppväxtförhållanden i familjer där missbruket är centralt, och utifrån det bedöma vilka insatser som behöver göras för att möta de anhörigas, och då framförallt barnens, behov av stöd (SOU 1994, s. 19).

Detta ökade intresse och den förståelse detta kan ge är att dessa grupper får den hjälp de behöver och att gruppen blir synliggjord på ett annat sätt än tidigare. Tidigare ansågs anhöriga inom missbruksvården mer som en belastning och till och med som orsaken till alkoholistens missbruk. Dessutom stod inte barnens behov i fokus på samma sätt som i dag. Att de anhörigas behov sätts i centrum innebär förhoppningsvis att man lyckas förebygga både ett psykiskt och ett fysiskt lidande för individen.

Studiens bakgrund

År 1998 sökte Anna Meeuwisse i Sköndalsinstitutets namn forskningsanslag hos Vårdalsstiftelsen. Syftet i denna studie var att med olika metoder och infallsvinklar analysera Ersta Vändpunktens program för vuxna anhöriga och genom detta utröna vilken funktion programmet fyller framför allt för den anhörige. Ett delsyfte var att jämföra verksamheten för vuxna med resultatet av studier av barn- och ungdomsgrupperna vid Ersta Vändpunkten. De tilltänkta metoderna bestod i analys av befintligt enkätmaterial, deltagande observationer, intervjuer med deltagare i programmet samt analys av ev. samhällsekonomiska effekter.

Samma år beviljades ett planeringsanslag för att genomföra denna förstudie. Dessutom medföljde en rekommendation från Vårdalsstiftelsen om att bilda en vetenskaplig ledningsgrupp som skulle täcka de olika frågeställningarna som studien avsett att belysa och dessutom bevaka de etiska frågorna. Denna vetenskapliga ledningsgrupp bildades och bestod av professor Thomas Lindstein, professor Lars Svedberg, fil. doktor Lars-Erik Olsson och teologie doktor Erik Blennberger, alla verksamma vid Ersta Sköndal högskola.

SYFTE FRÅGESTÄLLNINGAR OCH BAKGRUND

Syftet med denna förstudie är att sammanställa och analysera delar av enkätmaterialen från vuxenprogrammet vid Ersta Vändpunkten och att jämföra detta med tidigare sammanställda enkäter. Förhoppningen är att detta skall ge en bild av hur gruppen vuxna anhöriga till missbrukare ser på vuxenprogrammet genom att ge svar på följande frågeställningar:

- Upplever de anhöriga att deras livssituation förändrats och på vilket sätt?
- Vilken syn har de anhöriga på programmets komponenter?
- Tar den anhörige stöd av självhjälpsgrupper eller andra verksamheter?
- Existerar någon spinoff-effekt på den beroende och den vuxne anhöriges familjemedlemmar?
- Finns det några signifikanta skillnader när det gäller ovanstående frågeställningar mellan olika grupper som kön, ålder, relation till missbrukaren, orsak till ansökan till programmet och vilken typ av grupp man genomgått?

I uppdraget ligger även att pröva olika teoretiska ansatser för att se om de är möjliga att använda i ett bredare forskningsprojekt och att granska möjligheten att analysera enkätmaterialen med utgångspunkt från vuxenprogrammets målsättning.

Förstudien mynnar ut i förslag till vidare forskning och ger underlag till en större forskningsansökan.

Ersta Vändpunkten

Grundfilosofi

Ersta Vändpunktens programutbud utgår från Minnesotamodellens filosofi och arbetsmetodik. I detta avsnitt ges en sammanfattning av modellens synsätt.

Minnesotamodellen är en behandlingsform som utvecklades i Minnesota i början på 50-talet, därav namnet. Förespråkare för modellen inrättade specialiserade behandlingsverksamheter för alkoholister, bl.a. det legendariska Hazelden och Willmar State Hospital.

Modellen bygger på tänkandet hos AA (Anonyma Alkoholister, se vidare s. 14) och och på tillämpningen av RET (Rational reality therapy), en kognitiv terapi vars fokus är att varje person tar ansvar för sitt eget agerande (Ersta Vändpunkten 2000, s. 7). Den grundar sig på den multidisciplinära tanken, vilket innebär att olika yrkesgrupper samarbetar i behandlingsarbetet. Upplysning och utbildning skall bidra till att förändra förnekandet av missbruket.

Utgångspunkten för Minnesotamodellen kan sammanfattas på följande sätt. Grunden utgörs av AA:s tolv steg, därav modellens andra namn: tolvstegsmodellen. Behandlingsarbetet går ut på att förstå och ge struktur åt dessa tolv steg. Detta sker genom målinriktade gruppdiskussioner under ledning av främst före detta alkoholister (alkoholrådgivare,

drogterapeuter) och föreläsningar på olika teman t.ex. alkoholism, sjukdomsbegreppet, anhörigproblematiken, AA, andlighet och livskvalitet. Modellen bygger på en syntes av professionell kunskap och på egna och andras erfarenheter av att vara alkoholist.

Efter behandlingen är målsättningen att patienten skall söka sig vidare till någon självhjälpsgrupp på sin hemort där han/hon kan fortsätta bearbeta sin problematik.

De tolv stegen är:

1. Vi erkände att vi var maktlösa inför spriten – att vi förlorat kontrollen över våra liv.
2. Vi kom till insikt om att en kraft starkare än vår egen kunde hjälpa oss att återfå vårt förstånd.
3. Vi beslöt att lägga vår vilja och vårt liv i händerna på Gud sådan vi själva uppfattade honom.
4. Vi företog en genomgripande och oförskräckt moralisk inventering av vårt eget jag.
5. Vi erkände inför Gud, oss själva och en medmänniska alla våra fel och brister och innebörden av dem.
6. Vi var helt och hållet beredda att låta Gud avlägsna alla dessa karaktärsfel.
7. Vi bad ödmjukt Honom att avlägsna våra brister.
8. Vi gjorde upp en förteckning över alla de personer vi hade gjort illa och var beredda att gottgöra dem alla.
9. Vi gottgjorde alla dessa människor så långt det var oss möjligt, utan att skada dem eller andra.
10. Vi fortsatte vår moraliska inventering och erkände genast när vi hade fel.
11. Vi försökte genom bön och meditation fördjupa vår medvetna kontakt med Gud, sådan vi uppfattade honom, varvid vi endast bad om insikt om Hans vilja med oss och styrka att utföra den.
12. När vi som en följd av dessa steg själva hade haft ett inre uppvaknande, försökte vi föra detta budskap vidare till andra alkoholister och tillämpa dessa principer i alla våra angelägenheter. (Hoppe Jakobsson 1992, s. 67)

Minnesotamodellen bygger även på ett antal grundtankar som uttrycks på följande sätt:

- Alkoholism kan påvisas av flera konstaterade symtom.
- Alkoholism är en sjukdom som karakteriseras av oförmåga att bestämma tidpunkt, frekvens eller kvalitet på alkoholkonsumtionen.
- Alkoholism är inte viljebestämmd
- Alkoholism är en fysisk, psykisk, social och andlig sjukdom.
- Alkoholism är en kronisk, primär sjukdom, vilket innebär att den inte är symtom på något annat.
- När sjukdomen är diagnostiserad är återgång till socialt drickande omöjligt. (Runqvist 1997, s. 17)

Till Sverige kom behandlingsmodellen i början av 1980-talet med hjälp av föreningen SCAA (Svenska rådet för alkohol- och beroendefrågor). Ett av föreningens syften är att sprida kännedom om Minnesotamodellen. Överläkare Liljenberg var den förste som etablerade behandlingen i Sverige och då vid en särskild klinik vid Huddinge sjukhus. I huvudsak används modellen inom privata institutioner och verksamheter. Modellen har dock spridits till offentliga institutioner i både statlig och kommunal regi. Dessutom har andra typer av behandlingshem som arbetar med andra modeller påverkats av Minnesotamodellens syn på beroende och behandling.

I den evidensbaserade kunskapssammanställning när det gäller behandling av alkohol och narkotika problem som gjorts vid SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) redovisas en mängd vetenskapliga undersökningar för olika behandlingsalternativ. I en jämförelse av olika psykosociala behandlingsmetoder har flera metoder likartad positiv effekt. Tolvstegsmodellen är en av dessa metoder. Enligt SBU utmärks denna behandling av en tydlig struktur och väldefinierade åtgärder baserade på detaljerade riktlinjer (SBU 2001 sid 17).

En jämförelse med standardbehandlingar inom slutenvård visade att fler stannade kvar i tolvstegsbehandling, vars behandlingsmiljö upplevdes mer stödjande, involverande och inriktad på att lösa problem än traditionell behandling. (a.a. s. 179). Även i jämförelser med specifika terapier som kognitiv beteendeterapi och motivationshöjande terapi uppvisar tolvstegsmodellen t.ex. en något högre andel helnyktra (a.a. sid. 179).

Trots detta positiva resultat för tolvstegsmodellen anser jag att det finns anledning att höja ett varningens finger. Den stora ökning av nya behandlingsinstitutioner som arbetar enligt tolvstegsmodellen och olika utbildningsinstitut som erbjuder kurser i de tolv stegen kan eventuellt bli ett hot mot själva grundidén av icke-professionalism och hjälp till självhjälp. Många kommuner i Sverige har anammat tolvstegsmodellen som den modell som i första hand skall gälla i behandlingen av missbrukare. Denna kommunala byråkratisering av modellen kan eventuellt på sikt skada modellens integritet. Exempelvis kan krav från myndigheters håll att klienter skall delta i t.ex. AA-möten innebära att karaktären på grupperna förändras och att principerna om ömsesidighet och frivillighet går förlorad.

Historik

Ersta Vändpunkten är en del av Ersta diakonisällskaps sociala verksamhet. Att Ersta Vändpunkten 1986 blev först med att starta verksamhet för anhöriga till missbrukare är troligtvis ingen slump. Ända sedan Ersta diakonisällskap bildades 1849 har denna verksamhet profilerat sig som föregångare inom social, pedagogisk och medicinsk verksamhet. Exempelvis startade Ersta den första sjuksköterskeutbildningen. Dessutom var man pionjärer på områdena mödra- och flickhemsverksamhet. I nutid har Ersta varit föregångare bl.a. inom hospicevård (Lindstein 2001 s. 21).

I mitten av 1980-talet inleddes Erstas kontakter med företrädare för Minnesotamodellen och AA. Detta resulterade i ett studiebesök på Hazelden som gav en sådan inspiration att det fanns långt framskridna planer på att grunda ett svenskt Hazelden på Erstas område. Av ekonomiska skäl skrinlades dessa planer och istället bestämde man sig för att enbart satsa på en utveckling av ett anhörigprogram. I april 1986 kunde Ersta Vändpunkten starta med hjälp av bidrag från Socialstyrelsen. Namnet Vändpunkten är taget från AA:s Stora boken: ”Vi stod vid vändpunkten. Vi överlämnade oss helt i Hans händer och bad om hans beskydd och omvårdnad”. I maj tog man emot de första anhöriga (Runqvist 1997, s. 8 - 15).

Efter tre år då denna verksamhet blev permanent satte man i gång en barngruppsverksamhet baserad på Minnesotaprogrammet, ”Children are people to” (Lindstein 2001, s. 21). Som en

naturlig följd av detta växte det fram ett behov av grupper för tonåringar, föräldrar och tillfrisknande pappor. Sådana grupper har stegvis bildats under en tioårsperiod.

År 2002 hade Vändpunkten nio anställda, tre gruppledare och fyra konsulenter. Konsulenterna arbetar även med handledning och utbildning.

Vuxenprogrammet

Ersta Vändpunktens vuxenprogram riktar sig till alla vuxna anhöriga som lever eller levt i en nära relation till någon som är beroende av alkohol och/eller andra droger. Målsättningen för programmet är följande:

- Att ge deltagarna en ökad kunskap om problem som uppstår när någon i familjen är kemiskt beroende och det destruktiva livsmönster som då kan uppstå.
- Att ge kunskap i hur detta påverkar den anhörige.
- Genom identifikation med andra anhöriga möjliggöra en ny medvetenhet och möjlighet till positiv förändring.
- Genom hjälp till självhjälp ge kunskap om hur deltagarna kan förändra sin livssituation oberoende av omgivningen.
- Ge en introduktion till självhjälpsgrupper som skall utgöra en källa till den anhöriges tillfrisknande.

Vuxenprogrammet är fördelat på sexton sammankomster. Gruppen träffas en gång i veckan, tre timmar varje gång. Gruppen består av sexton anhöriga och två gruppledare. Efter en föreläsning och kaffepaus delar man upp sig i två grupper. I en mindre grupp kan man sedan reflektera över föreläsningens budskap. (Detta koncept infördes mer stadigvarande under hösten 1996, tidigare träffades gruppen två gånger i veckan under åtta veckor).

Vuxen programmet kan beskrivas som pedagogiskt med terapeutisk effekt och skall ge kunskap och information om hur en hel familj kan dras in i destruktiva livsmönster. Tydliggörandet av detta livsmönster och de konsekvenser det för med sig för den anhörige sker genom föreläsningar, filmer, gruppövningar och diskussioner. Att identifiera sig med andra i gruppen ger i många fall en ny medvetenhet och en motivation till förändring av olika livsstrukturer (Runqvist 1997, s. 37).

En av de viktigaste komponenterna i programmet är självhjälpsidén där målsättningen är att den anhörige skall skaffa sig redskap att förändra sin situation, oberoende av omgivningen. Grundsynen är att varje deltagare använder sig av programmet efter egen förmåga. Det finns inga krav på att arbetsuppgifter skall utföras eller redovisas. Man deltar inte för att förändra missbrukaren eller andra anhöriga. I programmet introduceras de som tidigare inte haft någon kontakt med olika självhjälpsgrupper, i Al-anons och ACOA:s verksamheter (se nästa avsnitt). Dessa självhjälpsgrupper skall fungera som ett stöd och som fortsatt källa till förändring av den anhöriges livssituation (a.a. s. 38).

Metodikerna bygger på samverkan i grupper (interaktion): att dela erfarenheter, att känna igen situationer och att skapa förståelse för varandras situation och på så sätt skapa en känsla av stöd, gemenskap och hopp. Detta kan förhoppningsvis göra att man känner en sorts arbetsgemenskap kring den gemensamma livssituationen i stället för att fortsätta att definiera sig som människor med ”problem” (Karlsson 2002, s. 116). Förändringen av ett kanske livslångt, destruktivt men tryggt mönster tillåts ta tid.

I likhet med Vändpunktens övriga program är sammankomsterna inramade av olika teman som exempelvis beroendelära, medberoende, familjens roller, känslor, sorgprocessen och andlighet. ”Färdriktningen är det väsentliga, inte hastigheten.” (Ersta Vändpunkten 2000 sid. 5)

Sammanfattningsvis kan det uttryckas att vuxenprogrammet ligger i gränslandet mellan tre områden: pedagogik, hjälp till självhjälp samt terapeutiska och behandlande inslag. Tonvikten ligger dock på det pedagogiska planet, att lära ut. Programmet skall ge redskap för hjälp till självhjälp. Av detta skall man få en insikt som skall leda fram till en terapeutisk och behandlande process som inom tolvstegsbehandlingen benämns som den anhöriges tillfrisknande.



De anhöriga i programmet har skiftande bakgrunder och erfarenheter av att leva nära en beroende. Det finns naturligtvis skillnader i att vara gift med missbrukaren mot att vara barn eller förälder till densamma. I vuxenprogrammet väljer man att fokusera på likheterna inte skillnaderna. Enligt personalen är skälet till detta att man vill undvika bortförklaringar av typen: ”detta gäller inte mig”.

Under programmets gång går många av de anhöriga igenom en smärtsam process, där verklighetsuppfattningen förändras bit för bit. Oftast infaller en stor lättnad när de upplever beroendet som en sjukdom som ingen kan känna skuld för. Samtidigt raseras den anhöriges försvar bit för bit, och i denna fas ger han/hon ofta uttryck för olika typer av ilska, både mot den beroende och sig själv:

- Ilska över de egna lögnerna och hur man i en mängd olika situationer försvarat och räddat den beroende.
- Ilska över att man tappat kontakten med vänner.
- Ilska över att man oftast lade band på egna behov och intressen.
- Ilska över att barnen blev drabbade.

Denna ilska blir ofta för den anhörige drivkraften för att bryta det egna destruktiva livsmönstret och orientera sig i en tillvaro där de egna behoven mer sätts i centrum och den anhörige blir en egen person skild från missbrukaren. Detta innebär att som anhörig ge sig själv en chans att stoppa nedbrytande mönster och låta den beroende ta ett eget ansvar för sig själv, relationer och familj (Runqvist 1997 sid. 39 - 42). Denna process är inte färdig i och med att den anhörige avslutat programmet. Programmet kan bära visa vägen och ge en karta och kompass, för att pröva nya förhållningssätt och tankegångar och en möjlighet att bryta ett ohållbara livsmönster.

Självhjälpsgrupper

Att definiera begreppet självhjälpsgrupp är inte helt enkelt. Skall gruppen själv definiera sig som en självhjälpsgrupp för att man skall kunna definiera den som en sådan eller omvänt, är det möjligt att definiera en grupp som självhjälpsgrupp utan att de själva definierat sig som en sådan (Karlsson 2002, s. 49)? I Nationalencyklopedin beskrivs självhjälp som "det att hjälpa sig själv" som ett uttryck för egenvård. Karlsson tar i sin avhandling, "Själv men inte ensam" (2002) upp olika definitioner av självhjälpsgrupper. Ser man till de självhjälpsgrupper som jag i detta avsnitt tar upp ligger en definition av två danska författare, Mehlbye och Nygaard Christoffersen, närmast Ersta Vändpunktens verklighet, möjligen avviker den sista punkten. Vuxenprogrammets grupper är inte helt självstyrande. Gruppträffarna styrs av ett strukturerat program med givna teman. Dessutom kan gruppledarna karakteriseras som professionella inom sitt område:

- Deltagarna möts kring ett gemensamt problem.
- Deltagarna träffas regelbundet.
- Alla deltagarna känner varandra.
- Alla har ett klart definierat problem och träffas enbart för att diskutera detta problem.
- Gruppen är självstyrande och bestämmer själv om de vill använda sig av professionell hjälp (Karlsson 2002, s. 49).

Anonyma Alkoholister (AA)

Anonyma Alkoholister är en självhjälpsrörelse för alkoholister som bildades i USA år 1935. Ofta bedöms AA vara den första självhjälpsgruppen och verksamheten är nu spridd över i stort sett hela världen och är i dag den internationellt sett mest betydelsefulla sammanslutningen för alkoholister (Helmersson Bergmark 1995, s. 137).

Rörelsen har sina ideologiska rötter i en religiöst inriktad självhjälpsgrupp för alkoholister som kallade sig Oxfordgruppen som var verksam under 1920- och 1930-talen i stora delar av västvärlden (Helmersson-Bergmark 1995 sid.14).

AA har ingen formell byråkrati eller hierarki och är ekonomiskt samt organisatoriskt oberoende i förhållande till offentliga myndigheter och experter (a.a. s.1). Rörelsen har inget medlemsregister och upptar ingen medlemsavgift. Enda villkoret för medlemskap är önskan om att sluta dricka (Runqvist 1997, s. 16).

Mötena går till på ungefär samma sätt oavsett vilken stad eller vilket land mötena sker. Det gör att man som deltagare kan uppsöka ett AA-möte nästan var man än befinner sig. Det är lätt att känna sig hemma och känna sig stärkt i det gemensamma målet som är detsamma för alla, nämligen det att hålla sig nykter.

Inom AA ser man alkoholism som dödlig, det är en primär, progressiv, kroniskt själslig sjukdom, där intag av alkohol bara är ett symptom. Därför söker missbrukaren i en moralisk självrannsakan orsaker till sina misslyckanden i bl.a. sina relationer till andra människor (se steg 4 s. 10).

Sjukdomen är progressiv, dvs. ständigt fortskridande. Detta märks tydligast då en alkoholist återfaller i missbruk efter årtal av nykterhet. Han börjar då inte om från början, utan är snabbt tillbaka i samma, eller i en värre, situation än han var då han slutade (steg 1).

AA ser alkoholismen som en sjukdom utan skuld, dvs. individen kan inte hållas ansvarig för att han är alkoholist. För att förtydliga detta jämför man ibland alkoholism med diabetes. Man är inte ansvarig för sjukdomen men för sitt tillfrisknande. Detta innebär att man måste ta emot den hjälp man behöver för att tillfriskna (steg 2).

Att sjukdomen är obotlig men behandlingsbar, genom att man kan använda sig av de tolv stegen som redskap, gör ändå att det finns hopp för dessa människor. Man säger att alkoholisten vinner sin frihet genom att inte dricka. Han kan bryta sig loss från alkoholens slaveri och få tillgång till ett rikare och mer värdefullt liv (Hoppe-Jacobsson 1992, s. 71-73).

Dessutom beskriver AA sjukdomen som trehövdad – mental, fysisk och andlig (Helmerson Bergmark 1995, s. 53).

Al-Anon

Al-Anon är en självhjälsgrupp och en gemenskap av anhöriga och vänner till alkoholister, som delar sina erfarenheter med varandra för att därigenom lösa sina gemensamma problem. De anser att alkoholism är en familjesjukdom och att en förändrad inställning till problematiken kan underlätta ett tillfrisknande. Al-Anon är en världsomspännande organisation och finns på de flesta större eller mindre orter i Sverige. Den har ingen anknytning till någon sekt, religion eller politisk rörelse. Al-Anon deltar inte i någon debatt av exempelvis socialpolitisk karaktär. Det förekommer inga medlemsavgifter. Organisationen är självförsörjande genom egna frivilliga bidrag.

Al-Anon har ett enda syfte, att erbjuda ett program med de tolv stegen för ett tillfrisknande med hjälp till självhjälp för familjer och vänner till alkoholister, vare sig alkoholisten söker hjälp eller inte erkänner sitt alkoholberoende. Medlemmar ger och får tröst och förståelse genom ömsesidigt utbyte av erfarenheter, styrka och hopp. Genom att dela likartade problem binds individer och grupper samman i en gemenskap som skyddas av principen om anonymitet. Al-Anons rättesnöre är de tre legaten tillfrisknande, gemenskap och service.

När Anonyma alkoholister (AA) startades fick även hustrur och andra anhöriga delta i möten och andra verksamheter grupperna hade. 1940 bestämde dock AA att verksamheten bara skulle vara till för alkoholister. Senare samma år samlades åtta kvinnor i New York medan deras män deltog i ett AA-möte. De kom då på idén att de kunde stödja varandra på samma sätt som alkoholisterna stödde varandra i AA. Denna träff sägs vara ursprunget till Al-Anon, som bildades 1951. Deras tre uppgifter var till en början:

- att erbjuda stöd och förståelse åt AA-medlemmen i hans hemtrakt
- att tillämpa de tolv stegen, så att medlemmen själv skall kunna växa på det andliga planet i takt med alkoholisten.
- att välkomna och trösta familjemedlemmar till nya AA-medlemmar.

Al-Anon kan ses som den första rörelsen som tillämpade AA: s tolv steg på andra problem än alkoholism. Al-Anon är även intressant ur ett könsperspektiv. AA och Al-Anon var från början starkt könssegregerade. AA var mannens domän, medan Al-Anon var kvinnans område. Detta har successivt förändrats även om organisationen fortfarande domineras av kvinnor.

I Sverige hölls ostrukturerade möten redan på 1960-talet på initiativ av AA- medlemmar. Al-Anons spridning och utveckling tog snart fart. När behandlingen ökade, växte även behovet av självhjälsgrupper markant. Från 14 grupper 1985 ökade verksamheten till 211 grupper 1997 (Al-Anon 1999, s.5).

ACOA

ACOA (Adult Children of Alcoholics) bedriver gruppverksamhet för vuxna barn till alkoholister och för vuxna från andra dysfunktionella familjer, vilket innebär att man som organisation även stöder vuxna barn till exempelvis psykiskt sjuka eller vuxna för vilka något annat handikapp präglat uppväxten.

ACOA finns i de flesta världs delar och har som ambition att finnas på de flesta stora orter i Sverige. I stort följer man AA:s och Al-Anons principer och grundtankar även om de tolv stegen är något annorlunda formulerade, eftersom man sätter fokus på alla typer av beroenden inte bara alkoholismen. ACOA:s grundtanke är att man även skall stödja varandra genom att gå på möten. Lösningen enligt ACOA är att bli sin egen älskande förälder. Målet är att ACOA skall bli en sådan trygghet att personen vågar bryta sin isolering och så småningom får en frihet att uttrycka all den smärta och rädsla som han/hon burit och då frigör sig från den skuld och skam som vuxit fram. Man skall slutligen återfinna barnet inom sig och lära sig att acceptera och älska sig själv. Med hjälp av tre medel når man tillfrisknandet:

- Man använder de tolv stegen.
- Man går på möten.
- Man ringer varandra.

Centrala begrepp

Under detta avsnitt kommer jag att presentera tre fenomen som är centrala för verksamheten vid vuxenprogrammet. Dessa är sjukdomsbegreppet, anhörigproblematiken och medberoendebegreppet.

Sjukdomsbegreppet

Synen på alkoholism som en sjukdom i medicinsk mening har funnits sedan ett par hundra år tillbaka. Några av de tidigare förespråkarna var Rush i England, Trotter i USA och Huss i Sverige, som var verksamma under slutet av 1700 - talet till mitten av 1800- talet. Synsättet var framför allt baserat på de fysiologiska och psykologiska effekterna av långvarig och omfattande alkoholkonsumtion, som ansågs göra den kroniske drinkaren till slav under sin last (Blomqvist 2000, s.13).

Efter att förbudslagstiftningen upphörde i USA på 1930-talet växte den moderna versionen av sjukdomsmodellen fram allt mer. Det var framför allt den växande ”alkoholismrörelsen” (the alcoholism movement) en påtryckargrupp som spred budskapet att alkoholism inte var en ofrånkomlig effekt av alkoholens egenskaper utan en följd av vissa människors disposition till att insjukna som alkoholist (a.a s.13). Denna rörelse arbetade för en förändrad attityd gentemot den allmänt accepterade bilden av alkoholism och dess orsaker, som då ansågs bero på karaktärsbrist och moralisk dekadans.

Man försökte motarbeta stigmatisering av alkoholister och i stället verka för att ge dem rättigheter till hjälp med de medicinska komplikationerna av sitt missbruk och att ge dem en chans till behandling. Grunderna i detta perspektiv var följande:

- Att se alkoholism som en väldefinierad och avgränsad företeelse, vilken några individer har och andra inte.

- En gång alkoholist, alltid alkoholist, och denne måste av detta skäl för all framtid avstå från alkohol då denne saknar kontroll över drickandet.
- Alkoholism är en sjukdom i sig, inte enbart ett symptom på en annan underliggande sjukdom, och därmed ett tillstånd som individen lider av utan egen förskyllan.
- Hjälp och behandling ska utgå från att alkoholisten är sjuk, snarare än kriminell eller omoralisk (Bergh Lund m.fl. 2000, s. 27 ff.).

Som stöd för denna sjukdomsteori hänvisade man i första hand till Jellinek's arbeten och i synnerhet till hans bok "The Disease Concept of Alcoholism" som kom ut 1960. Detta arbete har legat till grund för det som kallas den klassiska sjukdomsmodellen. Jellinek presenterade sin teori som en arbetshypotes, då det ännu inte fanns särskilt mycket empiriska forskningsresultat att bygga på. Det han grundade sin teori på var sin undersökning, gjord i USA under slutet av 40-talet, som grundades på 98 utvalda manliga AA-deltagare som besvarade ett frågeformulär. Resultatet var naturligtvis i hög grad färgat av en utpräglad AA-ideologi och kunde därmed inte uppfylla något oberoendekriterium. Han själv skrev om teorin att "den förslår kanske tills vidare, men inte för all framtid" (Lindström 1986, s. 81).

Jellinek indelade alkoholism i fem olika typer med beteckningar från det grekiska alfabetet. Två av typerna, delta- och gammaalkoholism, beskriver människor med kontrollförlust, alltså de som inte kan avstå från att dricka, och hos vilka det även vid mindre alkoholintag sätter igång en kedjereaktion som uppfattas som ett fysiskt begär efter mer alkohol (Helmersson Bergmark 1995, s.49).

Jellinek utarbetade från sitt undersökningsmaterial även den så kallade Jelliekkurvan. Den beskriver alkoholismens olika faser i en nedgångsfas och en tillfrisknandefas. Kurvan används inom Minnesotabehandlingen som ett pedagogiskt hjälpmedel för att få patienterna att få sjukdomsinsikt och kunna placera in sig själv i detta förlopp. Jellinek's hypotes om kontrollförlust är ett centralt inslag i den klassiska sjukdomsmodellen och har varit föremål för stark kritik från olika studier. Man har kommit fram till att förmågan att dricka kontrollerat i hög grad bestäms av kognitiva faktorer och av miljöfaktorer. Att förmågan varierar även hos kroniska alkoholister och att kontrollförlust inte är "någon naturnödvändighet" (Lindström 1986, s. 86).

Inom tolvstegsbehandlingen ser man alkoholism som en dödlig sjukdom som är primär, progressiv, kronisk men behandlingsbar. Att den är primär betyder att det är en sjukdom i sig och i viss bemärkelse en själslig sådan, där intag av alkohol bara är ett symptom. Sjukdomen anses som progressiv. Detta exemplifieras med en alkoholist som får återfall efter årtal av nykterhet. Enligt tolvstegsfilosofin börjar då missbrukaren inte om från början, utan är snabbt tillbaka i samma, eller i en värre, situation än han var då han slutade. Man ser alkoholismen som en sjukdom utan skuld, dvs. individen kan inte hållas ansvarig för att han är alkoholist. För att förtydliga detta jämför man ibland alkoholism med diabetes. Man är inte ansvarig för sjukdomen men för sitt tillfrisknande. Detta innebär att man måste ta emot den hjälp man behöver för att tillfriskna.

Man menar att sjukdomen är obotlig men behandlingsbar, genom att man kan använda sig av de tolv stegen som redskap. Detta gör ändå att det finns hopp för dessa människor. Man säger att alkoholisten vinner sin frihet genom att inte dricka. Han kan bryta sig loss från alkoholens slaveri och få tillgång till ett rikare och mer värdefullt liv (Hoppe Jacobsson 1992, s. 71-73).

När anhörigprogrammen ökade utvecklades sjukdomsbegreppet och man började tala om alkoholism som en familjesjukdom. Anhöriga och vänner till alkoholister påverkas både känslomässigt, mentalt och fysiskt av missbruket (Al-Anon 1999, s. 3). Ju allvarigare missbruket är och fortskrider, desto viktigare del blir det i familjens liv. Kampen för att kontrollera missbrukaren och försöken att slippa undan de negativa konsekvenserna av hans/hennes beteende börjar att styra familjen. När familjen kämpar med detta fastnar de ofta i ett destruktivt mönster av förutsägbara och svåra situationer. Precis som för missbrukaren medför detta ett stort lidande för familjen, och ett sjukdomsliknade tillstånd växer fram. Man menar att närstående personer kan bli beroende av missbrukaren på samma sätt som missbrukaren är beroende av alkoholen. Utifrån detta utvecklades behandlingstermen medberoende som jag kommer att beskriva i nästa avsnitt.

Inom tolvstegsbehandling med anhöriga ser man flera vinster med att ta bort ansvaret för drickandet och familjens kaos från barnet, vilket förhoppningsvis minskar skuldkänslorna. Man menar också att den moraliska uppfattningen om alkoholismen tas bort. Detta hjälper barnet att identifiera sig med sjukdomsprocessen snarare än med skulden över upprepade misstag. Identifierar man alkoholismen som problemet, skapas en öppning till adekvat behandling och passande självhjälsgrupper (Runquist 1998, s. 30).

Inom forskningen har det framförts en hel del kritik mot sjukdomsbegreppet. Behandlingsforskaren Blomqvist har i sin bok "Inte bara behandling" diskuterat sjukdomsbegreppet som en av olika förklaringsmodeller till alkoholism (Blomqvist 2000, s. 15 - 16). Blomqvist skriver att begreppen alkoholism och sjukdom kan definieras på olika sätt. Han pekar på att om man hävdar att sjukdomsbegreppet bara visar på ett tillstånd av mänskligt lidande och ett behov av lindring, men inte säger något om orsakerna till detta tillstånd, då blir naturligtvis påståendet att destruktivt drickande är en sjukdom i viss mening invändningsfritt. Samtidigt ligger en sådan definition så långt ifrån vad de flesta i dagligt tal menar med sjukdom att den torde öppna för betydande missförstånd.

Bergmark och Oscarsson har problematiserat sjukdomsbegreppet i antologin "Behandling av alkoholproblem". I kapitlet "Vilket är problemet" granskar de begreppet utifrån olika perspektiv. De koncentrerar sig på kontrollförlusten, ett av de centrala begreppen i sjukdomsmodellen, vilket innebär att alkoholisten är oförmögen att kontrollera sin alkoholkonsumtion. Dessutom granskar de kritiskt föreställningen om att alkoholism utgör en tydligt avgränsbar enhet (Berglund m.fl. 2000, s.29). De hänvisar till det inlärningsteoretiska perspektivet där behavioristiskt inriktade forskare granskat kontrollförlusten och inte funnit något objektivt stöd för Jellineks teori. Det hindrar dock inte att vissa individer dricker på ett sätt som de själva och omgivningen upplever som okontrollerat (A.A. s. 34).

Andra studier har visat att individer med olika grader av alkoholproblem, beroende på situation, kunde variera sitt intag och till och med helt avstå från alkohol. Dessa forskare tolkade detta som ett resultat av miljömässiga betingelser. Detta innebar ett perspektivskifte: bort från att söka förklaringar inom sjukdomsmodellen utan ser det i stället som ett mänskligt beteende bland andra. Förklaringarna till alkoholism skall i stället sökas inom ramen för modeller för hur mänskligt beteende uppstår och förändras (a.a. s. 35).

Även i förhållande till anhörigproblematiken har sjukdomsbegreppet fått kritik. Ett är att barnen och även andra anhöriga berövas möjligheten att uttrycka sin ilska över de konsekvenser av exempelvis föräldrarnas missbruk som drabbar dem. Det är svårt att vara arg på en sjuk mor eller far utan att få skuldkänslor. De som arbetar med sjukdomsbegreppet som förklaringsmodell

menar att man visst får uttrycka sin ilska, men då i stället över alkoholen och inte den drabbade individen (Christensen 1993, s.15).

En del barn kan troligtvis även uppfatta förhållandet att sjukdomen är ärftlig som skrämmande. De kan oroa sig och känna sig rädda för att de som vuxna skall bli alkoholister. Risken är att detta kan bli till en självuppfyllande profetia. Vid föreläsningar som tar upp att barn till missbrukare löper stor risk att själva utveckla ett missbruk, blir det många gånger det enda som barnet uppfattar. Risken är då att detta budskap blockerar annan viktig information (a.a. s.16). Så här beskrivs det i diktsamlingen ”Bli min mamma igen” av Åsa Jinder.

Anhörigproblematiken

Upplever

Den totala ensamheten.

Låter ingen förstå

och fördömer människorna som inget förstår.

Låter ingen se

och fördömer människorna som inget ser.

Låter ingen dela smärtan

och fördömer människorna som inte deltar.

Upplever den totala ensamheten

och fördömer människorna som låtit mig vandra vill.

Åsa Jinder (Jinder 1991 s. 122)

Att vara anhörig till en missbrukare av alkohol eller andra droger kan ha olika effekter beroende på olika och många gånger samverkande faktorer, till exempel hur långt alkoholismen fortskridit, hur man hanterar livet (coping) i en missbrukarmiljö, det egna nätverkets styrka och sammanhållningen i familjen. Det som i många fall karakteriserar vardagen i denna miljö är känslomässig stress, osäkerhet, rädsla och ilska (Runqvist 1997, s. 23).

Studier av alkoholism och anhöriga pekar på skillnader i dessa familjer iförhållande till normala familjer. De kriterier som gäller för anhöriga till missbrukare är även överförbara till andra dysfunktionella familjer, exempelvis där en medlem av familjen lider av en psykisk sjukdom, exempelvis sämre familjesammanhållning, konfliktfyllda interaktioner, minskad självständighet, isolering mot omvärlden (Runqvist 1997 s.24).

Den grupp anhöriga som fått mest uppmärksamhet är barnen till den beroende. Dessa barn utsätts ofta för många och kraftiga påfrestningar, och upplevelserna följer ofta med upp i vuxen ålder. När dessa barn växer upp och blir vuxna har majoriteten av dessa fortfarande problem med tillit, beroende, kontroll och de har många gånger svårt att identifiera och uttrycka sina egna känslor. Claudia Black med mångårig erfarenhet och egen praktik i USA med inriktning på vuxna barn till vuxna missbrukare menar att de flesta av dessa vuxna barn bär på undertryckta känslor som sällan uttrycks eller när de uttrycks kommer ut i oproportionerliga former. (Black 1993, s.114). Känslor, tankar och upplevelser blir till antaganden som präglar var och en av dem genom livets olika skeenden. Den mörka familjehemligheten bärs från barndomen in i vuxenlivet. En stark känsla av brist på meningsfullhet genomsyrar det vuxna barnet. Svårigheter finns i att upprätthålla nära relationer och de har en ständig känsla av att något saknas i relation till andra. Förtrolighet och intimitet leder ofta till rädsla och ångest (a.a. s. 115). En annan amerikansk pionjär inom detta område är Woititz som genom sitt praktiska arbete och genom sin forskning kring vuxna barn till missbrukare utarbetat ett antal karaktärsdrag

som hon funnit att många av dessa uppvisar. Några exempel på sådana karaktärsdrag är att de har svårt att fullfölja projekt och lätt att fördöma sig själv, de har problem med nära relationer, de är impulsiva och samtidigt i vissa lägen extremt ansvariga och lojala, har stort kontrollbehov och söker ständigt godkännande bekräftelse (Woititz 1990, s. 26-27).

Woititz understryker dock att det inte är en naturlag att alla vuxna barn behöver utveckla alla eller de flesta av dessa karaktärsdrag och att om någon människa uppvisar många av dessa drag behöver det automatiskt inte vara ett barn till en missbrukare.

Wallace - Zimberg presenterar i en forskningsrapport som tar avstamp i tolvstegsmodellen exempel på regler som kan råda i en alkoholistfamilj och hur de kan manifesteras i vuxenlivet. Några av dessa regler är, att alkohol inte är orsaken till problemet och alkoholisten inte är ansvarig för sitt beteende vilket kan leda till skuld känslor och att man låter andra bestämma och att den anhörige fördömer sig själv vilket resulterar i en sämre självkänsla. Andra regler är att ingen får prata om det som händer i familjen och uttrycka det den känner, status quo måste hållas till varje pris. Detta manifesteras i vuxenlivet genom isolering, rädsla för auktoriteter och kritik och brist på egen förmåga att uttrycka känslor. Enligt Wallace – Zimberg kan dessa regler och manifestationer leda till att man själv blir alkoholist eller att man väljer en missbrukande partner eller med ett annat tvångsmässigt beteende (Zimberg 1985, s. 320-321).

Medberoendebegreppet

”Ett medberoende barn som inte kan förklara en fars förvandling till alkoholist, utan lägger skulden på sig själv, har en hemlighet som gör ont. Den är traumatisk och smärtsam och hon måste behålla den för sig själv. Hon måste tåga, hon måste klä in den, hon måste eufemisera det som händer i sitt inre och yttre språk, hon måste kapsla in, hon måste förtränga. Skammen ligger därinne i henne som ett sandkorn i en mussla, i bästa fall växer en pärla fram, i normala fall gör det bara ont.” (Per-Olov Enquist ur *Selma Lagerlöf och kärleken* red. Karl-Erik Lagerlöf 1997)

Medberoende är ett begrepp som dök upp inom behandlingen av missbrukare i USA i början av sjuttioalet. Den engelska termen var co-alcoholic eller co-dependence. Begreppet fanns på flera behandlingscentrer i Minnesota vid denna tid. Man hade uppmärksammat att det i alkoholistens närhet alltid fanns flera andra människor, anhöriga eller vänner som påverkades starkt av personens missbruk och då uppvisade ett dysfunktionellt beteende (Beattie 1990, s. 39). Dock bör det nämnas att detta begrepp var ett nytt namn på en gammal företeelse. Redan på 40-talet bildades en grupp bestående av företrädesvis kvinnor gifta med alkoholister. Den fungerade som en självhjälpsgrupp för att komma tillrätta med den inverkan makarnas alkoholism hade på dem. Gruppen som bildades var embryot till Al-Anon.

Inom behandlingen av alkoholism i USA utökades medberoendebegreppet till att alkoholismen började betraktas som en familjesjukdom. Det var en följd av att Minnesotabehandlingen och deras syn på alkoholism som sjukdom fick ett allt större inflytande. Med termen co-dependent avsåg man främst de personer som lever i en akut kris förorsakad av missbruk, främst hustrur och män till alkoholister, men det innefattade så småningom även släktingar, grannar och vänner. I detta skede såg man medberoendet som en anpassningsreaktion hos de som stod missbrukaren nära (Hellsten 1998, s. 52).

Begreppet fick en djupare innebörd när man började undersöka missbrukarnas barn. Vissa forskare upptäckte då att barnen gick igenom samma anpassningsreaktioner som vuxna närstående och att denna anpassning ger ett starkt handikapp och är tämligen avgörande för den blivande personligheten. I det här sammanhanget började man även att fokusera på

missbrukarens vuxna barn vilket ledde till att medberoende som behandlingsterm fick en ordentlig skjuts. Med begreppet som bas startade behandlingsprogram för denna kategori, men till programmen slöt sig även andra grupper med personer som växt upp i familjer med andra tvångsstörningar eller andra dysfunktionella beteenden (a.a. s. 53).

Begreppet medberoende kom till Sverige samtidigt som Minnesotabehandlingen fick sitt genomslag här i början av åttiotalet. Här har begreppet använts som en behandlingsterm och en förklaringsmodell för de som gått igenom anhörigprogrammen vid de behandlingshem som använder sig av tolvstegsprogrammet. När begreppet används inom denna behandling finns det flera definitioner. Troligtvis beror det på att olika författare fokuserar på olika delar av begreppet. En del beskriver orsaken, andra symtomen och mönstren. Här följer några:

”Medberoendet är en sjukdom eller ett sjukdomsliknande tillstånd som uppkommer då en människa lever nära en mycket stark företeelse och inte förmår bearbeta denna företeelse så att hon kan integrera den i sin personlighet utan anpassar sig till den.” (a.a. s. 53)

”En medberoende människa är en människa som har låtit en annan människas beteende påverka sig, och som är helt upptagen av att kontrollera denna människas beteende.” (Beattie 1990, s. 41)

”Co-dependent is anyone who lives in close association over a prolonged time with anyone who has a neurotic personality.” (Larsen ref. i Hellsten s. 18)

Utöver dessa definitioner har Hellsten delat upp sin definition av medberoende i dessa element: att det är en stark och nära företeelse som är svår att bearbeta. Den kräver anpassning och manifesteras som en sjukdom eller ett sjukdomsliknande tillstånd (Hellsten 1998, s. 53).

Hellsten menar också att medberoendet har sin källa i barndomen, att det uppkommer i en mötesprocess mellan två generationer som kallas fostran. Hans förklaringsmodell sammanfaller med objektrelationsteorin när han förklarar brister i jagrelateringen (a.a. s. 120). Han beskriver den medberoende som sitt egna förflutnas fånge. För att frigöra sig och bli vuxen måste personen återvända till barndomen och leva den på nytt. Han beskriver detta som en mödosam resa till barndomen. Den som har förlorat föräldraskapet har inte fått leva sig igenom sina känslor och har inte heller lärt sig att äga sina egna behov (a.a. s.118).

Ovanstående definitioner av begreppet medberoende får i många fall en mycket deterministisk innebörd. Att vara anhörig till en missbrukare och medberoende kan för denna upplevas som ett ödesbestämt förlopp som är svårt att bryta utan stöd och hjälp. Dessutom definieras det att den anhörige är styrd av en yttre kraft som är nästan omöjlig att påverka. Parallellen till sjukdomsbegreppet är tydlig då medberoende definieras som en familjesjukdom eller ett sjukdomsliknande tillstånd, vilket ökar på begreppets deterministiska innebörd.

Medberoendebegreppet är ett nytt namn på en gammal företeelse. Inom missbrukarvården i Sverige har detta problem uppmärksamats långt innan Minnesotamodellen lanserades här i landet. Ett närliggande begrepp som använts inom transaktionsanalysen (Leissner 1997, s. 194) är ”möjliggöraren” som betecknar en person, oftast en familjemedlem, som vill väl och vill hjälpa missbrukaren att bli fri från konsekvenserna av sitt beroende men i stället gör situationen mer kaotisk både för missbrukaren och hans familj. Man har även försökt att använda termen oavsiktlig medhjälpare, ett uttryck som inte är lika laddat och skuldbelastande. Här handlar det oftast om partnern till missbrukaren. Men även barnet kan ibland fungera som ”möjliggörare”.

Om medberoendet förs fram som en sjukdom eller ett sjukdomsliknande tillstånd, så kan missbrukaren i många fall använda sig av det för att flytta fokus från sin problematik till den anhöriga: ”Hon är ju minsann lika sjuk som jag, kanske sjukare.” Risken är då att medberoendebegreppet skapar än mer skuld hos den anhöriga och att hon/han ser sig som ansvarig för personens missbruk. Begreppet fungerar då kontraproduktivt och motverkar skuld- och skamavlastningen och begränsar den anhöriges förmåga till valfrihet och stärkt självkänsla.

Medberoendebegreppet sätter i många fall fokus på traditionella kvinnliga egenskaper och sjukförklarar dessa, exempelvis som att låta andras bästa gå först och att vara omhändertagande. Begreppet kan här användas som en stämpel på dessa egenskaper som något sjukligt, och risken blir att manliga värderingar om vad som är en sund relation blir normativ.

UNDERSÖKNINGSMETOD OCH METODPROBLEM

Undersökningsdesign

Denna förstudie bygger i första hand på en enkätundersökning utvecklad av vuxenprogrammets gruppleddare enligt en amerikansk förlaga. Alla deltagare har fått möjlighet att svara på samma enkät (se bilaga) vid fyra tillfällen, tre månader efter det att programmet avslutats samt efter ytterligare 6, 12 och 18 månader. Jag har med hjälp av personalen vid vuxenprogrammet tagit ut hälften av dessa enkäter från tidsperioden 1991 - 1999. Detta är att beteckna som ett klusterurval med slumpvis utvalda grupper. Att jag inte använt mig av enkäter från senare år beror på att den fjärde enkäten efter 18 månader inte inkommit. Sammanlagt har detta tvärsnitt bestått av 226 individer som sammanlagt svarat på 696 enkäter. Totalt har 1 956 enkäter skickats ut till 564 individer under denna tidsperiod. Av dessa har 489 individer svarat på sammanlagt 1 427 enkäter.

Dessutom har jag under undersökningen studerat olika teorier som skulle kunna vara till hjälp i analysen av materialet. Jag bestämde mig för några teorival som kan vara tänkbara analysredskap i en större studie. Dessa är Franks antidemoraliseringsteori, Antonovskijs KASAM-begrepp, teorier kring erfarenhetsbaserad och socialt konstruerad kunskap och slutligen Kajandis livskvalitetsbegrepp. I denna förstudie har dessa teorier mera karaktär av teoretiska ansatser. Grunden till att jag valde dem är följande. När det gäller Franks antidemoraliseringsteori passar hans tankar om vilka kriterier som krävs för en lyckad behandling överrens med min förståelse. Utgångspunkten för den är min egen erfarenhet av behandling av ungdomar, vuxna och familjer med en utvecklad drogproblematik. KASAM fick jag inspiration till i Tomas Lindsteins (2001) bok "Vändpunkten" där han använder KASAM-begreppet som ett analysredskap för de intervjuer han gjort med barn och ungdomar som genomgått Vändpunktens program. Lindsteins bok inspirerade mig även till att studera och använda självhjälpsbegreppet och Kajandis livskvalitetsbegrepp.

Bearbetning av enkätmaterial

Datainmatning har gjorts i programmet SPSS 11.0 (Statistical Package for Social Science). Den databearbetning som genomförts är en deskriptiv del i form av frekvenstabeller utifrån de olika frågeställningarna. Jag har gjort olika typer av korstabelleringar för att försöka upptäcka skillnader mellan olika grupper. De grupperingar som använts i korstabelleringen har bestått av följande kategorier: kön, ålder, avgörande skäl till kontakt med Vändpunkten, relation till missbrukare samt 8- alternativt 16-veckorsgrupp. Dessa har systematiskt prövats mot samtliga utfallsvariabler, vilket har lett till en stor mängd korstabelleringar. I denna förstudie redovisas enbart de som påvisar samband. När det gäller 8- respektive 16-veckorsgrupper så var det ett önskemål från personalen inom vuxenprogrammet att se om omläggningen från 8-veckors- till 16-veckorsgrupper hade någon betydelse för hur deltagarna uppfattade programmet och en eventuell förändring av sin livssituation. Korstabelleringarna redovisas under avsnittet Bivariat analys.

Analys

Jag har analyserat materialet utifrån fyra steg:

1. Deskriptiv studie av materialet.
2. Undersökning av ev. samband och skillnader mellan olika grupper.
3. Studie om förändringar skett hos gruppdeltagarna.
4. Koppling till de teoretiska ansatserna (se nästa avsnitt).

I analysen görs en jämförelse med sammanställningar av tidigare enkäter genomförd 1991, en enkät som ser något annorlunda ut än den enkät som används idag. Dessutom redovisas i de flesta fall inga jämförbara siffror med nuvarande enkät. Jämförelsen mellan dessa olika enkäterna blir därför något haltande.

Bortfall

226 individer har svarat på någon, några eller alla fyra enkäterna. I de grupper som plockats ut har 31 av de tillfrågade inte svarat på någon enkät. Bortfallet för enkäten som helhet stannade således vid 24 %.

Enkät 1	3 månader	195 svar	Bortfall 14 %
Enkät 2	6 månader	176 svar	Bortfall 23 %
Enkät 3	12 månader	170 svar	Bortfall 25 %
Enkät 4	18 månader	152 svar	Bortfall 33 %

I ett större och bredare forskningsprojekt bör en omfattande bortfallsanalys genomföras. En sådan kan exempelvis ske på två sätt. Undersökning om de som endast svarat på en enkät har en annan syn än de som svarat på alla alternativt fler enkäter och uppsökning och intervjuer av de som inte svarat på någon enkät.

Genom detta kan man se om de som inte svarat eller endast svarat på någon enstaka enkät har en annan syn än majoriteten av de som svarat.

Metodproblem

När det gäller eventuella metodproblem inför detta arbete går mycket att hänföra till enkäten och dess utformning. Vissa problem uppstår när man vill följa en eventuell förändringsprocess hos gruppen vuxna anhöriga. De fyra enkäterna som skickats ut vid fyra olika tidpunkter har över tid lett till ett relativt stort bortfall. Ett skäl kan vara att fyra enkäter inom en 15-månadersperiod eventuellt ger en viss uttrötningseffekt, vilket också kan avspeglats i svaren från respondenterna; exempelvis är bortfallet på specifika frågor större i den sista enkäten efter 18 månader.

Enkätens utformning har gett vissa problem i både inmatning och i den första databearbetningen. Värderingsfrågorna har olika skalsteg, både ojämna och jämna, dessutom används olika ord vid olika frågor för att värdera olika insatser. På frågan om eventuell förändring av livssituationen har respondenten möjlighet att svara både enligt en tvågradig skala och med egna ord. Här har bortfallet blivit stort, då de som svarat med egna ord i många fall inte beskrivit om livssituationen blivit bättre eller sämre. Ambitionen att genomföra en faktoranalys för att se korrelationen mellan frågeställningarna har därför inte gått att genomföra.

På frågan vad programmet betytt för den anhörige har ett antal respondenter troligtvis missuppfattat skalans innebörd. Denna grupp har dock varit så liten att deras svar inte påverkat resultatet som helhet. Skalans utformning är förändrade från enkäterna utförda från 2001 och framåt för att minimera missuppfattningar och det bortfall detta då kan orsaka.

TEORETISKA ANSATSER

I detta avsnitt presenterar jag några tänkbara teoretiska modeller som kan vara användbara i en analys av olika delstudier i ett större forskningsprojekt. De modeller jag presenterar är Franks antidemoraliseringsteori, Antonovskys KASAM-begrepp, självhjälpsbegreppet som erfarenhetsbaserad och socialt konstruerad kunskap samt livskvalitetsbegreppet enligt Kajandi. I analysen av förstudiens resultat kommer jag att applicera delar av dessa teoretiska modeller på enkätmaterialen. I detta skede bör teorierna mera ses som en ansats än en fullödig analysredskap.

Franks antidemoraliseringsteori

När det gäller olika behandlingsmetoders betydelse för resultatet diskuteras både inom praktiken och inom forskningen huruvida det finns någon metod eller behandlingsideologi som är överlägsen andra. Behandlingsverksamheter är vanligtvis komplexa system som påverkas av en mängd faktorer både inom och utanför själva verksamheten. Det innebär att det är svårt att identifiera och beskriva vilka inslag eller skeenden som är verksamma för att ge goda behandlingsresultat (Kristiansen 2000, s. 45). Frank har forskat kring och analyserat olika behandlingsmodeller för personer med psykiska och sociala problem i USA. Franks slutsats är att en lyckad behandling bör karakteriseras av fyra kriterier (Lundh m.fl. 1994, s. 216):

- Behandlingen skall kännetecknas av en känslomässig och förtroendefull relation klient – behandlare byggd på empati som gör att klienten kan anförtro sig till behandlaren.
- Behandlingen skall bedrivas i en miljö där klienten kan känna sig trygg och kan utvecklas i. Miljön skall ge en fysisk trygghet och samtidigt genomsyras av expertkunskap, hjälp mot lidande och hopp om ett bättre liv.
- Behandlingen skall bygga på en speciell gemensam ideologi och förklaringsmodell klient – behandlare, som ger en trovärdig och sammanhängande förklaring till problemen som skall lösas.
- Behandlingen skall innehålla ritualer, metoder och tekniker som klient och behandlare deltar i och som de tror är verksamma och kan ge upplevelser av att klienten kan klara saker som han/hon tidigare inte klarat av. Ritualerna, metoderna och teknikerna skall vara nära sammanlänkade med den gemensamma ideologin och förklaringsmodellen och bekräfta dess synsätt.

Nämnas bör att denna teori även är applicerbar på exempelvis anhörigprogram som har en mer pedagogisk inriktning än en behandlande.

Frank menar att kärnan i all behandling är att skapa ”nytt hopp” hos klienten, som kan motverka hans eller hennes demoralisering. Därav namnet antidemoraliseringsteorin. Det Frank kallar demoralisering kan betecknas som ett relativt varaktigt negativt känslomässigt tillstånd

baserat på upplevelser av mer eller mindre traumatisk art. Detta tillstånd innefattar inte psykoser eller beteenden och tillstånd av mer tvångsneurotisk karaktär. Frank menar att sådana klienter kräver en mer ”kraftfull” behandling (a.a. s.218).

Det som Frank fäster störst betydelse vid är behandlaren personlighet och hur den passar ihop med klienterna i själva behandlingssituationen. Förtroende är det centrala begreppet i detta förhållande. Känner klienten inte detta förtroende är han/hon inte beredd att öppna sig och acceptera och ta emot de förslag som behandlaren kommer med. Är förtroendet skapat genom att klienten uppfattar behandlaren som en kompetent person som vill klientens bästa kan denna stimuleras till att arbeta med sina problem. Frank liknar relationen klient–behandlare vid relationen mellan en aktör och en uppskattande publik där publiken uppmuntrar aktören att göra sitt bästa och till och med överträffa sig själv. Det innebär att har man arbetat sig igenom det första kriteriet öppnar sig vägen mot de tre övriga kriterierna så att de kan få inflytande i behandlingen (a.a s.218).

De två sista kriterierna kan man koppla till tolvstegsmodellen som tidigare beskrivits i kapitel 3. Inom anhängprogram som arbetar efter tolvstegsmodellen ser man det som en förutsättning att man kan enas kring att alkoholism är att betrakta som en sjukdom. Dessutom är teknikerna och ritualerna inom både tolvstegsmodellen och Al-Anon samt ACOA:s verksamhet direkt kopplade till den gemensamma förklaringsmodellen.

Frank konstaterar att de flesta behandlingsmodeller utgår från tankar och föreställningar som inte är vetenskapligt verifierbara. Utifrån Franks perspektiv är detta ointressant för behandlingsresultatet. Det viktiga är att behandlarna är övertygade, inte vad de är övertygade om, och att de kan göra klienterna övertygade om samma sak. Frank menar att de gemensamma övertygelserna på olika sätt stärker behandlingsrelationen (Kristiansen 2000 s. 46).

KASAM, känsla av sammanhang

Den israeliske sociologen Antonovsky är den mest kände forskaren inom hälsoteorin. Han definierar hälsa som ett kontinuum som sträcker sig mellan total ohälsa och total hälsa. Människan befinner sig under sin livstid i rörelse mellan dessa två poler. Oftast befinner sig hon dock i korrespondens med en känsla av sammanhang (KASAM). KASAM byggs upp av olika faktorer, exempelvis personens sociala och kulturella sammanhang och förståelsen av ens erfarenheter genom livet. Med andra ord är KASAM förknippad med människans hela tillvaro och ett resultat av individens växlande samspel med sin omgivning. Därför kan den både påverkas och förändras.

KASAM består enligt teorin av tre komponenter:

1. Begriplighet, att det som händer i livet går att förklara och förstå.
2. Hanterbarhet, att man inte är offer för omständigheterna utan själv har redskapen till att kunna påverka dem.
3. Meningsfullhet, att individen är delaktig i de processer som skapar vardagen och livet.

Utgår man ifrån dessa tre komponenter kan tillvaron i en familj där missbruket dominerar orsaka en negativ påverkan på individens KASAM. Stressnivån i missbrukarfamiljen är ofta hög och hänger ihop med rollförändringar, förhöjd konfliktnivå och oförutsägbarhet. Ett förebyggande arbete med anhäng till missbrukare bör fokusera på den negativa stress den anhäng utsätts

eller utsatts för och öka förmågan att hantera situationen. Antonovsky har visat på hur barn och vuxna med hög KASAM kan förebygga stress och ohälsa (Lindstein 2001, s. 35).

Antonovsky utgår från ett salutogent perspektiv, vilket innebär att han lägger tonvikten på hälsobringande faktorer. Hans grundfråga är hur det kommer sig att många människor behåller sin fysiska och psykiska hälsa trots att de ibland utsätts för mycket svåra påfrestningar.

Ser man KASAM i ett utvecklingsperspektiv så identifierar Antonovsky de första uppväxtåren, tonårsperioden och de första tio vuxenåren som de viktigaste för utvecklingen av individens KASAM. För barnets tidiga salutogena utveckling är vårdnadshavarnas förmåga till emotionell närhet och samspel med det lilla barnet de viktigaste förutsättningarna (Antonovsky 1991, s. 122). Detta gensvar leder förhoppningsvis till en *begriplighet* som leder vidare mot *hanterbarhet* och så småningom *meningsfullhet*. Under ungdomsperioden handlar det om för individen att hitta en fungerande variant av att kunna bemästra tillvaron och utveckla en känsla av sammanhang, genom att observera komponenter i kulturen och göra denna information begriplig och sedan placera sig själv i detta sammanhang. Antonovsky menar att de första tio åren av vuxenlivet är en period då vi särskilt ägnar oss åt att skapa en helhet av tillvaron. Den individ som under denna period utvecklat en hög KASAM har skapat en förmåga att bringa ordning och motbalansera trycket mot oordning från den inre och yttre miljön (Lindstein 2001 sid. 39). Utmärkande för en individ med hög KASAM är att hon/han har en hög förmåga till flexibilitet i val av copingstrategier och i hanterandet av stressorer. Att vara flexibel i betoningen och värdesättning av livet är en metod att behålla en hög KASAM (a.a. sid 42).

Antonovsky är tveksam till en planmässig terapeutisk förändring av KASAM. För att förändra detta hos individen krävs relativt radikala förändringar av dennes livssituation. Antonovsky menar dock att terapeutiska miljöer kan utformas på sådant sätt att individens KASAM kan förändras tillfälligt genom upplevelser av förutsägbarhet, balans och meningsfull medverkan (Lindstein 2001, s. 42). Här kan paralleller göras med Franks andra kriterium för en lyckad behandling där fokus ligger på att behandling skall bedrivas i en miljö som är trygg, utvecklande och som genomsyras av kunskap och hopp. Även Franks tredje kriterium, att behandlingen skall bygga på en gemensam ideologi som kan ge personen ett sammanhängande förklaring till lösningen av dennes problem kan kopplas till KASAMs två först grundstenar begriplighet och hanterbarhet.

Antonovskys begrepp kan vara ett bra analysredskap för att vid en delstudie som består av intervjuer förstå de anhöriga i deras intervjuutsagor och svar om deras egen situation och en eventuell förändring av dessa. De tre begreppen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet kan troligtvis kopplas till den anhöriges förändringsprocess och programmets inverkan på denna.

Erfarenhetsbaserad och socialt konstruerad kunskap

Karlsson har i sin avhandling "Själv men inte ensam" (2002) om självhjälpsgrupper i Sverige försökt att förstå självhjälpsbegreppet utifrån en teoretisk ansats. Gemensam förståelse och ömsesidigt stöd spelar kanske de viktigaste rollerna i självhjälpsgrupperna. En annan betydelsefull aspekt som Ersta Vändpunkten ser som en av sina angelägnaste uppdrag är att förmedla kunskap. För att bättre förstå tanken bakom självhjälpsgrupper finns det anledning att reflektera över hur denna kunskap uppstår och hur den sedan internaliseras och utvecklas. Genom att kunskapen förmedlas och skapas i gruppen kommer den till i ett speciellt socialt sammanhang och upprätthålls genom att deltagarna talar om sitt gemensamma problem (Karlsson 2002, s. 205).

Den socialt konstruerade kunskapen har sin grund i antagandet att människan konstruerar sin verklighet och därigenom förstår dem. Karlsson hänvisar i sin avhandling till Berger och Luckman (1966). Deras syn på kunskap är att verkligheten beskrivs som en kvalitet som inte styrs av vår egen vilja eftersom vi inte kan bortse från den. Vi tolkar den dock och ger den en mening. På detta sätt kan det finnas flera sätt för oss att betrakta verkligheten. När dessa tolkningar och sätt förstå verkligheten blivit vedertagna och delade av fler människor har dessa enligt Berger och Luckman institutionaliserats. Exempelvis kan det innebära att den syn man har inom AA på alkoholism som sjukdom är institutionaliserad kunskap (Karlsson 2002, s. 206).

Hur går det då till när kunskapen i en självhjälsgrupp institutionaliseras? Berger och Luckman (1966) menar att enskilda individer inte kan skapa en institution. För att en sådan skall skapas krävs ett språk och ett socialt sammanhang. En institutionalisering kommer till stånd när ett visst agerande blir en speciell typ av handlande och så småningom en vana (Karlsson 2002, s. 207). Många självhjälsgrupper och då speciellt sådana som har anknytning till tolvstegsprogrammet utgår från vissa typer av handlande (ritualer) och vanor.

Enligt Berger och Luckman kommer en institution att behöva legitimeras för att kunna fortleva. För att åstadkomma detta krävs enligt Karlsson fyra strategier:

1. Motivationen för institutionen läggs i språket. I självhjälsgruppen kan orden ”den gemensamma förståelsen” eller ”andlighet” endast legitimeras genom att dessa begrepp finns och att man benämner dem.
2. Ordspråk och talesätt som används. Det har fördelen att alla kan lär sig dem och att de kan användas som erfarenhet att förmedla till andra. Ett exempel är de tolv stegen som kan fungera på detta sätt. Här handlar det även om hur olika grupper talar om sig själva, med hjälp av olika talesätt och berättelser, exempelvis för att beskriva vägen till att bli en nykter alkoholist.
3. Avancerad teoretisk kunskap krävs. Denna strategi för att legitimera och levandehålla kunskap är mer utvecklad. Här handlar det om att ge mer underbyggda motiv till varför saker görs som de görs. Ibland kan praktikerkunskapen i självhjälsgruppen ställas mot expertkunskapen. Inom självhjälsgrupperna med anknytning till tolvstegsmodellen tar man gärna till sig teoretisk kunskap som anknyter till deras syn på hur alkoholism uppstår (sjukdomsbegreppet).
4. Den sista strategin handlar om att skapa sig ett symboliskt universum. Här rör det sig om ett system som rymmer en uppsättning av institutioner som relaterar till varandra och ger en gemensam världsbild, det kan exempelvis utgöra samhällets värderingsgrund. Självhjälsgrupperna befinner sig i detta symboliska universum genom att de existerar i det svenska samhället, detta samhälle legitimerar institutioner som baseras på vetenskaplighet. Självhjälsgrupperna som institution legitimerar sig med en kunskap som är mer enkel och pragmatisk och som baseras mer på berättelser och direkt erfarenhet och därför till viss mån är oberoende av experter (Karlsson 2002, s. 208 - 209).

Att dela upp kunskap i professionell och icke-professionell är relativt vanlig. Karlsson (a.a. sid 217) hänvisar till Borkman (1976) som beskriver tre kunskapsstyper: den professionella kunskapen, lekmannakunskapen och den erfarenhetsbaserade kunskapen. Den sistnämnda

är en icke-professionell kunskap baserad på personens egen erfarenhet av en specifik situation. Denna kunskap handlar om "här och nu" och är pragmatisk, holistisk och konkret. Borkman menar att det är denna kunskap som är kärnan i självhjälpsgruppernas arbete. I dessa grupper sker en erfarenhetsbaserad inläring, och styrkan ligger i att deltagarna kan utveckla och omsätta dessa kunskaper och tillämpa dem i sitt eget liv. I väl utvecklade självhjälpsgrupper kan dessa kunskaper väl mäta sig med den professionella och ibland få rebelliska drag gentemot denna (a.a. s. 218).

Ser man till det konkreta arbetet i självhjälpsgrupperna används både professionell kunskap och erfarenhetsbaserad kunskap sida vid sida utan att de konkurrerar med varandra. I stället blir de komplementära och deltagarna kan använda sig av den kunskap som de anser som mest lämpad.

Dessa perspektiv på kunskap skulle kunna användas i en delstudie i hur kunskapen förmedlas och används i vuxenprogrammet på Vändpunkten genom både intervjuer och deltagande observationer. Ser man till de tre olika teoriavsnitten så finns det beröringspunkter som handlar om hur man förmedlar kunskapen så att man kan uppnå den allians som Frank talar om. Här finns även kopplingar mellan kunskap och gemenskapen kring de ritualer och förhållningssätt Frank framhåller. Kunskap tillsammans med alliansbildning och gemenskap kan ge kopplingar till känslan av sammanhang, KASAM, och dess komponenter begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Detta öppnar möjligheten att använda dessa tre ev. samspelande teorier i en triangulering och att i delstudierna närma sig undersökningsfrågorna från dessa olika teoretiska utgångspunkter.

Livskvalitet

En viktig ingrediens i vuxenprogrammet är att höja deltagarnas livskvalitet. Vad är då livskvalitet och hur mäter man den? Livskvalitet har i dag blivit lite av ett modeord och används olika för olika individer och kan eventuellt ses som ett alternativ till välfärdsbegreppet som är mer fokuserat på materiella villkor. Livskvalitet definieras som något positivt och är kopplat till individens egen självuppfattning. Begreppet knyts därför sällan till samhället. Samhället kan möjligen vara en orsaksvariabel till individens möjligheter till att odla sin livskvalitet (Hessle, Wåhlander 2000, s. 31).

Naess har i sin doktorsavhandling om gifta kvinnors livskvalitet definierat fyra variabler för livskvalitet (a.a. s. 31):

1. Aktivitet – som engagemang, insats, självrealisering och grad av frihet.
2. Sociala relationer – nära förhållanden och vänskap.
3. Självbild – självsäkerhet, självacceptans.
4. Grundstämning – upplevelser, trygghet och glädje.

Utifrån dessa fyra variabler menar Naess att hög livskvalitet är den psykologiska upplevelsen av att vara aktiv, att känna samhörighet, att ha hög självkänsla och att ha en grundstämning av glädje (a.a. s. 31).

Kajandi har utvecklat Naess definition av livskvalitet och tagit större hänsyn till sociala aspekter. Detta innebär att hans definition både innefattar sociala och psykologiska delar.

Kajandis livskvalitetsmätningar blir då särskilt intressant för det sociala arbetet utifrån ett psykosocialt synsätt. Kajandi har delat in livskvalitet i tre olika områden som innefattar olika faktorer:

1. Yttre livsvillkor – boende, arbete, ekonomi.
2. Mellanmänniska relationer – närrelationer, parrelationer, familjerelationer.
3. Inre psykologiska förhållanden – engagemang, energi, självförverkligande, frihet, självsäkerhet, självacceptans, känslomässigt innehåll, trygghet och glädje.

Kajandis metod för mätning av livskvalitet innefattar två manualer, en som intervjupersonen fyller i och en som intervjuaren fyller i. Detta innebär att det finns möjlighet att jämföra livskvalitetsbedömningar utförda av både respondenten och en annan person, med andra ord kan både en subjektiv och objektiv bedömning göras. Tidigare forskning har visat att man vid subjektiva mätningar ofta överskattar den egna livskvaliteten (a.a. s . 32).

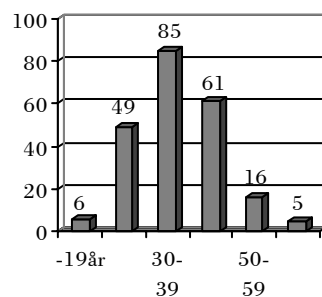
I den här analysen så kommer jag inte att använda mig av den här definitionen av eller mätningen av livskvalitet. I stället återkommer jag till livskvalitetsundersökning som en möjlig komponent i ett bredare forskningsprojekt.

RESULTATREDOVISNING

Bakgrundsvariabler

I urvalet av enkätundersökningen är det 222 personer som svarat på någon av enkäterna, 193 kvinnor och 29 män (se diagram 1). Ser man till åldern så är gruppen 30 - 39 år störst med 37 % av deltagarna.

Diagram 1. Deltagarnas ålder - antal



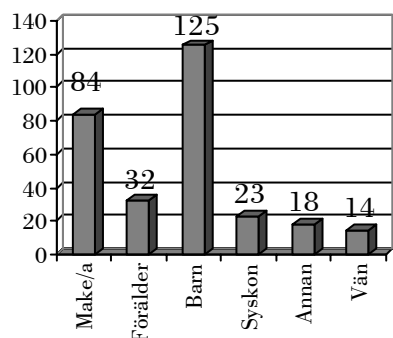
De flesta av respondenterna arbetar, 72 personer inom ett yrke av social eller medicinsk karaktär. Andra yrken som hade relativt många utövare var kontorsyrken, 26 personer, och pedagogiskt inriktade yrken som 20 personer utövade. De flesta av de tillfrågade arbetar inom kvinnodominerande yrken vilket naturligtvis har sin förklaring i att en stor majoritet av de tillfrågade är kvinnor. 40 respondenter studerade vid ifyllandet av enkäten.

Endast två personer fyllde i att de var arbetslösa. Här kan det dock finnas ett mörkertal, då flera av respondenterna troligtvis fyllt i sin titel som ev. grundar sig i den utbildning de har.

När det gäller ett försök till socioekonomisk indelning så har gruppen som helhet en hög utbildningsnivå. 45 % av de yrkesverksamma har ett yrke som troligtvis krävt en utbildningsnivå som motsvarar högskolestudier. Detta kan jämföras med SCB:s statistik, där andelen av befolkningen som har högskolestudier är ca 26 % av befolkningen.

Ser man till relationen till missbrukaren så har närmare hälften av respondenterna en bakgrund som barn till den beroende (se diagram 2). Flera av respondenterna har här flera relationer. Det innebär att det i denna bakgrundsvariabel finns fler svar än individer. Gruppen som har två eller fler relationer består av 28 individer vid första enkäten. De flesta grupperingar består av enstaka individer. De två största grupperingarna var vid första enkäten Make/maka/sambo och barn med 13 individer och Barn och syskon med sju individer.

Diagram 2. Den anhöriges relation till missbrukaren - antal

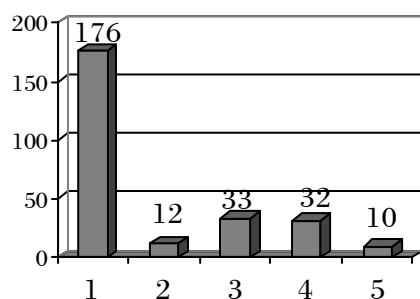


Det klart dominerande skälet till att ta kontakt med Ersta Värdpunktens vuxenprogram var den egna förtvivlan och behovet av hjälp (se diagram 3). Även här har flera av respondenterna angivit fler svar:

1. Egen förtvivlan och eget behov av hjälp 176 svar
2. Önskan att kunna hjälpa missbrukaren 12 svar
3. Rekommendation 33 svar
4. Påtryckning från vänner och anhöriga 32 svar
5. Information från tidning eller TV 10 svar

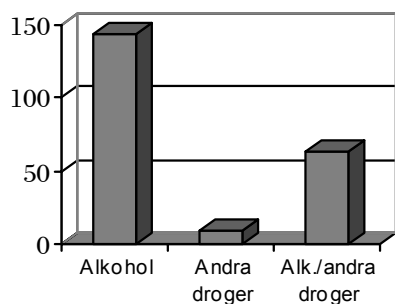
När det gäller de som angivit fler svar så var de största grupperna vid första enkäten egen förtvivlan/behov av hjälp och påtryckning med 16 individer och förtvivlan/behov av hjälp och rekommendation med 14 individer samt egen förtvivlan/behov av hjälp och önskan att hjälpa missbrukaren med åtta individer.

Diagram 3. Skäl till kontakt med vuxenprogrammet - antal



Av de 226 enkätsvaren svarade 144 personer att missbrukarens beroende var relaterat till alkoholen, tio att andra droger dominerade och 64 att den beroende var blandmissbrukare (se diagram 4). Åtta personer svarade inte på frågan.

Diagram 4. Typ av beroende - antal



Jämför man denna undersökning med den som genomfördes 1991 finns det inga anmärkningsvärda skillnader vad gäller deltagarnas kön och de droger den beroende använt. Däremot har respondenternas ålder sänkts i denna undersökning; tidigare dominerade gruppen 40–49 år, nu är den största åldersgruppen 30–39 år. Den mest anmärkningsvärda förändringen är relationen till missbrukaren. I de två första undersökningarna var gruppen maka, make, sambo i klar majoritet. I denna undersökning dominerar gruppen vuxna barn till missbrukare. Sammanfattar man dessa bakgrundsvariabler kan den genomsnittlige deltagaren i vuxenprogrammet beskrivas som en medelålders kvinna verksam i ett yrke som kräver studier på gymnasienivå och ev. på högskola. Hon är ett vuxet barn till en missbrukare och hon sökte sig till vuxenprogrammet på grund av sin egna förtvivlan och sitt egna behov av hjälp med sin problematik.

Vuxenprogrammets betydelse för den vuxne anhörige

Under detta avsnitt kommer jag att redovisa vad programmet har betytt (fråga 3, se bilaga) för respondenterna och hur det påverkat deras livssituation (fråga 12, se bilaga).

Man har frågat efter följande effekter av vad vuxenprogrammet betytt för respondenten:

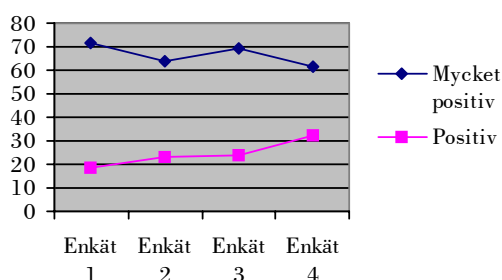
- Ökad kunskap och insikt.
- Bättre förhållanden till missbrukaren.
- Bättre förhållande till övriga familjemedlemmar.
- Bättre eget liv.
- Kontakt med andra i samma situation.

Skalan i denna fråga är femgradig där fem står för högsta positiva betydelse för individen och där ett är lägsta värdet. Enligt personalen på vuxenprogrammet finns det en risk att den femgradiga skalan missuppfattats och att därför vissa respondenter vänt på svaren. Jag har försökt att utröna detta genom att gå igenom svaren. Det är svårt att utläsa något klart. Det troliga är att det är ett fåtal som missuppfattat skalan vilket förhoppningsvis innebär att det inte påverkar resultatet i någon nämnvärd utsträckning. Från år 2001 är skalan förändrad till omvänd sifferföljd.

När det gäller ökad kunskap och insikt så har det för 72 %, 139 personer, haft en mycket hög positiv betydelse. För 19 %, 36 personer har det haft en positiv betydelse (se diagram 5).

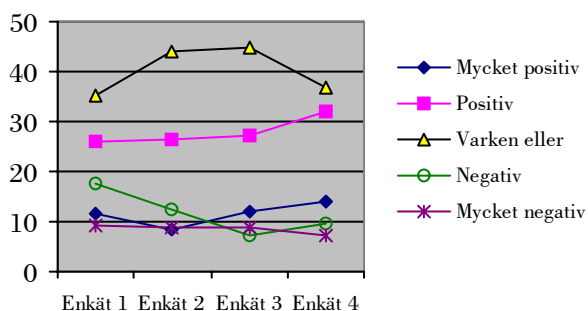
Tio av respondenterna upplever det som varken positivt eller negativt. Endast sju personer svarar att vuxenprogrammet inte haft någon betydelse för utvecklingen av deras kunskap och insikt. Jämför man denna första enkät med de tre andra så är de flesta fortfarande positiva. Dock sker en glidning från mycket positiv till positiv. I den fjärde enkäten svarar 61 %, 92 personer, att det haft en mycket hög positiv förändring av ökad kunskap och insikt. För 32 %, 48 personer, har det haft en positiv betydelse.

Diagram 5. Ökad kunskap och insikt - procent



Om förhållandet till missbrukare, svarar 12 % av respondenterna att vuxenprogrammets betydelse varit mycket positiv för detta. 26 %, 44 personer svarar att det varit positivt och den största gruppen, 35 %, 60 personer, svarar varken positivt eller negativt. 18 %, 30 personer, anser att vuxenprogrammet har betytt att de fått ett sämre förhållande till den beroende och 16 personer, 9 %, anser att det inneburit ett mycket negativt förhållande till missbrukaren. När det gäller övriga enkäter har respondenternas svar varit konstanta. En viss förändring kan man se hos de som svarat negativt genom att denna grupp har minskat med en liten ökning vid sista enkäten.

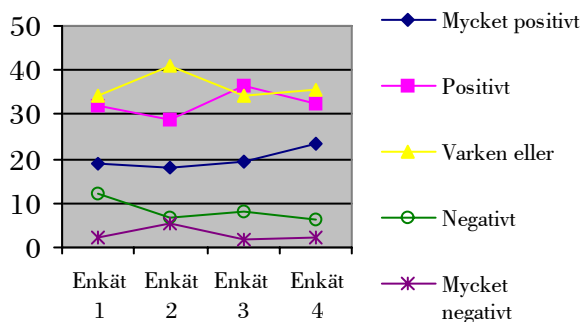
Diagram 6. Förändring av relationen till missbrukaren - procent



Tittar man sedan på relationen till övriga familjemedlemmar kan man utläsa ungefär samma tendenser som relationen till missbrukaren (se diagram 7). I den första enkäten svarar 19 %, 34 personer, att vuxenprogrammet betytt att de fått en mycket positiv relation till övriga familjemedlemmar. 32 %, 58 personer, har en positiv relation till familjemedlemmarna. Även här är

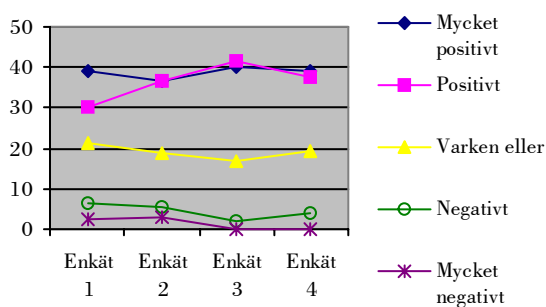
gruppen som svarar varken eller störst, 34 %, 62 personer. 12 %, 22 personer, upplever att programmet inverkat negativt på relationen och 4 personer har svarat, mycket negativt. I jämförelse med förra frågeställningen är andelen som svarat negativt färre i denna. Även här har svaren hållit sig konstanta i alla fyra enkäter.

Diagram 7. Förändring av relationen till övriga familjemedlemmar



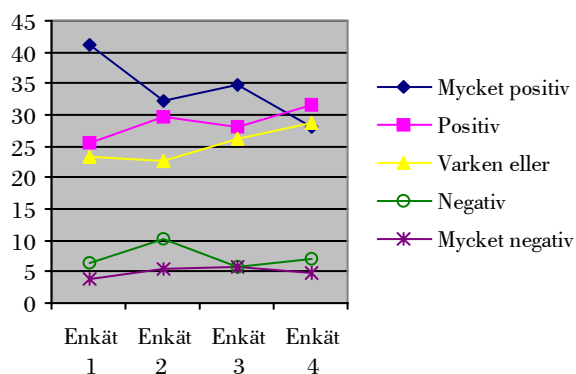
Om programmets betydelse för att deltagarna skall få ett bättre liv (se diagram 8) så svarar 39 %, 75 personer, att det haft en mycket positiv betydelse. 30 %, 58 personer, anser att det haft en positiv betydelse. 21 %, 41 personer, svarade att programmets betydelse varken var positiv eller negativ. 12 personer ansåg att programmets betydelse var negativ, och fem att den var mycket negativ. Ser man till alla fyra enkäterna så har andelen som ansåg att programmet haft negativ betydelse för deras eget liv minskat betydligt: efter 12 månader svarade tre personer negativt och efter 18 månader sex personer. I övrigt var svaren relativt konstanta över tid.

Diagram 8. Programmets betydelse för ett bättre liv - procent



Vad har då programmet betytt för kontakten med andra i samma situation? För 41 %, 78 personer, har det haft en mycket positiv betydelse (se diagram 9). För 25 %, 48 personer, har det haft en positiv betydelse. För 38 personer, 23 % har det varken haft positiv eller negativ betydelse. För 12 personer har det haft negativ betydelse och för sju mycket negativt. Granskar man enkäterna över tid finns det en viss förändring/modifiering av svaren från mycket positivt till positivt. Dessutom ökar andelen som svarat varken positivt eller negativt över tid. De som svarat negativt alternativt mycket negativt varierar men är relativt konstant.

Diagram 9. Programmets betydelse för kontakten med andra - procent



Fråga 12 behandlar den anhöriges livssituation och den eventuella förändring av denna efter genomgången program. Följande faktorer fick de tillfrågade ta ställning till:

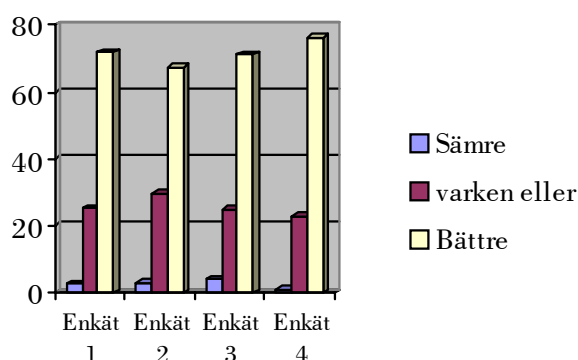
- Arbete.
- Närvaro på arbetet.
- Egen livskvalitet.
- Förmåga att hantera problem.
- Förhållandet till missbrukaren.
- Förhållandet till övriga familjemedlemmar.
- Förhållandet till vänner.
- Skuld och skamkänslor.

I enkäten uppmanades respondenterna att svara sämre, bättre eller med egna ord. Respondenterna har tack vare denna frihet svarat på en mängd olika sätt. Jag har tillsammans med den person som hjälpte mig med datainmatningen fått göra en tolkning av deras svar och använt variablerna mycket sämre, sämre, varken bättre eller sämre, bättre och mycket bättre. Vid utskriften av frekvenstabellerna för de olika faktorerna visar det sig att det är få som kan placeras in under mycket sämre respektive mycket bättre, de flesta har uttryckt sig mer modifierat. I resultatredovisningen används därför endast variablerna sämre, varken bättre eller sämre och bättre. Då utvärderaren fått göra en tolkning av de flesta svaren har det naturligtvis påverkat objektiviteten.

De svar som inte kunnat tolkats rapporteras som bortfall. I en utökad studie bör det göras ett mer ingående tolkningsarbete av svaren på denna fråga, vilket skulle vara alltför tidsödande i denna förstudie. Dock bör det nämnas att bortfallet inte är så stort att det påverkar resultatet i någon nämnvärd grad. I detta svårtolkade bortfall kan man ändå se tendenser till att de flesta svaren skulle placeras under variablerna bättre alternativt varken bättre eller sämre. När det gäller faktorn arbete så varierar bortfallet mellan 27 – 29 % för de fyra enkäterna (se diagram 10). För dem som svarat på frågan framkommer det att det varit svårt att förstå för de

tillfrågade vad som menas med denna faktor. Frågas det efter hur respondenten fungerar på arbetet? Handlar det om att klara av arbetet överhuvudtaget? Har man lyckats bryta mönster av sjukskrivning och arbetslöshet? För svaren som går att tolka anser en stor majoritet av respondenterna att de fått en bättre livssituation beträffande arbete. Vid första enkäten svarade 72 %, 102 personer, att så var fallet, denna siffra var relativt konstant i samtliga enkäter. Efter 18 månader svarade 76 %, 84 personer, att livssituationen förbättrats när det gäller faktorn arbete. Gruppen som ansåg att livssituationen varken förbättrats eller försämrats var som störst efter sex månader, d.v.s. 30 %, 38 personer. Lägsta siffran 23 %, 25 personer, var efter 18 månader. Endast mellan en och fyra av de som svarade på frågan ansåg att livssituationen kopplad till arbete försämrats.

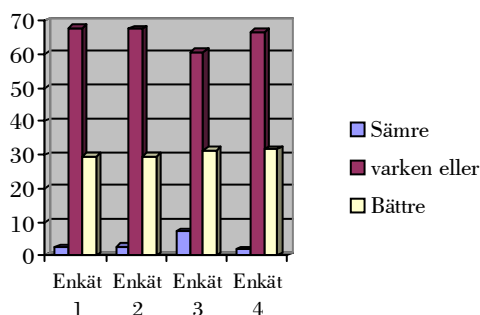
Diagram 10. Den anhöriges livssituation i förhållande till arbete - procent



En annan faktor kopplad till den tidigare frågeställningen är närvaron på arbetet. Här ser svaren inte ut på samma sätt som för den mer övergripande faktorn, arbete. Här svarade majoriteten att närvaron inte påverkats (se diagram 11). Som mest svarade 68 %, 85 personer (enkät 1), att livssituationen beträffande denna faktor var varken bättre eller sämre efter programmet. Efter 12 månader sjönk denna variabel med sju procentandelar för att vid nästa enkät öka med sex procentandelar. Den gruppen som svarade att livssituationen förbättrats har varit relativt konstant över alla fyra enkäterna. Variationen låg mellan 29 och 31 %. Även r denna faktor var det endast mellan en och tre personer som ansåg att närvaron på arbetet försämrats.

Bortfallet för denna faktor varierade mellan 12 -14 % för de fyra enkäterna.

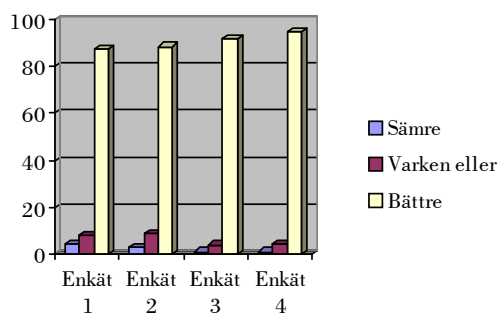
Diagram 11. Den anhöriges livssituation när det gäller närvaro på arbetet - procent



Begreppet livskvalitet kan vara svårt att definiera. Begreppet är vitt och kan delvis ses som en summa av de övriga faktorerna som tas upp beträffande livssituationen. Bortfallet är dock inte anmärkningsvärt stort, mellan 11 och 14 %, vilket i och för sig kan motsäga svårigheterna för respondenterna att tolka och svara på denna fråga.

Livskvaliteten har för en stor majoritet av de tillfrågade förbättrats (se diagram 12). Efter tre månader upplevde 88 %, 147 personer, att de fått en högre livskvalitet. Livskvaliteten ökade successivt och vid den fjärde enkäten efter 18 månader hade 95 %, 128 personer av de tillfrågade, en förhöjd livskvalitet. Gruppen som ansåg att deras livskvalitet varken förbättrats eller försämrats varierade mellan fyra och sju %. Tre månader efter det att programmet avslutats ansåg sju personer att deras livskvalitet försämrats. Vid de två sista enkäterna var det endast en person som gjorde denna bedömning.

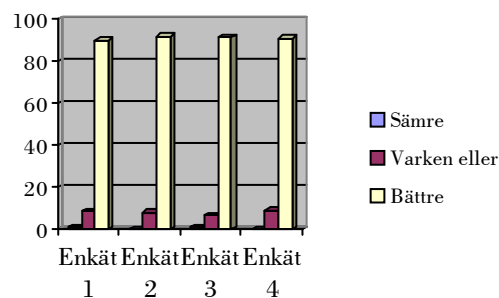
Diagram 12. Den anhöriges livssituation när det gäller livskvalitet -procent



När det gäller att hantera problemen (coping) med att vara anhörig till en missbrukare så har en påfallande hög andel av de som svarat på frågan en bättre livssituation i förhållande till denna faktor. Efter tre månader hade 90 %, 158 personer, en bättre förmåga att hantera sina problem än innan de genomgått programmet. Denna höga siffra höll sig på ungefär samma procentandel i alla fyra enkäter. Gruppen som bedömde att deras förmåga att hantera problemen varken blivit bättre eller sämre varierade mellan 10 och 15 personer. Tre personer uttryckte efter tre månader att de hade en sämre förmåga att hantera problemen än innan programmet.

Bortfallet för denna faktor varierade mellan 10 och 12 % i de fyra enkäterna.

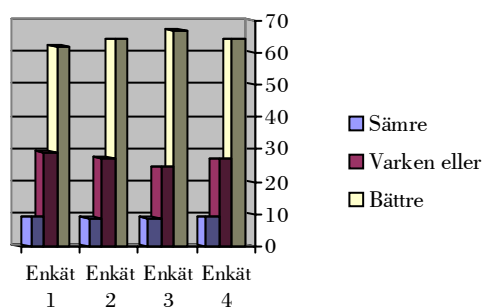
Diagram 13. Den anhöriges livssituation när det gäller hantering av problem - procent



De anhörigas förhållande till den beroende har efter tre månader blivit bättre för 61 %, 85 personer, av de som svarat på denna fråga (se diagram 14). Denna grupp är relativt konstant i alla fyra enkäter, med en ökning efter 12 månader med sex procentenheter. Andelen som svarat att det blivit varken bättre eller sämre efter programmet vaar efter tre månader 29 %, 49 personer, och var som lägst efter 12 månader, 24 %. De som upplevde att de fått ett sämre förhållande till den beroende var 9 % av de svarande i alla fyra enkäter.

Bortfallet under denna frågeställning var relativt stort, mellan 21 och 30 %.

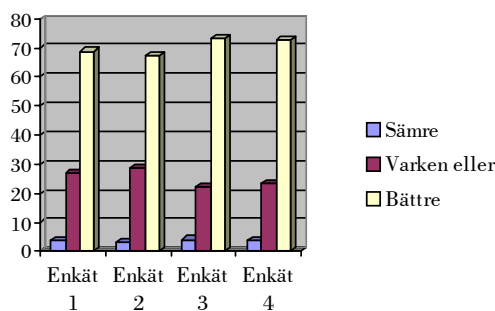
Diagram 14. Den anhöriges livssituation när det gäller förhållandet till den beroende



En klar majoritet av de anhöriga hade en bättre relation till sina övriga familjemedlemmar efter programmet (se diagram 15). Efter tre månader bestod denna grupp av 69 %, 110 personer av dem som svarat. En liten ökning kunde skönjas över tid, efter 12 och 18 månader ansåg 73 % att de fått en bättre relation till övriga familjemedlemmar. De som varken förbättrat eller försämrat denna relation bestod efter tre månader av 43 personer, 27 % av de som svarat. Mellan fem och sex personer har försämrat sin relation till övriga familjemedlemmar.

Bortfallet i denna frågeställning varierade mellan 15 och 18 %.

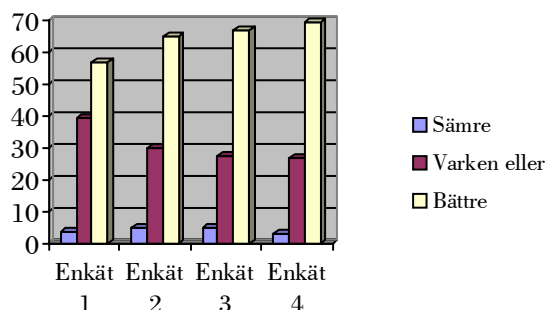
Diagram 15. Den anhöriges livssituation när det gäller förhållandet till övriga familjemedlemmar



Ser man till den anhöriges förhållande till sina vänner så ser bilden något annorlunda ut. Fortfarande är gruppen som anser att förhållandet till denna faktor blivit bättre i majoritet. Efter tre månader svarade 57 %, 85 personer, att relationen blivit bättre. Här sker dock en successiv ökning som stannar på 13 procentenheter efter 18 månader. De personer som varken förbättrat eller försämrat denna relation bestod efter tre månader av 59 personer, 30 %. Denna grupp minskade successivt och bestod efter 18 månader av 21 % av dem som svarat. Mellan fyra och sex personer svarade att de försämrat sin relation till sina vänner efter programmet.

Bortfallet i denna frågeställning varierade mellan 17 och 23 %.

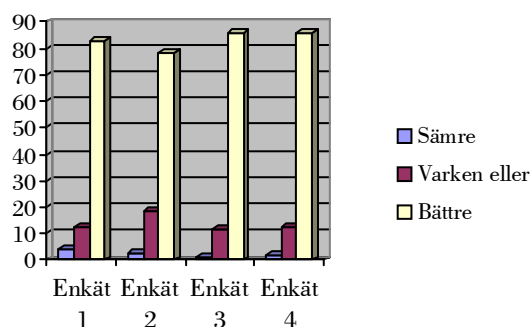
Diagram 16. Den anhöriges livssituation när det gäller förhållandet till vänner



En av de centrala komponenterna i vuxenprogrammet är att bearbeta de skuld- och skamkänslor som de anhöriga i många fall bär på. Tre månader efter det att programmet avslutats ansåg 83 %, 117 av dem som svarat, att deras skuld och skamkänslor minskat. (se diagram 17) Dessa siffror höll sig relativt konstanta genom alla enkäterna; efter 18 månader svarade 86 % av respondenterna att livssituationen höjts beträffande denna faktor. När det gäller gruppen som varken förbättrat eller försämrat livssituationen beträffande sina skuld- och skamkänslor så bestod den efter tre månader av 13 %, 18 personer av de svarande. Efter sex månader bestod denna grupp av 18 % för att vid tredje och fjärde enkäten stanna vid 12 %. Sex personer svarade efter tre månader att de försämrat sin livssituation beträffande denna faktor. Vid den sista enkäten svarade endast två personer detta.

Bortfallet i denna frågeställning varierade mellan 24 och 28 %.

Diagram 17. Den anhöriges livssituation när det gäller skuld- och skamkänslor



Den anhöriges upplevelse av programmets olika delar

Under detta avsnitt kommer jag att redovisa respondenternas syn på programmets olika delar (fråga 4 se bilaga) och hur de ser på ledarnas insatser (fråga 5 se bilaga).

För att få svar på hur de anhöriga upplevt själva programmet, frågar man efter hur respondenterna värderar följande komponenter i programmet:

- Lektionerna
- Gruppsamtalen
- Personligt samtal med ledaren
- Gruppgemenskapen
- Filmerna och videon
- Annat

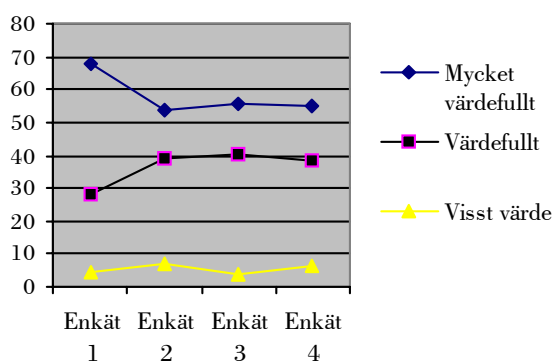
Dessutom frågar man efter andra komponenter. Här har inte alla respondenter värderat svaren. Jag kommer därför att redogöra för de som jag tolkat som de viktigaste svaren. Slutligen frågar man efter om de tillfrågade är nöjda/missnöjda med ledarnas insatser.

Som tidigare nämnts är det pedagogiska inslaget i vuxenprogrammet mycket viktigt. Under sammankomsterna används 30 - 40 minuter som lektionstid. Dessa lektioner följer vissa teman som exempelvis:

- Fysiska konsekvenser vid kemiskt beroende
- Medberoende
- Roller i familjen
- Kommunikation
- Skuld, skam och sorg
- Kontroll, rädsla, gränser
- Affirmationer (bekräftelse)
- Andlighet

När det gäller värderingen av dessa lektioner svarade vid första enkäten 68 %, 130 personer, att de var mycket värdefulla (se diagram 18). 28 %, 54 personer, ansåg att lektionerna var värdefulla. Endast åtta personer uttryckte att lektionerna endast hade ett visst värde. Ingen av de tillfrågade ansåg dessa som onödiga. I de övriga tre enkäterna förändras svaren på så sätt att de som svarat mycket värdefullt blev färre och gruppen som ansåg lektionerna som värdefulla ökade. Vid enkäten efter 18 månader ansåg 55 % att lektionerna var mycket värdefulla.

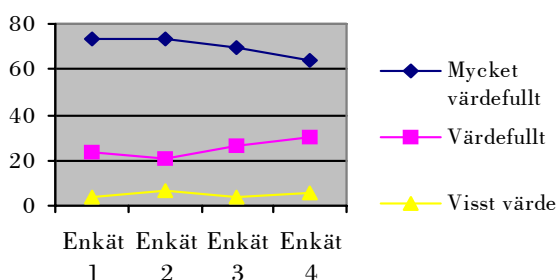
Diagram 18. Värdering av lektioner - procent



När lektionerna/föreläsningarna avslutats vidtar nittio minuters gruppsamtal. Som tidigare nämnts bygger denna på interaktion, vilket innebär att man skall identifiera och förändra sin situation tillsammans med andra individer med liknande erfarenheter. I gruppsamtalen där man delar sig i två grupper bearbetar man informationen från lektionerna. Gruppdeltagarna har även möjlighet att dela med sig av sina erfarenheter, och genom detta kan förhoppningsvis gemenskap och hopp utvecklas.

I den första enkäten så anser hela 73 %, 14 personer, att gruppsamtalen är mycket värdefulla (se diagram 19). 23 %, 45 personer, anser att denna komponent är värdefull och endast sju av respondenterna anser att gruppsamtalen har ett visst värde. Ser man till alla fyra enkäterna sker det en viss glidning från mycket värdefullt till värdefullt. Efter 18 månader så anser 67 %, 96 personer av de tillfrågade, att gruppsamtalen är mycket värdefulla. 31 %, 46 personer, såg dessa som värdefulla. Det som går att utläsa är att det sker förändringar över tid, och att respondenterna inte svarar mekaniskt även om svaren i de flesta fall är stabila över tid.

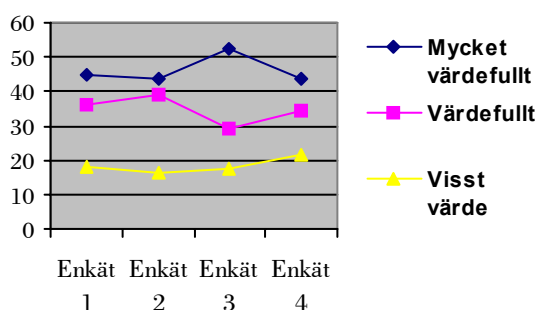
Diagram 19. Värdering av gruppsamtal - procent



Vid två tillfällen har gruppledaren ett personligt samtal med varje gruppmedlem. Tanken med dessa är att man skall skaffa sig ömsesidig information om att personen har hamnat i rätt verksamhet. Det andra samtalet sker mitt i terminen och skall ge möjlighet för gruppdeltagaren att ta upp frågor som är svåra att behandla i gruppen.

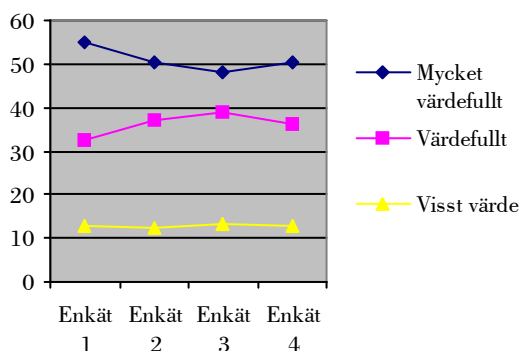
I första enkäten efter tre månader svarade 45 %, 86 personer, att dessa samtal var mycket värdefulla (se diagram 20). 36 %, 69 personer, svarade att samtalen var värdefulla. 18 %, 35 personer, ansåg att det personliga samtalet hade ett visst värde. Två av respondenterna ansåg att samtalet var onödigt. I denna frågeställning var gruppens åsikter ganska konstanta över tid. Vid tredje enkäten efter 12 månader visade sig en ökning hos de som svarade att samtalen var mycket värdefulla till 53%. Vid de tre sista enkäterna ansåg endast en av de tillfrågade att samtalet var onödigt. Denna låga siffra redovisas därför inte i tabell 11.

Diagram 20. Värdering av personligt samtal - procent



Frågan om värdering av gruppgemenskap behandlar värderingen av den gemenskap som uppstår mellan deltagarna runtomkring själva programmet, vid fikapausen, umgänget efter själva grupptiden m.m. (se diagram 21). Vid första enkäten svarade 55 %, 105 personer, att gemenskapen var mycket värdefull, 32 % svarade att den var värdefull. 13 %, 24 personer, ansåg att den hade ett visst värde. Även i denna frågeställning var resultatet av svaren relativt konstant, också här fanns en avvikelse i enkät 3. Här var det 48 % som svarade att gruppgemenskapen var mycket värdefull och 39 % som såg den som värdefull. Endast en av de tillfrågade svarade vid enkät fyra att gruppgemenskapen inte hade något värde.

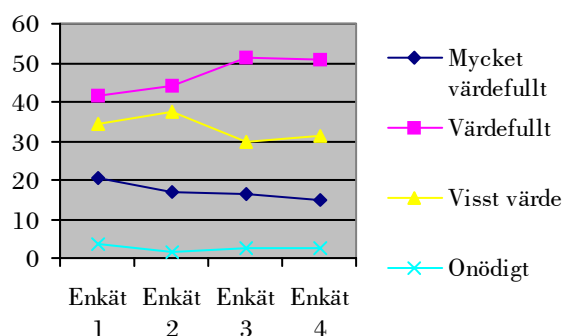
Diagram 21. Värdering av gruppgemenskapen - procent



Vid ett antal tillfällen används film/video som en komponent i programmet. Tanken med filmerna är att de skall fungera som stöd i processen att vilja och våga prata med andra som befinner sig i samma situation. Exempel på filmer är ”Staffan” som behandlar Jellinekkurvan (se avsnitt 3.3.1) och ”Soft is a heart of a child”, som behandlar barn till missbrukare.

Vid den första enkäten efter tre månader så svarade 21 %, 40 av respondenterna, att visningen av filmerna varit mycket värdefull. 42 %, 80 personer, ansåg visningarna som värdefulla och 34 %, 66 av de tillfrågade, ansåg att de hade ett visst värde. Sju personer ansåg att visningarna var onödiga. Ser man till tendenserna vid följande tre enkäter finns det en glidning i svaren från mycket värdefullt till värdefullt. Övriga svarsalternativ är relativt konstanta.

Diagram 22. Värdering av film eller video - procent



Under denna fråga hade respondenterna även möjlighet att redogöra för andra komponenter i programmet. Vissa respondenter har valt att värdera det man specificerat, andra har enbart kommenterat något ur programmet. Jag har därför bestämt mig för att redogöra för det som jag tolkat som viktigt för resultatet som helhet. Vid första enkäten valde 45 personer att kommentera denna fråga, vid andra 24 personer. Efter 12 månader och 18 månader gjorde 26 personer det. Ungefär en tredjedel av svaren kommenterade föreläsningarna och den mer pedagogiska delen av programmet. De flesta uppfattade flera av inslagen som mycket värdefulla, som exempelvis alkoholläkarens föredrag, den dramatiserade föreläsningen och livshistorien. Dessutom upplevde flera av de som svarat på denna fråga att gruppövningarna och rollspelen var mycket värdefulla. En av respondenterna upplevde dock dessa som onödiga. Några av de som svarat ansåg att det fanns för lite tid till arbete i smågrupper och för lite tid till varje tema.

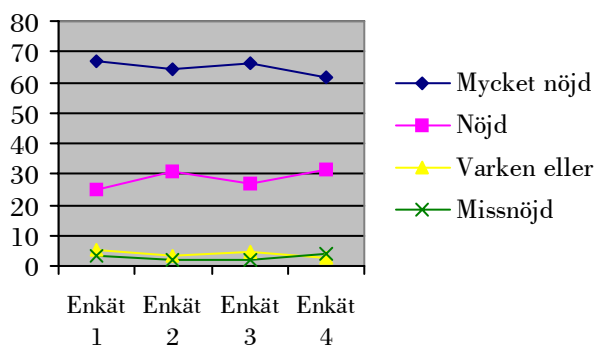
Knappt en tredjedel av de som svarat hade synpunkter på eller kommentarer angående gruppsamtalen och gruppdynamiken. Här dominerade svaren som uttalade känslan av att inte vara ensam, att få träffa andra som är i samma situation. Flera uttryckte även att tryggheten och atmosfären i gruppen var mycket värdefullt. Andra positiva komponenter som formulerades var gemenskapen mellan gruppdeltagarna efter programmet avslutats, spridningen på åldrarna i gruppen och att en av deltagarna ingått i en ren kvinnogrupp. En av deltagarna svarade att grupperna var onödigt stora, en annan att den kände sig kommenderad av den övriga gruppen.

Flera svar uttryckte att gruppledarnas roll var mycket värdefull, deras grundinställning och erfarenhet skapade trygghet. En av deltagarna ansåg att de förmedlat hopp och glädje. En annan att de skapat en kärleksfull och förstående atmosfär. Andra komponenter som de svarande sett som värdefulla var exempelvis tryggheten att få vara sig själv, att programmet skapat personlig

insikt och tillväxt och gett möjligheten att sätta värde på individen. Flera av respondenterna uttalade att värmen, atmosfären och andligheten var mycket värdefull. Programmet har även skapat en bättre förståelse för det egna beteendet och beroendeproblematiken. Några av deltagarna saknade dock en uppföljning från Vändpunktens sida, några uttryckte att programmet var något för kort. Andra kommentarer handlade om avsaknaden av dokumentation efter lektionerna och att andligheten borde skötas av en präst.

Den sista frågeställningen som rör hur gruppdeltagarna värderar programmet är en bedömning av ledarnas insatser (se diagram 23). Vid enkät ett var 67 %, 131 personer, mycket nöjda med gruppledarnas insatser, 25 %, 48 personer, var nöjda. Tio personer var varken nöjda eller missnöjda, och sex av de tillfrågade var missnöjda över gruppledarnas insatser. Jämförelsen med de tre övriga enkäterna visar att svaren är ganska konstanta över tid. En mindre förändring i förhållandet mellan mycket nöjd och nöjd kan dock utläsas. Vid den fjärde enkäten är 62 % fortfarande mycket nöjda och 32 % är nöjda med gruppledarens insats. Endast en personsvarade att hon var mycket missnöjd.

Diagram 23. Värdering av gruppledarens insats - procent



De missnöjda

De som uttryckt sitt missnöje hade möjlighet att ange ett skäl till detta. Jag väljer att redovisa de som jag tolkat som intressanta och relevanta. I vissa fall har även de som uttryckt sig nöjda i enkäten valt att ange missnöje med något specifikt. Ser man till det som uttrycks så kan man dela in detta i två huvudgrupper: missnöje med metodiken och missnöje med ledaren som person. När det gäller metodiken så kan det handla om lektionerna/föredragen.

- Filmerna var tråkiga och föredragen var för långa.
- Vissa lektioner var dåligt förberedda. Ingen tydlighet.
- Lite långdraget ibland och lite väl diktatoriskt.
- Ett par kommentarer handlade om avsaknaden av terapeutisk påverkan.
- Önskar fler terapeutiska samtal.

- Föredragit mer terapeutisk medverkan/påverkan av ledarna i gruppen.
- Mer psykoterapi.
- Några lyfte även fram svårigheter med att hantera gruppdynamiken.
- Svårigheter med att hantera gruppens olika behov....
- Svårt att hålla tider för gruppen.
- Skulle vilja blivit mer bemött i gruppsamtalen för att *få hjälp att tänka om*.
- Några lyfte fram ett missnöje med det individuella perspektivet.
- Bristande insikt i hur man hanterar individen med denna problematik.
- Det personliga samtalet kändes utslätat och utan substans.
- Hade större förväntan på det personliga samtalet.
- Jag kände mig inte sedd.

Minnesotamodellen ligger ju som tidigare nämnts som en grundsten för verksamheten. Detta hade några av respondenterna kritiska tankar kring och då med utgångspunkt från ensidigheten i förhållande till andra metoder.

- Jag känner mig missnöjd med dömandet av andra terapiformer som värdelösa.
- Generellt föraktfullt om andra terapiformers värde.
- Hallelujastämning till tolvstegsprogrammet. Nedlåtande och fördömande av andra tillfriskningsvägar än tolvstegsprogrammet.
- Några av respondenterna hade synpunkter på ledarna som person.
- Fann ej den tyngd och trygghet jag förväntar mig av en terapeut.
- En av ledarna var lynnig och missnöjd med oss, otäck stämning.
-svårt att möta andra problem än missbruket.
- Önskade mer feedback från ledaren och mer diskussion vid det personliga samtalet.

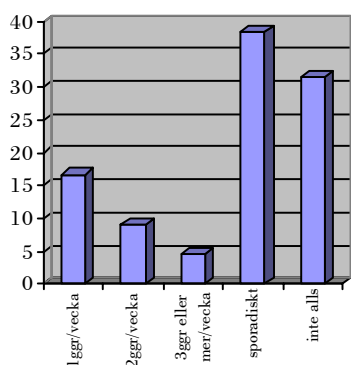
Det missnöje som framkommer rör mest centrala tankar kring behandlingsmodellen, det finns hos några individer en önskan om att programmet bör vara mer terapeutiskt inriktat och att tolvstegsmodellen som ideologisk bas var det enda som erbjöds. De förväntningar på det personliga samtalet som inte infriats hos några av deltagarna kan även vara ett uttryck för ett behov av mer terapeutiskt inriktade samtal.

Den anhöriges kontakt med och behov av självhjälpgrupper och andra typer av stöd

Under detta avsnitt kommer jag att redovisa hur frekvent respondenterna använder sig av självhjälpgrupper före och efter det att de genomgått vuxenprogrammet (fråga 6, 7 se bilaga). Dessutom redovisas eventuellt behov hos de tillfrågade av ytterligare stöd och hjälp (fråga 8, 9 se bilaga). När det gäller redovisningen av användandet av självhjälpgrupper före programmet redovisar jag enbart resultaten från enkät 1. När det gäller nyttjandet efter programmet redovisar jag ev. förändringar över tid.

69 % av de som svarat på frågan hade vid något tillfälle deltagit vid självhjälpsmöten före programmet (se diagram 24). Av dessa hade 17 %, 26 personer, varit närvarande en gång per vecka, 9 %, 14 personer, hade deltagit två gånger i veckan och sju st. tre gånger eller mer per vecka. 39 %, 60 personer, hade deltagit sporadiskt vid självhjälpsmöten. 31 %, 49 personer, hade inte gått alls. Nämnas bör att 39 av respondenterna valde att inte svara på frågan över huvud taget.

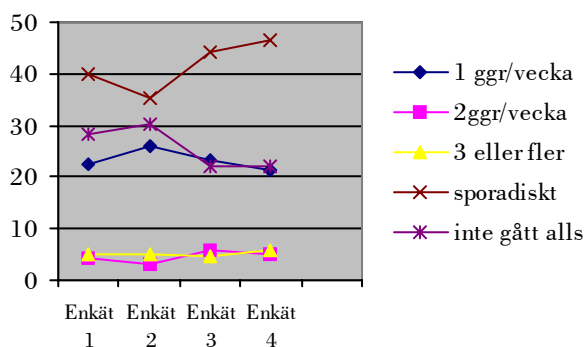
Diagram 24. Närvaro självhjälpsgrupper före programmet - procent



Det har inte skett någon anmärkningsvärd förändring av respondenternas närvaro på självhjälpsmöten efter det att programmet avslutats (se diagram 25). Det kan dock skönjas en viss ökning hos den grupp som gått en gång i veckan. Gruppen som gått två gånger har minskat med ca 5 procentandelar. Den något större förändringen har skett i gruppen som besöker självhjälpsmöten sporadiskt. 39 % besökte självhjälpsmöten innan de gick in i programmet; 18 månader efter det att de avslutat vuxenprogrammet besöker 47 % självhjälpsmöten sporadiskt.

Sammanfattningsvis visar det sig att 69 % av de som svarade använde sig av självhjälpsmöten innan programmet. 18 månader efter det att programmet avslutats besöker 79 % av de som svarat olika typer av självhjälpsmöten.

Diagram 25. Närvaro självhjälpsgrupper efter programmet - procent



Använder sig de tillfrågade av annan behandling efter programmet? Efter tre månader svarar 22 %, 42 personer att de använder sig av annan behandling förutom självhjälpsgrupper. Efter

18 månader har denna grupp ökat till 40 %, 60 personer. Ser man till vilken typ av behandling respondenterna använt sig av, använde sig ca 15 % av någon annan behandlingsmetod kopplad till tolvstegsprogrammet. I övrigt bestod andra behandlingsmetoder av kontakter med bland annat psykolog, kurator och familjerådgivning. Ca 45 % gick i någon form av terapi, i grupp eller individuellt.

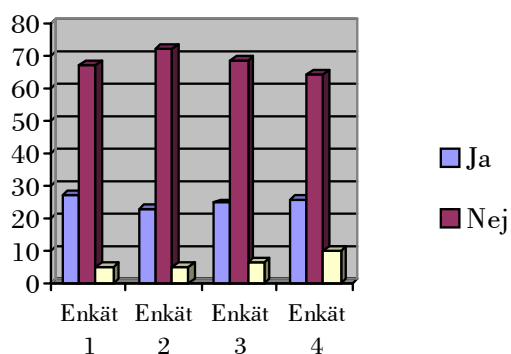
80 %, 152 personer, svarar efter tre månader att de har behov av ytterligare stöd och hjälp. Över tid minskar detta behov och efter tre månader svarar 62 %, 91 personer att de har behov av ytterligare stöd och hjälp. Den hjälp och det stöd som efterfrågas i första hand är kontakt med självhjälps-grupper och enskilda samtal/terapi, som i båda fallen efterfrågas av 25 % av de som anser sig behöva stöd (enkät 1). 11 % efterfrågar någon form av uppföljning inom vuxenprogrammets ram, som exempelvis eftervård och uppföljande möten. Flera efterfrågar även en sponsor, en person med samma erfarenhet som kan fungera som stödperson. Majoriteten av respondenterna 70 %, 119 personer, svarade vid den första enkäten att de hade kunskap om vart man skulle vända sig för att få stöd och hjälp. Efter 18 månader hade en viss ökning skett i denna grupp till 77 %. På denna fråga var bortfallet efter tre månader 25 personer och efter 18 månader 24 personer.

Effekter på den beroende och andra familjemedlemmar

Under detta avsnitt redovisas eventuell spinoff-effekt på den beroende och den vuxne anhöriges familjemedlemmar (fråga 11 och 13).

Ser man till den beroende och dennes deltagande i självhjälpsgrupper (se diagram 26) så svarade 27 %, 47 personer, att den beroende deltog i någon form av självhjälpsgrupp. 67 % av de som svarade på frågan menade att den beroende inte ingick i någon självhjälpsgrupp. Nio personer visste inte huruvida den beroende sökt någon hjälp hos dessa grupper. På denna fråga var bortfallet mellan 15 och 23 personer i de fyra enkäterna.

Diagram 26. Den beroendes deltagande i självhjälpsgrupper - procent

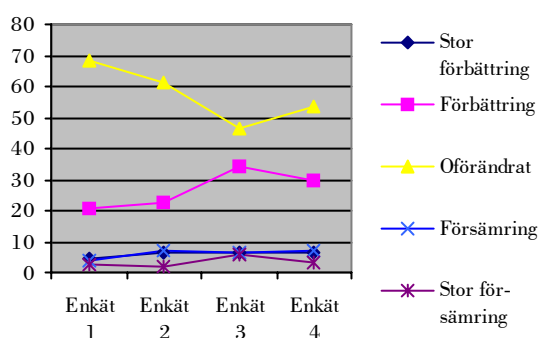


På frågan om huruvida den beroende genomgått någon form av behandling som ett resultat av att den svarande genomgått programmet så svarade 96 % nej, endast tre personer svarade ja och fyra vet inte. En viss ökning skedde över tid. Efter tre månader svarade 11 %, 16 personer, ja på denna fråga. Vid den sista enkäten svarade nio ja. Bortfallet på denna fråga var mellan 15 och 25 personer.

När det gäller den anhöriges övriga familjemedlemmar hade 9 %, 18 personer, genomgått någon form av behandling som ett resultat av att den anhörige genomgått programmet. Här har det skett procentuell ökning över tid. Efter 18 månader hade 14 %, 21 personer svarat ja. De allra flesta av dem som genomgått någon form av behandling har gjort det via någon självhjälsgrupp eller via Vändpunktens övriga program t.ex. barn- och tonårsgrupper, vuxenprogrammet och familjegruppen. En liten grupp har sökt hjälp hos PBU eller psykolog alternativt terapeut.

På frågan om den beroendes livssituation förbättrats efter det att den anhörige genomgått programmet (se diagram 27) så svarade efter tre månader 69 %, 107 personer att läget var oförändrat, 21 % ansåg att det skett en förbättring, sju personer att det skett en stor förbättring. Sex personer ansåg att läget var försämrat och fyra att det skett en stor förändring. När det gäller förändring över tid så har det skett en förändring när det gäller variabeln förbättring. Efter 12 månader ansåg 34 % att den beroendes livssituation förbättrats, en förändring på 13 procentandelar, samtidigt minskade gruppen som ansåg att läget var förändrat med 21 procentandelar. Efter 18 månader ansåg fortfarande 30 % att läget förbättrats, och 54 % ansåg att läget var oförändrat. Övriga variabler var ganska oförändrade över tid.

Diagram 27. Den beroendes livssituation - procent



Bivariat analys

Som jag tidigare nämnt har jag använt följande grupperingar i korstabelleringarna:

- Kön
- Ålder
- Relation till missbrukaren
- Avgörande skäl till kontakt med Vändpunkten
- Deltagande i 8- och 16-veckorsgrupper

I detta avsnitt kommer jag att redogöra för ev. skillnader mot gruppen som helhet med utgångspunkt från kön, ålder och deltagande i 8- och 16-veckors grupper. Dessa exemplifieras med hjälp av ett urval fyrfältstabeller.

Könsmässiga skillnader

När det gäller de könsmässiga skillnaderna så bör det beaktas att de kvinnor som svarat på någon enkät är i en överväldigande majoritet, 197 mot 29 män. Denna skillnad ökar naturligtvis risken för att skillnaderna skulle vara tillfälliga. I vissa enkäter är det endast drygt tio män som svarat. Är dessa män representativa eller är det en speciell kategori av män? Dock finns det vissa avvikelser från gruppen som helhet. Dessa skymms troligtvis av det faktum att de kvinnliga deltagarna är så många fler. Vid första enkäten upplevde 83% av männen att de fått kontakt med andra i samma situation mot 67 % för gruppen som helhet. Dock minskar skillnaderna successivt för varje enkät, och vid sista enkäten efter 18 månader anser 52 % av männen att kontakten med vändpunkten inneburit att de fått kontakt med andra i samma situation, och för gruppen som helhet är siffran 63%.

Vid den första enkäten efter tre månader värderar männen ledarnas insatser något lägre än kvinnorna (se tabell 1). Siffrorna ligger dock högt även för männen, där 80% är nöjda med ledarnas insatser mot 92% för gruppen som helhet. För de tre andra enkäterna finns inga märkbara skillnader mellan könen.

Tabell 1. Ledarnas insats uppdelat på kön – enkät 1

Ledarnas insats	Kön		Totalt
	Kvinnor	Män	
Nöjd	159 94 %	20 80 %	179 92 %
Mindre nöjd	11 6 %	5 20 %	16 8 %
Totalt	170 100 %	25 100 %	195 100%

Sammanfattningsvis går det inte i någon högre grad att finna några samband för skillnader mellan könen, endast enstaka skillnader vid olika frågeställningar och vid enstaka enkäter.

Åldersmässiga skillnader

För att kunna se ev. avvikelser från gruppen som helhet på ett optimalt sätt, har jag slagit samman de olika åldersgrupperna till två variabler, yngre än 40 år, 120 personer, och 40 år och äldre, 75 personer, vid ifyllandet av första enkäten.

Ser man till de åldersmässiga skillnaderna finns det samband för hur förhållandet till övriga familjen påverkats. Efter tre månader var den äldre gruppen mer positiv till programmets betydelse. 66% såg positivt på detta bland de som var äldre än 40 år; i den yngre gruppen var siffran 50%. För gruppen som helhet var siffran 56%. Dessa siffror förändrades successivt under andra och tredje enkäten för att efter 18 månader stanna vid 67% i den äldre gruppen

som såg positivt på betydelsen av programmet för förhållandet till övriga familjen. Även den yngre gruppen hade blivit något mer positiv, 51%.

Tabell 2. Förhållande till övriga familjen - ålder, enkät 3

	Förhållande till övr. familjen		Totalt
	- 39 år	40 år -	
Positivt	49 49 %	40 66 %	89 56 %
Varken eller och negativt	50 51 %	21 34 %	71 44 %
Totalt	99 100 %	61 100 %	160 100%

Skillnader mellan deltagande i 8- och 16-veckorsgrupper

Som tidigare nämnts pågick programverksamheten före 1996 under 8 veckor, då man träffades två dagar i veckan. Därefter ändrades detta koncept till att gruppverksamheten pågick under 16 veckor, då man träffades en gång i veckan. Tanken bakom denna förändring var att man ansåg att programmet var alltför komprimerat och att det krävdes mer egen tid för eftertanke och reflektion.

Ser man till helheten är det inte så stora skillnader mellan dessa grupper. Det går dock att skönja en viss tendens till en positivare attityd hos dem som gått ett mer komprimerat program (8 veckor) både i vad programmet betytt och i hur man värderat programmets olika delar. I vad programmet betytt för ökad kunskap och insikt finns det en skillnad mellan grupperna, då 95 % av de som gått i 16-veckorsgrupper är positiva till detta mot 87% av de som gått i 8 veckor.

Ser man till livskvalitet (se tabell 3) anser 94% av de som gått i grupp under 8 veckor att det blivit bättre både vid första och andra enkäten mot 83% för de som gått i 16 veckor. Dock bör det nämnas att värdena var omvända under de två sista enkäterna. När det gäller programmets betydelse för ett bättre eget liv fanns det en tydlig skillnad vid sista enkäten. 83% av de som genomgått programmet under 8 veckor är positiva mot 69% av de som gått under 16 veckor. Nämnas bör att vid de två första enkäterna rådde det omvända förhållanden och vid tredje enkäten vände det och de som gått under 8 veckor blev mer positiva. Här bör det vägas in att slumpen kan spela in. Samma förhållande gäller för programmets betydelse för gruppgemenskapen. Vid fjärde enkäten var upplevelsen hos de som gått i 8 veckor något mer positiv än de som gått under 16 veckor. Siffrorna var här 92%t respektive 80 %.

Tabell 3. 8 - och 16-veckorsgrupper – Förändring livskvalitet, enkät 2

8 – 16 v.- grupper	Förändring livskvalitet		Totalt
	16 v.-grupp	8 v.-grupp	
Bättre	74 94 %	59 83 %	133 89 %
Sämre	5 6 %	12 17 %	17 11 %
Totalt	79 100 %	71 100 %	150 100 %

Ser man till närvaro i olika självhjälsgrupper efter programmet finns det skillnader under de tre första enkäterna. Denna skillnad syns främst hos dem som deltar i självhjälsgruppernas möten varje vecka. Vid första enkäten deltog 38%t av dem som gått programmet under 8 veckor mot 24%t av de gått under 16 veckor. Efter sex månader (se tabell 4) var siffrorna 43 % för 8 – veckorsgruppen och 25 procent för den andra gruppen. Vid tredje enkäten var siffrorna 37 respektive 27%.

Tabell 4. 8- och 16- veckorsgrupper närvaro självhjälsgrupper, enkät 2

- veckorsgrupper	Närvaro självhjälsgrupper		Totalt
	16 v.-grupp	8 v. - grupp	
Närvaro varje vecka	19 25 %	35 43 %	54 34 %
Sporadisk närvaro	26 34 %	30 36 %	56 36 %
Går ej	31 41 %	17 21 %	48 30 %
Totalt	76 100 %	82 100 %	158 100 %

ANALYS

I detta kapitel har jag valt att analysera enkätmaterialen med utgångspunkt från vuxenprogrammets målsättning. Till detta gör jag ett försök att koppla de teoretiska ansatserna där det är möjligt. Dessutom kommer jag att göra jämförelser med sammanställningen av enkäter gjorda före 1991 där det finns möjligheter utifrån gemensamma frågeställningar.

Analys med utgångspunkt från vuxenprogrammets målsättning

Vuxenprogrammets målsättning karakteriseras av fem delar:

1. Att ge deltagarna en ökad kunskap om problem som uppstår när någon i familjen är kemiskt beroende och det destruktiva livsmönster som då kan uppkomma.
2. Att ge kunskap i hur detta påverkar den anhörige.
3. Genom identifikation med andra anhöriga möjliggöra en ny medvetenhet och möjlighet till positiv förändring.
4. Genom hjälp till självhjälp ge kunskap om hur den anhörige kan förändra sin livssituation oberoende av omgivningen.
5. Ge en introduktion till självhjälpsgrupper som skall utgöra en källa till den anhöriges tillfrisknande.

När det gäller de två första delarna av vuxenprogrammets målsättning som kan karakteriseras som målet med programmets pedagogiska del, så anser en stor majoritet av respondenterna att ökad kunskap och insikt är den största vinsten och betydelsen med programmet. Ser man sen till programmets enskilda pedagogiska delar värderar respondenterna gruppsamtalen högst, därefter lektionerna som innefattar föreläsningar med vissa förutbestämda teman. Ser man till värderingen av det personliga samtalet samt visning av film och video så finns det en viss gradskillnad. Majoriteten av deltagarna anser att dessa inslag är värdefulla. Gruppsamtalen och lektionerna bedöms av majoriteten som mycket värdefulla. Detta resultat avspeglar ganska väl vad personalen på vuxenprogrammet lägger sitt fokus.

För värderingen av programmet över tid så finns det vissa likheter vid flera av frågeställningarna. Vid den första enkäten efter tre månader är de anhörige mer positiva till programmets olika komponenter. I detta skede är andelen som svarat mycket värdefullt som högst, sedan sjunker den andelen till en lägre nivå. Samtidigt ökar andelen som svarat värdefullt vid första enkäten till nästa enkät efter sex månader. Ser man till värdet av att visa film och video är det omvända förhållanden. Här blir gruppen anhöriga mer positiva till denna del av programmet vid de två sista enkäterna. Utgår jag från min erfarenhet av behandlingsarbete så är denna process i många fall naturlig. Den kan liknas vid ett kärleksförhållande. Vid första enkäten är troligtvis den anhörige uppfylld utav känslan av inte längre vara ensam. Nya kunskaper och insikter har förhoppningsvis ersatt gamla destruktiva mönster. Efterhand lägger

sig denna känsla och man börjar eventuellt se mer besinningsfullt på de olika komponenterna i programmet. Troligtvis är man inte mindre positiv men kanske något mera måttfull i sin bedömning vid de sista enkäterna då upp till ett och ett halvt år förflutit.

Majoriteten av deltagarna är mycket nöjda med ledarnas insatser och i detta fall är värdena stabila för alla fyra enkäterna. Vid utvärderingen som genomfördes 1991 uppgav de flesta att de fått en ökad kunskap och insikt och att man lärt sig ett annat förhållningssätt till den missbrukande parten och ökat kunskapen om hur alkoholismen som sjukdom påverkat en och ens omgivning. Man betonade där ledarnas erfarenhet och efterfrågade med utgångspunkt från detta mer personliga samtal.

Ser man till den tredje delen av programmets målsättning, att genom identifikation med de andra anhöriga skapa en ny medvetenhet som grogrund till en positiv förändring, så har drygt hälften av respondenterna uttryckt att programmet haft positiv eller mycket positiv betydelse för kontakten med andra i samma situation. Påfallande många hade dock vid fjärde enkäten svarat att programmet inte hade någon betydelse för kontakten med andra anhöriga, och tillsammans med de som uttryckt sig negativa till programmets betydelse för denna faktor så uppgår denna grupp till ca 40% av de som svarat på den sista enkäten. Ser man i stället på hur respondenterna värderar denna komponent utifrån programmets innehåll har jag tidigare nämnt de positiva värderingarna av gruppsamtalen. Gruppsamtalen innehåller delar som är rent pedagogiska, men metodiken bygger på interaktion, att dela erfarenheter och skapa förståelse för varandras livssituation.

Gruppgemenskapen utanför själva samtalen är en annan komponent som delvis faller inom tredje delen av målsättningen. Vid fikapauser och umgänge utanför programmet knyts i många fall vänskapsband mellan deltagarna. Men detta umgänge skapar troligtvis även tillfällen då identifikationen som anhörig till missbrukare förstärks på ett positivt sätt och att individernas likheter och skillnader vågar kanske diskuteras på ett annat sätt än då hela gruppen samlas. Gruppgemenskapen värderas högt av deltagarna, närmare 90% av de som svarade på den fjärde enkäten efter 18 månader anser gemenskapen som värdefull eller mycket värdefull.

Även i den tidigare utvärderingen betonades att gruppgemenskapen och gruppsamtalen var mycket betydelsefulla. Dessa två komponenter ansågs som två av de tre värdefullaste i Vändpunktens program.

Den fjärde delen av målsättningen behandlar den anhöriges livssituation, målsättningen är att den skall förändras på ett positivt sätt oberoende av omgivningen, som kan bestå av exempelvis missbrukaren och andra familjemedlemmar. Hjälptill självhjälpt är redskapet för denna förändringsprocess. Karlsson tolkar självhjälptbegreppet i relation till självhjälptgrupper: "Självhjälpt är hjälpt som inte ges av hjälptgivare till en hjälpttagare utan handlar om att individer själv hanterar sina problem, om än tillsammans med andra." AA-rörelsen sammanfattar begreppet på ett enkelt sätt. "You alone can do it, but you can´t do it alone" (Karlsson 2002, s. 51). Att förändra sin livssituation oberoende av omgivningen handlar i de flesta fall om fall att bryta beroendet till missbrukaren eller andra i familjen. Man måste stå på egna ben och "äga" sin egen förändringsprocess.

Hur ser det då ut? Ser man till respondenternas livssituation så upplever dessa att de haft en hög betydelse för förändringen av denna. Efter 18 månader upplever närmare 80% av de som svarat på frågan att programmet haft en mycket positiv eller positiv verkan på denna livssituationen. Vid frågan om hur den anhöriges livssituation förändrats sedan programmet avslutats med utgångspunkt från olika faktorer, så är värdena generellt mycket höga när det gäller en positiv förändring. Dessutom är procentsiffrorna stabila över tid mellan första och

fjärde enkäten. Den faktor som avviker mest är hur närvaron på arbetet påverkats. Här har de flesta av respondenterna svarat att närvaron inte förändrats något nämnbart. Det är ändå viktigt att påpeka att ca 30% har förbättrat sin närvaro på arbetet, vilket måste ses som en anmärkningsvärd hög siffra med utgångspunkt från att man inom programmet inte arbetar något med detta.

I undersökningen 1991 är resultatet snarlikt, för 80% av deltagarna hade då livssituationen undergått en stadigvarande positiv förändring. De flesta ansåg att de blivit starkare och självständigare. De hade även fått ett bättre förhållande till missbrukaren och andra familjemedlemmar.

Att försöka utröna hur självhjälpsidén påverkat är svårare, men det som styrker att denna idé fått genomslagskraft är att gruppsamtalen värderas högt, betydligt högre än det personliga samtalet. Visserligen kan ett personligt samtal användas på ett sådant sätt att det förstärker självhjälpsidén, men används samtalet på ett felaktigt sätt kan det fungera kontraproduktivt i förhållande till gruppen (Lindstein 2001, s.129).

För den fjärde delen av målsättningen, att den anhörige skall förändras oberoende av sin omgivning kan det vara fruktbart att titta på frågeställningarna som berör den beroende och övriga familjemedlemmar. Handlingsstrategierna gentemot omgivningen är svåra att utröna genom denna enkätundersökning. Dock kan man troligtvis se tendenser i svaren var programmets fokus ligger. När det gäller programmets betydelse för den anhörige och dennes förhållande till missbrukaren och övriga familjemedlemmar så är svarar de flesta att det inte har någon nämnbar betydelse för hur relationen utvecklats. Detta kan jämföras med de höga positiva värdena när det gäller programmets betydelse för ett bättre eget liv för den anhörige.

Förhållandet till missbrukaren, övriga familjemedlemmar och vänner har dock förändrats om man istället tittar på frågan som berör förändringen av den anhöriges livssituation. Det är överlag höga siffror när det gäller förbättring av livssituationen när det gäller dessa komponenter. För relationen till missbrukaren är siffrorna något lägre, högst är de när det gäller relationen till vänner. Dessa höga siffror kan vara både utslag för att den anhörige kommit närmare missbrukaren och övriga familjen, Det kan också visa att den anhörige frigjort sig och gått vidare i sin förändringsprocess oberoende av den närmaste omgivningen. Ser man till förhållandet till vänner, där de positiva siffrorna ökar med tiden, kan det vara så att frigörelseprocessen från t.ex. missbrukaren gör att den anhörige orkar umgås med sina vänner på ett helt annat sätt än tidigare.

På frågan om den beroendes livssituation förbättrats som ett resultat av att den anhörige genomgått programmet, svarar majoriteten av respondenterna att läget är oförändrat. En viss ökning av gruppen som svarat att livssituationen förbättrats för missbrukaren sker över tid. Här finns det en svårighet i att bedöma om förbättringen skett p.g.a. av att den anhörige genomgått programmet eller om det skett därför den missbrukande parten tagit tag i sin situation oberoende av den anhörige. Värdena som avser förhållandena till den beroende och övriga familjemedlemmar är svårtolkade. Att fokus ligger på den anhöriges behov och att programmet även ger stöd i att den anhörige skall frigöra sig från missbrukaren och de destruktiva familjemönster som det medfört påverkar naturligtvis omgivningen. Att den anhörige står på egna ben och ser sig som en egen fri individ behöver inte innebära att missbrukaren tar tag i sin situation. I stället kan det vara så att missbrukaren tar ett steg tillbaka när det inte finns någon trygghet att vila sig på. På sikt kan det troligtvis vara så att det blir en spinoff-effekt även för missbrukaren och övriga familjemedlemmar när de eventuellt måste ta tag i sin situation oberoende av den anhörige. För den sista delen av målsättningen när det gäller vuxenprogrammet, att ge en introduktion till självhjälpsgrupper som ett led i den anhöriges tillfrisknande, var deltagandet högt bland

deltagarna redan innan de gick in i programmet. En stor majoritet hade deltagit i någon självhjälpgrupp, de flesta av dem sporadiskt. 18 månader efter det att programmet avslutats hade det skett en mindre ökning och då främst av de som deltagit sporadiskt.

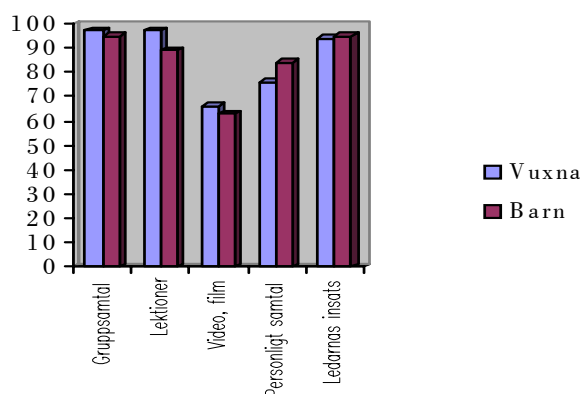
För de som besökt en självhjälpgrupp en gång i veckan eller mer har värdena varit relativt konstanta över tid, innan de gick in i programmet till och med den fjärde enkäten efter 18 månader. Att det inte är några anmärkningsvärda skillnader beror troligtvis på att de flesta av deltagarna ändå hade kontakt med någon självhjälpgrupp före det att programmet startade. Tyvärr går det inte att utröna hur frekvent variabeln sporadiskt är för deltagarna. Den inrymmer troligtvis både de som går på möten var fjortonde dag till de som besöker dessa grupper en gång om året. Det är ändå viktigt att konstatera att efter åtta månader använder sig åtta av tio av de som svarat på frågan av självhjälpgrupper i någon form. Jämför man dessa siffror med den tidigare genomförda undersökningen har det skett en markant förändring. I denna undersökning hade ca 70% ingen kontakt med någon självhjälpgrupp. De orsaker som då åberopades var brist på tid och motivation, familjeskäl samt geografiskt avstånd.

Barn- och ungdomsprogrammet har en liknande målsättning som vuxenprogrammet, det kan därför vara intressant att jämföra enkätmaterialen med Thomas Lindsteins forskning om dessa grupper. Här finns det uppenbara likheter (se diagram 28) med bedömningen av olika aktiviteters värde (Lindstein 2001, s. 126). När det gäller gruppsamtalen så ansåg 95% av barnen och ungdomarna dessa var värdefulla eller mycket värdefulla. Efter 18 månader svarade 97% av de vuxna anhöriga detsamma. Ser man till värdet av lektionerna så svarade 89% av barnen och ungdomarna att de rankades som värdefullt/ mycket värdefullt. Siffrorna för de vuxna var efter 18 månader 97%. Även synen på ledarnas insatser var relativt lika. 95% av barnen och ungdomarna var nöjda/mycket nöjda med dessa, hos de vuxna anhöriga var siffran 94%. Användningen av video och film värderades positivt av 63% av barn och ungdomarna och 66% av de vuxna. Till det personliga samtalet med gruppledarna var de yngre något mer positiva: 84% ansåg att det var värdefullt respektive mycket värdefullt med personligt samtal, bland de vuxna var siffran 76%.

Det är mycket intressant att konstatera att barnen och ungdomarna och de vuxna anhöriga värderar programmets komponenter och ledarens insatser så lika. Programmets viktiga delar når därmed fram till båda dessa grupper. Det indikerar även att den profil man har inom Ersta Vändpunkten attraherar och uppskattas på samma sätt av olika åldrar. En annan orsak kan vara att åldrarna inte har någon större betydelse i dessa fall. I stället är det centrala att vara anhörig till en missbrukare och att ha en gemensam identifikation och lärandeprocess tillsammans med andra.

Behovet av någon form av professionell behandling inom vuxenprogrammet ökar över tid. Efter 18 månader använde sig fyra av tio av de som då svarat på frågan av någon form av behandling, en ökning med nästan 20 procentandelar från den första enkäten. Anmärkningsvärt är dock att majoriteten av dessa har sökt sig till någon form av behandling som inte är kopplad till tolvstegsmetoden, till exempel på detta är individuell terapi, psykolog- och kuratorskontakt samt familjerådgivning. I den tidigare undersökningen sökte tre av tio professionell hjälp i form av terapi eller behandlingshem. Det kan i detta sammanhang nämnas att bland övriga familjemedlemmar skedde en liknande ökning av de som sökte behandling efter det att deras anhörig genomgått programmet. Den behandling och det stöd som använts mest frekvent är självhjälpgrupper och verksamheter knutna till Vändpunktens verksamhet. Här kan man se en klar spinoff-effekt som troligtvis är kopplad till den anhöriges positiva syn på programmet.

Diagram 28. Jämförelse vuxenprogrammet och barn- och ungdomsprogrammet när det gäller positiv värdering av komponenter i programmen



Analys med utgångspunkt från valda teorier

Att koppla de teoretiska ansatserna till enkätmaterialen innebär vissa svårigheter. Frågorna i enkäten har en viss utgångspunkt i vuxenprogrammets målsättning och har inte utformats med hjälp av någon teoribildning (exempelvis intervjumanualer som utgår från Antonovskys KASAM-begrepp). Att applicera de teoretiska ansatserna på enkätmaterialen innebär att endast vissa delar eller begrepp i teoribildningen kan vara användbara i detta skede. I ett bredare forskningsprojekt där både kvantitativa och kvalitativa metoder ingår kan förhoppningsvis dessa teorier användas i analysen på ett mer heltäckande sätt. (Se vidare nästa avsnitt).

Använder man sig av Jerome D. Franks fyra kriterier (se s. 27) om vad som anses viktigt för en lyckad behandling så är det första kriteriet det viktigaste. Det handlar om behandlarens personlighet och hur den passar ihop med deltagarna, i det här fallet deltagarna i vuxenprogrammet och det förtroende denna kan skapa till dessa. Som tidigare nämnts var nio av tio nöjda eller mycket nöjda med ledarens insats 18 månader efter programmet avslutats. Under fråga fyra, hur man värderar programmets olika delar fanns det möjlighet att specificera olika synpunkter. Här framkommer flera svar som handlar om gruppledarens roll: att ledarens erfarenhet skapade en trygghet för gruppen, en kärleksfull och förstående atmosfär och både hopp och glädje. Man kan anta att denna stora uppskattning av ledarens insatser har lagt en god grund för att ta till sig programmet. För de fåtal som inte är nöjda med ledarens insatser kan det omvända ske, att ett bristande förtroende kan göra det svårt att anamma både programmet och de metoder som används.

Enligt Franks andra kriterium skall behandlingen bedrivas i en miljö som deltagaren kan känna sig trygg i och som genomsyras av kunskap, hjälp mot lidande och hopp om ett bättre liv. Jag antar att majoriteten av deltagarna anser att Vändpunktens vuxenprogram uppfyller detta, baserat på hur de anhängiga värderar programmets olika delar. De komponenter som handlar om att få kunskap förmedlad till sig har i de flesta fall höga positiva värden. När det gäller frågan om vad vuxenprogrammet betytt för deltagaren så är ökad kunskap och insikt det som får de högsta positiva värdena. Troligtvis har denna kunskap och insikt förmedlat det hopp som krävs för att gruppdeltagaren skall kunna genomgå den process som lett fram till de mycket höga positiva värdena för deras livssituation. Vid fråga fyra kommenterar flera av de tillfrågade

att programmet skapat personlig insikt och tillväxt. Flera framhöll värmen, tryggheten och atmosfären.

De två sista kriterierna i Franks teori som behandlar förklaringsmodellen och den gemensamma ideologin och de ritualer och tekniker som är kopplade till dessa, är svåra att koppla till enkätresultatet och dess frågeställningar. Jag antar dock att de höga positiva värdena för ökad kunskap och insikt förmodligen har sin grund i vuxenprogrammets ideologi. I vuxenprogrammet arbetar man enligt tolvstegsmodellen där det ses som en förutsättning att enas kring att alkoholism är att betrakta som en sjukdom. Dessutom är teknikerna och ritualerna oftast direkt kopplade till den gemensamma förklaringsmodellen. Ett sådant är det första steget: ”Vi erkände att vi var maktlösa inför alkoholen – att vi förlorat kontrollen över våra liv.” Ett annat exempel är Jellinekkurvan (se s. 17) som behandlar symtom och beteenden hos en alkoholist. Vuxenprogrammet på Vändpunkten och de flesta andra anhängprogram använder denna som en gemensam förklaringsmodell till alkoholismens utveckling. På samma sätt används medberoendebegreppet som en förklaring på de anhängs agerande och problematik.

Granskningen av enkätmaterialen utifrån KASAM:s tre komponenter, begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet bör utgå från att vuxenprogrammet är en plats för lärande och nya erfarenheter vilket det positiva resultatet av enkäten visar. Inriktningen på lärandet och det aktiva kunskapsarbetet har troligtvis skapat en större begriplighet hos de anhänga. Att enas om att alkoholism är en sjukdom och att man levit i ett medberoende till missbrukaren kan ge förklaringar till destruktiva mönster som man inte kunnat bryta. Begripligheten ökar troligtvis när detta lärande möter deltagarnas egna erfarenheter. Samtidigt är det viktigt att finna en balans i detta. Kantrar verksamheten för mycket åt det ena eller andra hållet kan det bli för mycket av skola eller terapi, vilket kan leda till både obegriplighet och minskad meningsfullhet. (Lindstein 2001, s.249).

Den struktur programmet har genom sin ideologi och förklaringsmodell, och de ritualer och tekniker som är kopplade till dessa, bildar troligtvis en motvikt till det tidigare kaotiska liv den anhänga levit i relation till missbrukaren. Troligtvis ökar begripligheten när dessa ritualer och tekniker sätts in i sitt sammanhang tillsammans med den modell programmet har.

En gemensam problematisk erfarenhet att som anhänga uppleva eller ha upplevt missbruk på nära håll, är troligtvis något som skapar en meningsfullhet. Detta visar sig i de höga positiva värdena i frågeställningarna som handlar om och hur man värderar kontakt med andra i samma situation, gruppsamtalen och gruppgemenskapen. Likaså har livssituationen förändrats till det bättre på olika punkter och då speciellt i relation till missbrukaren och även övriga familjemedlemmar för omkring sju av tio av de som svarat på dessa frågor. Förhoppningsvis har det lett till att den anhänga lärt sig ett annat förhållningssätt till missbrukaren och därigenom brutit ett tidigare destruktivt mönster. På detta sätt kan den anhänga känna sig delaktig i de processer som skapar nya vardagskunskaper och ger verktyg för att hantera vardagens problem (Lindstein 2001, s.248).

Begripligheten och meningsfullheten leder som jag ser det fram till hanterbarheten, att man inte längre ser sig som ett offer för omständigheterna, att man har redskapen för att förändra dessa. Inom tolvstegsmodellens anhängprogram skulle man nog uttrycka det som att man lyckas bryta medberoendet till missbrukaren. Att utläsa en komponent som hanterbarhet hos de anhänga ur enkätmaterialen medför vissa svårigheter. Frågorna är inte ställda på ett sådant sätt så att det går att utröna om den tillfrågade inte känner sig som ett offer för omständigheterna efter det att programmet avslutats. De positiva siffrorna för ökad kunskap och insikt och de mycket positiva värdena när för deras livssituation gör att man kan anta att programmet bidragit till hanterbarheten

hos individen. En fråga som tangerar detta område är om den anhörige vet vad han/hon skall vända sig vid behov av ytterligare stöd och hjälp; efter 18 månader svarade 77% ja på denna fråga.

Lindstein har i sin bok "Vändpunkten" beskrivit belastningsbalansen, en komponent där olika faktorer sammantaget bidrar till kärnan i hanterbarheten. Exempelvis kan detta utgöras av en balans mellan konkreta och abstrakta utgångspunkter för inläring, dvs. att man i programmet balanserar bitvis abstrakta teman med berättelser, historier och konkreta övningar och att det finns utrymme för både aktivitet och reflektion (a.a. s. 253). Lindstein menar även att det både inom pedagogiska och behandlande verksamheter skall finnas en balans mellan tillit och tvivel. Gruppledarna skall vara någon att lita på, som ger utrymme för deltagarens tvivel och respekterar vars och ens åsikter och känslor. En annan viktig del i belastningsbalansen är inriktningen på grupp respektive individ. Att dela de gemensamma erfarenheterna av att vara anhörig till en missbrukare är ju själva basen för verksamheten. Samtidigt är det troligtvis viktigt att man blir sedd som individ med egna specifika problem och att ledarna har ett personligt engagerande tilltal. Det kan med utgångspunkt när det gäller hanterbarheten ur ett belastningsbalansperspektiv vara svårt att uttala sig om när det gäller denna enkätundersökning. I ett bredare forskningsprojekt kan dock belastningsbalansen vara värt att utvärdera och kan eventuellt fungera som ett analysredskap.

Utifrån enkätmaterial ser man att Vändpunktens vuxenprogram uppenbarligen fungerar mycket väl som en plats för kunskapsinhämtning och skapande av nya erfarenheter. Utgår man från de tre kunskapsstyper som Karlsson presenterar i sin avhandling om självhjälpsgrupper så uppkommer frågan: var ligger fokus? Är det den professionella eller den icke-professionella kunskapen som är avgörande för den anhöriges förändringsprocess?

Vad baserar sig den ökade kunskap och insikt som respondenterna värderat så högt på. De tillfrågade värderar även lektionerna och gruppsamtalen både högst och relativt lika, när de får specificera frågan. De anser att både gruppledarens och gästföreläsarens lektioner var mycket värdefulla och att gruppledarens erfarenheter var mycket viktiga. När det gäller gruppsamtalen betonades känslan av att inte vara ensam och att få träffa andra i samma situation.

När det gäller lektionerna så ligger fokus på ett lärande där den professionella kunskapen är basen. Gruppledaren alternativt gästföreläsaren äger denna kunskap och förmedlar den till deltagarna, exempelvis kunskap om alkoholism och familjemönster. Vid gruppsamtalen ligger fokus på interaktionen mellan deltagarna, här skall man dela erfarenheter, känna igen situationer och skapa en förståelse för varandras livssituation. I gruppsamtalen kopplas den professionella kunskapen till de anhörigas egna erfarenheter av missbruk och dess inverkan på t.ex. familjemönstret. På detta sett sker en syntes mellan den professionella och den icke-professionella kunskapen. Dessa kunskaper lever troligtvis sida vid sida utan att konkurrera med varandra. Troligtvis är de komplementära och ger möjligheter för deltagarna att använda sig av den kunskap som de anser vara bäst lämpad vid olika situationer (Karlsson 2002, s. 220).

SLUTSATSER OCH FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING

Slutsatser

I detta sista avsnitt kommer jag att presentera mina slutsatser med utgångspunkt från resultat, analys och förstudien syfte. Detta bildar sedan underlag för ett förslag till vidare forskning som förhoppningsvis kan ge en god utgångspunkt för ett bredare forskningsprojekt baserat på Ersta Vändpunktens vuxenprogram.

Jag har i denna förstudie haft som syfte att sammanställa och försöka att analysera delar av vuxenprogrammets enkätmaterial. Förhoppningen var att kunna ge ett svar på hur de anhöriga ser på programmet och dess olika delar. Har detta påverkat deras livssituation och i så fall hur? Har även den missbrukande parten och övriga familjemedlemmar påverkats av att den anhörige genomgått programmet? Existerar det några skillnader för olika grupper med utgångspunkt från ovanstående frågeställningar? Och slutligen, har då vuxenprogrammet uppfyllt sin målsättning?

En slutsats av denna förstudie är att de tillfrågade anser att programmet haft mycket positivt resultat särskilt vad gäller programmets påverkan på livssituationen och hur de värderar programmet. Gruppen som helhet verkar ha genomgått en förändringsprocess som ligger i linje med vuxenprogrammets målsättning.

Det troliga är att programmet som helhet haft en sensationellt hög betydelse för de anhörigas förändringsprocess. I en enkätundersökning kan det dock vara svårt att få fatt i kärnan i individers förändring. Det finns förstås även andra komponenter som påverkar en människas liv just vid det tillfället, exempelvis en väl fungerande självhjälpsgrupp, ett nytt kärleksförhållande e.d.

Synen på programmets olika delar har i det stora hela mycket höga positiva värden och då speciellt värderingen av lektionerna och gruppsamtalen. Att dessa komponenter värderas högt och att programmet har mycket hög betydelse för den anhöriges kunskap och insikt innebär att man på vuxenprogrammet troligtvis i hög grad uppfyller de tre första punkterna i målsättningen:

- Att ge deltagarna en ökad kunskap om problem som uppstår när någon i familjen är kemiskt beroende och det destruktiva livsmönster som då kan uppstå.
- Att ge kunskap i hur detta påverkar den anhörige.
- Genom identifikation med andra anhöriga möjliggöra en ny medvetenhet och möjlighet till positiv förändring.

Om programmet uppfyller den fjärde punkten i målsättningen, att genom hjälp till självhjälp förändra sin livssituation oberoende av omgivningen, är svårare att utläsa av enkätresultatet. Här krävs det distinktare frågeställningar och troligtvis andra metoder som exempelvis djupintervjuer för att utröna detta.

Att använda sig av det stöd som olika självhjälsgrupper kan erbjuda tangerar ovanstående punkt. Som grupp använder de anhöriga sig av självhjälsgrupper i mycket hög utsträckning, dock inte så frekvent. De som besöker någon självhjälsgrupp varje vecka är i minoritet i förhållande till de som sporadiskt besöker dessa grupper. Den sista punkten i målsättningen, att ge en introduktion till självhjälsgrupperna, är svår att utröna. Det är ingen anmärkningsvärd ökning i deltagandet före och efter programmet. Däremot är ökningen stor från den tidigare genomförda enkätundersökningen. Denna ökning behöver dock inte bero på programmets inverkan utan kan snarare vara ett utslag för en ökad kunskap om att dessa självhjälsgrupper existerar. De höga deltagarsiffrorna i dessa grupper innan de anhörige påbörjade programmet tyder även på detta. Att ta stöd av andra verksamheter som exempelvis erbjuder behandling gör närmare hälften av de som svarat. Som tidigare nämnts har de flesta då sökt behandling som inte är kopplad till tolvstegsfilosofin. Detta kan vara ett utslag för att programmet saknar komponenter som individen efterfrågar. Samtidigt går man inte ut med att man är ett behandlingsalternativ och då är det naturligt att de som har en problematik som kräver behandling söker sig till dessa alternativ.

I programmets påverkan på den missbrukande och övriga familjemedlemmar så verkar det existera en viss spinoff-effekt från programmet på dessa grupper. Ser man till gruppen missbrukande så anser de anhöriga att det skett en förbättring i ca tre fall av tio. Här finns även en viss ökning av de som fått en bättre livssituation över tid. För den beroendes deltagande i självhjälsgrupper och behandling verkar det inte finnas några märkbara spinoff-effekter. Däremot verkar det finnas en sådan effekt för övriga familjemedlemmar som gått i behandling som ett resultat av den anhöriges deltagande i programmet. Här finns dels en ökning över tid och dels har familjemedlemmen i hög grad sökt sig till en verksamhet kopplad till Ersta Vändpunkten eller en verksamhet med liknande filosofi.

Studerar man resultaten av de olika korstabelleringar finns det ingen rak linje när det gäller de flesta grupperingarnas syn på programmet och förändringen av livssituationen. Bara för de som deltagit 8 alternativt 16 veckor finns det ett intressant samband vid ett flertal frågeställningar. När programmet ändrades från ett mer komprimerat 8-veckorsprogram till 16 veckor, fanns det en förhoppning bland personalen att det skulle vara bättre för deltagarna genom att det skulle finnas mer tid för eftertanke och reflektion hos deltagaren. Korstabelleringarna för dessa grupper visar dock att det i något högre utsträckning var de som genomgått programmet under 8 veckor som hade mer positiva omdömen om både programmets betydelse och förändringen av deras livssituation. En slutsats av detta kan vara att det är innehållet i programmet som är det viktigaste och inte en yttre faktor som programmets längd. En annan faktor kan vara att det i ett tidigare skede av programmets historia funnits en större ”spänst” i programmet och en högre entusiasm i något slag av nybyggaranda. Det borde vara av intresse för personalen vid vuxenprogrammet att titta tillbaka och skärskåda dessa eventuella påverkansfaktorer.

Ser man till programmets målsättning pekar resultatet av förstudien på att man i princip uppfyller denna på alla fem punkterna. Det som kan behöva utrönas är varför så få mer kontinuerligt använder sig självhjälsgrupper, trots att alla deltagare introduceras till dessa.

Lyckas då programmet med något mer utöver sin målsättning är det exempelvis den spinoff-effekt som sker på missbrukaren och övriga familjemedlemmar. Dessutom har troligtvis programmet gett de anhöriga som behöver ytterligare stöd det mod och den insikt som krävs för att söka hjälp hos olika behandlingsalternativ. Därtill vet de efter genomgången program vart de skall vända sig. Deltagarna upplever även att man förändrat sin livssituation när det gäller sitt

arbete och närvaron på detta. Detta är något man får se som en viktig och positiv bieffekt av programmet.

När det gäller enkätens utformning så har jag tidigare nämnt i avsnittet som behandlar undersökningsmetoden att enkäten bör förändras på några punkter, dels för att minimera risken för att respondenten skall missuppfatta variabler och frågeställningar och dels för att enkäten har olika skalsteg vid olika frågor, vilket försvårar analysarbetet. En översyn av enkäten bör göras i samarbete mellan personalen på programmet och någon expert på området statistik, förslagsvis på Ersta Sköndal högskola och bör koncentreras på ords betydelse och förändring av skalstegen. Dessutom bör personalen inom vuxenprogrammet få utbildning i dataprogrammet SPSS för att direkt kunna lägga in resultaten av inkommande enkäter, vilket skulle förenkla arbetet i framtida forskningsprojekt och vid eventuella uppföljningar.

Ser man på programmet som helhet kan man anta att programmet fungerat enligt Franks fyra kriterier för en lyckad behandling (Lundh, Eriksson 1994, s. 218). Det förtroende de anhöriga haft för ledarens insatser och den miljö som skapat en ökad insikt hos de allra flesta av deltagarna har troligtvis skapat den nödvändiga alliansen kring programmets förklaringsmodell. Dessutom finns det kopplingar mellan de metoder, tekniker och ritualer man använder och den gemensamma förklaringsmodellen. Frank menar att dessa kriterier är viktigare för resultatet än huruvida sjukdoms- och medberoendebegreppet är empiriskt grundade (Kristiansen 2000, s. 46). För individerna i undersökningen är det troligtvis så att ju fler komponenter i programmet han/hon är nöjd med desto gynnsammare är förändringsprocessen.

Lägger man ett salutogent perspektiv på vuxenprogrammets verksamhet kan man med sannolika skäl anta att programmet kan ge den anhöriga de verktyg som krävs för att hantera livssituationen trots de påfrestningar det innebär att leva nära en anhörig som missbrukar. Vuxenprogrammet fungerar som en plats för både lärande och skapande av nya gemensamma erfarenheter. Använder man sig av Antonovskys KASAM-begrepp så måste man ändå fråga sig om det är en läroplats som ger en känsla av sammanhang.

Använder man sig av teorins tre komponenter begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet så har programmet troligtvis inneburit att de flesta av deltagarna känner en större känsla av sammanhang än tidigare. Den ökade kunskapen och insikten har troligtvis ökat begripligheten; när det gäller frågan om hanterbarheten ökat så är jag tveksam till om programmet lär ut att man inte är offer för omständigheterna. Som tidigare nämnts är både sjukdomsbegreppet och medberoendebegreppet deterministiska till sin natur. Däremot ger man deltagaren redskap till hur man skall handskas och bryta med både alkoholismen som sjukdom och medberoendet. Meningsfullheten har troligtvis ökat genom att gruppdeltagarna är delaktig i de processer som skapar vardagen. Genom att tillsammans enas kring den gemensamma problematiken skapas denna delaktighet grundad på de ömsesidiga samtalen kring hur det är att vara anhörig till en missbrukande part.

Använder man både antidemoraliseringsteorin och KASAM finns det några intressanta beröringspunkter. Först kan man utgå från det klimat som skapats med utgångspunkt från Franks två första kriterier, förtroendet för gruppledaren och den trygga och kunskapsgenererande miljö som genererats. Detta har troligtvis gett förutsättningar för att skapa den upplevelse av förutsägbarhet, balans och meningsfull medverkan som enligt Antonvosky är villkoret för att öka individens KASAM (Lindstein 2001 sid. 42). Dessutom har troligtvis hanterbarheten och begripligheten ökat tack vare att Franks två sista kriterier, att ha skapat en allians kring förklaringsmodellen och att man lyckats koppla metod, teknik och ritualer till denna modell.

Det är även viktigt att försöka lägga ett socioekonomiskt perspektiv på detta mycket positiva resultat. Ser man till gruppen vuxna barn till missbrukare kan man anta att de flesta inte uppvisar ett asocialt beteende. Däremot verkar det som om många ändå bär på ett handikapp i form av exempelvis skuld- och skamkänslor, dåligt självförtroende och ett starkt kontrollbehov. Detta kan leda till ett psykiskt och kanske fysiskt illamående som kan innebära ett vårdbehov av både somatisk och psykiatrisk karaktär. Är det så att några veckor i ett anhörigprogram och stöd i någon självhjälsgrupp kan hjälpa denna grupp till en bättre livssituation så har programmet troligtvis en viktig humanitär och samhällsekonomisk roll att fylla.

Jag vill återigen betona det sensationellt positiva resultat denna undersökning påvisar både vad gäller deltagarnas syn på programmet och hur det påverkat både deras livssituation och livskvalitet. I undersökningen framkommer det att livskvaliteten är en viktig aspekt för den anhörige. Här kan Kajandis dimension av detta begrepp (se s. 32) ge stöd för den förändringsprocess när det gäller exempelvis relation till och vänner samt relationen till arbete.

Slutligen vill jag nämna att jag provat att använda mig av teorierna för att analysera resultatet av enkätundersökningen. Jag vill dock betona att det inte är någon fullständig analys, det har mera varit ett försök att pröva teoriernas analyskraft. Jag har där sett att dessa teorier har en möjlighet att ringa in olika fenomen som exempelvis programmets komponenter och förklaringsmodell, deltagarnas förändringsprocess och syntesen mellan professionell och erfarenhetsbaserad kunskap. Det är dock svårt att dra slutsatser om programmets påverkan av individens KASAM. Antonovsky är som tidigare nämnt tveksam till en planmässig terapeutisk förändring av KASAM. Han menar dock att en förändring kan ske genom att den terapeutiska miljön är trygg och förutsägbar. För att en genomgripande förändring av KASAM skall ske krävs en radikal förändring av individens livssituation. Enligt min mening borde dock programmets inverkan och deltagandet i självhjälsgrupper kunna ge denna radikala förändring som förändrar KASAM på lång sikt. För att dra mer genomgripande slutsatser kring detta bör den forskning som bedrivs kring KASAM konsulteras.

Förslag till vidare forskning

Jag är nu framme vid slutet av min resa i ett landskap präglad av de anhörigas förändringsprocess. Det har varit ett ljust och öppet landskap, fast det består av enbart hårddata. Att navigera sig fram i detta landskap har dock varit svårt. Ibland stämmer inte kartan med verkligheten och ibland dyker det upp saker som inte finns med på kartbilden. I en förstudie täcker bara kartan en del av landskapet, och tidvis är kartskalen för liten för att man skall se helheten och ibland för stor för att man skall se detaljerna i landskapet. Det innebär att det ibland kan det vara svårt att få ihop teorin med praktiken, och de frågor man har genererar bara fler frågor än svar. Ibland är det även svårt att få en bra balans mellan helhet och detaljer, har jag tittat för mycket på detaljerna har jag missat helheten och tvärtom. Men med hjälp av mitt syfte, frågeställningarna och de teoretiska ansatserna tycker jag ändå att jag hållit mig på fast mark.

Enkätmaterialen har gett svar på många frågor men har som sagt också genererat nya. För att få svar på dessa krävs ett bredare forskningsprojekt som innehåller ett bredare spektrum av metoder. Inom samhällsvetenskapen brukar man skilja mellan två olika metodiska angreppssätt, där utgångspunkten är vilken information man undersöker, mjukdata eller hårddata. I detta sammanhang talar man om kvalitativa och kvantitativa metoder. Valet av metod grundar sig i frågeställningen: Vad vill jag undersöka? Ser man respondenterna som tänkande och handlande personer så handlar det om att få tillgång till deras uppfattningar om situationen och sig själva

på ett djupare plan. Kvalitativa metoder är speciellt lämpade för att granska denna sociala verklighet (Holme, Solvang 1991, s. 14).

Samtidigt existerar respondenterna som grupp inom ramen för olika institutioner (ex. vuxenprogrammet) och som sociala strukturer (anhörig, sociala klasser etc.). Dessa har stor betydelse för deras handlingar. Kvantitativa metoder kan vara en tillgång för att beskriva denna sociala verklighet (a.a. s. 14).

När det gäller att gå från denna förstudie till ett större forskningsprojekt vill jag ställa två frågor: varför? och hur?

Varför bör då denna förstudie utmynna i ett bredare forskningsprojekt? Urvalet i den enkätundersökning som genomförts mellan 1991 och 1991 har visat på sensationellt positiva siffror för både hur gruppdeltagarna upplevt programmet och hur programmet påverkat deras livssituation och deras livskvalitet. För att ytterligare belysa dessa positiva siffror krävs djup- och närstudier av gruppverksamheten för vuxna anhöriga till missbrukare. Det behövs hårdare data för att ytterligare närma sig programmets kärna. En sådan studie bör även inkludera självhjälpsbegreppets framväxt i Sverige, där ett större forskningsprojekt bör utvärdera på vilket sätt Ersta Vändpunktens verksamhet förhåller sig till frivilligsektorns sociala verksamheter. Vändpunktens programverksamhet befinner sig nämligen mellan självhjälpsverksamhet och professionell verksamhet med pedagogiska och behandlande inslag. Därför är det mycket viktigt att inom ett bredare forskningsprojekt skaffa sig kunskaper om internationell och nationell forskning inom detta område och att skaffa sig referenser till andra typer av anhörigverksamheter. Nästa fråga blir då följaktligen: Hur skall ett sådant forskningsprojekt bedrivas?

Ett bredare forskningsprojekt som avser att studera och analysera Vändpunktens gruppverksamhet för vuxna anhöriga bör använda olika metoder och infallsvinklar. Med andra ord bör både kvantitativa och kvalitativa metoder användas för att man skall kunna utföra en hållbar analys. Här skulle Thomas Lindsteins forskning om barn- och ungdomsverksamheten kunna konsulteras. Den genomsyras av tanken om triangulering, dvs. att man närmar sig samma frågeställningar från olika håll och olika nivåer. Triangulering i detta sammanhang skulle exempelvis kunna vara att använda olika metoder, olika källor och olika samspelande teorier (Lindstein 2001, s. 44).

Syftet med undersökningen kan vara att dels undersöka hur och på vilket sätt de anhöriga i programmet förändrat sin livssituation. Det andra syftet vore att identifiera, analysera och värdera programmets komponenter. Centrum för detta bör vara den anhöriges ökade kunskap om och förståelse för att hantera familjemedlemmens missbruk. Ett tredje syfte kunde vara att granska verksamhetens utifrån självhjälpsbegreppet med utgångspunkt från att programmet befinner sig i gränslandet mellan en terapeutisk och en pedagogisk modell.

Självhjälps-
begreppet

Deltagarnas
livssituation

Programmets
komponenter

För forskningsprojektets första syfte kan följande undersökningsfrågor vara användbara:

- På vilket sätt har programmet fungerat som katalysator i den anhöriges förändringsprocess?
- Finns det andra yttre komponenter som varit verksamma i denna förändringsprocess?
- Fungerar programmet förebyggande i termer av hälso- och samhällsekonomiska effekter?

Det andra syftet kan generera följande frågeställningar:

- Hur kan verksamheten beskrivas och förstås?
- Hur ser de anhöriga på programmets olika komponenter, och hur värderar man dem? Hur uppfattas metoden, förklaringsmodellen och gruppledarnas förhållningssätt?
- Hur ser den anhöriges relation till alkohol ut efter genomgången program?

För det tredje syftet kan följande frågeställningar vara adekvata:

- Är vuxenprogrammets metodik sådan att den gynnar självhjälpsmodellen?
- Ger programmet den anhörige möjlighet att förändra sin livssituation oberoende av sin omgivning och är det möjligt?
- Ger programmet nödvändig introduktion till olika typer av självhjälpsgrupper?
- Hur ser förhållandet mellan professionell kunskap och erfarenhetsbaserad kunskap ut i programmet? Vad betonas? Vilket förhållningssätt har personalen till dessa kunskapsstyper?
- Hur ser balansen ut i verksamheten utifrån det faktum att programmet befinner sig i gränslandet mellan pedagogik och terapeutisk verkan? Hur fungerar det utifrån ett självhjälperspektiv?

I ett framtida forskningsprojekt kan följande delmoment ingå:

Fortsatt genomgång av befintligt enkätmaterial bör göras. Datainmatning i SPSS av resterande enkäter och eventuell redigering av tidigare inmatad data. T.ex inmatning av yrkeserfarenheten enligt SCB:s kodlistor för olika yrkesgrupper (SEI). Eventuell övrig revidering av bakgrundsvariabler bör ske med utgångspunkt från möjliga korstabelleringar.

Undersökning bör göras av enskilda respondenters svar över tid, för att utröna den individuella förändringsprocessen. Dessutom bör det genomföras någon form av bortfallsanalys, hur ser det exempelvis ut för dem som enbart svarat på en enkät, är de mer negativa till programmet än övriga? En resultatjämförelse mellan hela enkätaterialet och förstudien bör även göras.

Undersökning av gruppverksamheten kan göras med öppna observationer, vilket innebär att man är accepterad av den grupp man skall observera, de är dessutom införstådda med att forskaren undersöker vissa faktorer som rör gruppen. Det är även viktigt att man före observationen göra klart om man skall förhålla sig passiv eller aktiv i gruppen. Observationen skapar en bild av de nätverk av handlingar och reaktioner mellan gruppmedlemmarna som kännetecknar det sociala system man undersöker (Holme, Solvang 1991, s.134).

Dessutom finns det möjlighet att studera vilka erfarenheter och problem som dryftas och hur de bearbetas. Observationerna kan analyseras med hjälp av Franks fyra kriterier som karakteriserar en lyckad behandling och därför bör följande moment studeras: a) Gruppledarens roll och förhållningssätt, hur matchar han de anhöriga? b) Skapas en trygg miljö för deltagarna, genererar den kunskap och hopp om ett bättre liv? c) Hur förmedlas förklaringsmodellen? Ger det en trovärdig förklaring till gruppdeltagarna? Hur tar deltagarna emot förklaringsmodellen? d) Vilka ritualer och tekniker används? Är de kopplade till förklaringsmodellen och skapas en allians gruppledare och deltagare kring denna? Utöver detta kan gruppkultur och gruppprocesser studeras. Dessutom kan det vara fruktbart att studera förhållandet mellan den erfarenhetsbaserade kunskapen och den professionella, hur man hanterar det inom gruppen och som gruppledare.

Djupintervjuer med ett antal respondenter som genomgått vuxenprogrammet. Syftet är att skapa en djupare förståelse för vuxenprogrammet med utgångspunkt från hur deltagarens livssituation förändrats och hur de värderat programmets komponenter. Intervjuerna kan ha både en retrospektiv och en prospektiv ansats. Den retrospektiva ansatsen handlar om att i intervjuform försöka skapa sig ett före- och ett efterperspektiv genom att blicka bakåt och i efterhand då skapa sig en rimlig förklaring till hur programmet påverkat respondentens livssituation. Problemet med denna ansats är att den påverkan som vuxenprogrammet har haft på deltagarna troligtvis färgar av sig på hur deltagarna upplevde sin livssituation innan de påbörjade själva programmet. För att minska denna retrospektiva "fälla" är det troligtvis nödvändigt att lägga en prospektiv ansats på ett antal intervjuer. Ett exempel på detta är att djupintervjua ett antal deltagare innan de gått in i programmet om deras livssituation och att sedan göra en uppföljande intervju exempelvis ett år efter de slutfört programmet. Genom att kombinera dessa två ansatser kan intervjuaren förhoppningsvis skapa sig en mer sanningsenlig bild av hur programmet påverkat deltagarnas livssituation. I dessa moment finns det möjlighet att följa upp frågeställningar som väckts under de andra delstudierna. Intervjuerna bör vara halvstrukturerade och en intervjuguide med öppna frågor som ligger under vissa teman som bör bli belysta. Aktuella teman kan exempelvis vara följande: På vilket sätt har vuxenprogrammet påverkat din livssituation och hur har den förändrats? Jämförelse av livssituation före och efter programmet. Vilka komponenter i programmet har varit viktigast för denna utveckling? Synen på gruppledarens insats och relationen till övriga gruppmedlemmar. Synen på självhjälpsidén, självhjälpsgrupper, professionell och erfarenhetsbaserad kunskap. Hur ser intervjupersonerna på sin framtid? Intervjustudien bör läggas upp både som en uppföljningsstudie där intervjuaren exempelvis intervjuar respondenter innan, under och efter programmet och som en retrospektiv studie där tidigare gruppdeltagare intervjuas. Urvalet bör ske i samarbete med personalen och bör innefatta deltagare från olika år, från både 8- och 16-veckors grupper, av olika kön, i olika ålder etc. Dessutom bör gruppledare vid programmet intervjuas.

Intervjuundersökningen kan även kompletteras med en skattning av gruppverksamhetens betydelse för deltagarna ur ett salutogent perspektiv. Här kan det vara aktuellt att använda KASAM-frågeformulär utvecklade av Antonovsky för att mäta individens känsla av sammanhang. Frågeformuläret fylls i före och efter programmet. Här kan Antonovskys hypotes angående ev. behandlingsprogramms inverkan på KASAM prövas.

Då programmet har som målsättning att deltagarnas livssituation skall förbättras kan det vara av stort intresse att göra en skattning av gruppverksamhetens betydelse för deltagarnas livskvalitet. Här kan Madis Kajandis livskvalitetsinstrument för mätning av individens livskvalitet vara användbar. Denna manual för intervjuarbedömd livskvalitet utgavs 1991 och består av två delar, en som intervjuaren fyller i och en som intervjupersonen fyller i. Intervjumallen innefattar yttre livsvillkor, mellanmänskliga relationer och inre psykologiska förhållanden. Även här fylls formuläret i före och efter programmet. En jämförelse med KASAM- frågeformulärens resultat kan ge utrymme för intressanta tolkningar.

En utvärdering bör göras av vuxenprogrammets förebyggande insatser när det gäller hälso- och samhällsekonomiska effekter. Hur påverkas den anhöriges fysiska och psykiska hälsa när denna drabbas av den anhöriges alkoholism? Bedriver man även ett folkhälsoarbete inom vuxenprogrammet? Här kan det vara aktuellt med registerstudier som behandlar de anhörigas eventuella ”överkonsumtion” av sjukvård och sjukskrivningsperioder före och efter det att de genomgått programmet

En registerstudie i kombination med tidigare nämnda djupintervjuer, där intervjuaren på ett uppfordrande sätt frågar om sjukskrivningsmönster, konsumtion av sjukvård etc. kan förhoppningsvis ge en bild av programmets eventuella socioekonomiska effekter.

Vidare är det möjligt med en triangulering av de tidigare nämnda teoretiska ansatserna. I en analys lägger dessa olika perspektiv på delstudiernas resultat. Frank antidemoraliserings-teori kan användas som en analys av hur man lyckats med programmet, t.ex. gruppledarens förhållningssätt, miljö, förklaringsmodell, metod, tekniker och ritualer. Att använda sig av ett salutogent perspektiv med grundval från KASAM-begreppet blir ett sätt att analysera och förstå förändringen av livssituationen utifrån huruvida vuxenprogrammet är begripligt, hanterbart och meningsfullt för deltagaren (Lindstein 2001 sid. 244). En kombination med Kajandis livskvalitetsbedömning kan troligtvis vara ett fruktbart sätt att närma sig gruppdeltagarnas förändringsprocess. En analys bör ske ur ett kunskapsteoretiskt perspektiv för att utröna programmets pedagogiska kärna. Hur ser förhållandet ut mellan den

professionella och den erfarenhetsbaserade kunskapen. Var ligger tyngdpunkten? Råder det balans eller finns det motsättningar?

Slutligen bör även uppdatering av aktuell forskning och litteratur som anknyter till både vuxenprogrammets målgrupp och verksamhet genomföras.

För att återvända till kartans värld: genom enkätaterialet och förstudien finns det kompass och grundmateriel till kartan, för eventuella nya kartritare handlar det om att rekognoscera, revidera kartan och fylla i de vita fälten med nya kartecken. Ett utökat forskningsprojekt kan hjälpa till att fylla i dessa vita fält så att kartan kan bli det instrument som krävs för att tolka de anhörigas verklighet.

BILAGA

1. Vad anser du idag att Vändpunkten har betytt för Dig?

	5	4	3	2	1
a) önskad kunskap och insikt					
b) bättre förhållande till missbrukaren					
c) bättre förhållande till övr. familjemedlem.					
d) Bättre eget liv					
e) Kontakt med andra i samma situation					

4. Hur värderar Du programmets olika delar?

	Mycket värdef.	Värdef.	Viss Värde	
Onödigt				
a) lektionerna				
b) gruppsamtalen				
c) personligt samtal med ledarna				
d) gruppgemenskapen				
e) filmerna eller video				
f) annat, specificera nedan				

.....

..

5. Är Du nöjd/missnöjd med ledarnas insatser? (sätt kryss i ruta)

Mycket nöjd	nöjd	varken eller	missnöjd	mkt
missnöjd				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om Du är missnöjd ange något skäl

6. Har du gått på självhjälpsmöten exempelvis Alanan, ACOA, AA, NA före eller efter programmet?

	före	efter
1 gång/vecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ggr/vecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 el flera ggr/vecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inte gått alls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Går Du eller har Du gått i någon annan behandling efter kursen (förutom självhjälpsgrupp)?

Ja Vilken?.....

Nej

8. Anser Du Dig vara i behov av ytterligare stöd och hjälp?

Ja På vilket sätt?.....

Nej

9. Vet Du i så fall vart Du skall vända Dig?

Ja

Nej

Frågor som gäller den beroende

10. Gäller beroendet:

Alkohol

Andra droger

Alkohol + andra droger

11 a. Är den beroende med i AA, NA eller någon annan självhjälpsgrupp efter Ditt deltagande i programmet?

Ja

Nej

Vet ej

b. Har den beroende genomgått behandling som resultat av Ditt deltagande?

Ja

Nej

Vet ej

c. Har den beroendes livssituation förändrats efter Ditt deltagande i programmet?

stor förbättring förbättring oförändrat försämring stor försämring

Din egen livssituation

12. Har din egen livssituation försämrats sedan Du gick kursen med avseende på följande faktorer: (svara sämre, bättre eller med egna ord)

Arbete

Närvaro på arbetet.....

Egen livskvalitet.....

Förmåga att hantera problem.....

Förhållandet till missbrukaren

Förhållandet till övriga familjemedlem.....

Förhållandet till vänner.....

Skuld och skamkänslor.....

13. Har någon annan familjemedlem gått i behandling som ett resultat av Ditt deltagande i programmet?

Ja vilken behandlingsform.....

Nej

Datum.....

Kod nr.....

PUBLIKATIONER

Sköndalsinstitutets skriftserie

1. Bergmark Åke (1994). *Från bidrag till ersättning? – om kommunernas stöd till de frivilliga organisationerna inom den sociala sektorn.*
2. Jeppsson Grassman Eva (1994). *Third Age Volunteering in Sweden.*
3. Nordfeldt Marie (1994). *Frivilliga organisationers insatser för hemlösa.*
4. Lundström Tommy och Wijkström Filip (1995). *Från röst till service? – den svenska ideella sektorn i förändring.*
5. Johansson Göran (1997). *Möta hiv, möta sig själv – en studie av arbetet vid Stiftelsen Noaks Ark-Röda korset.*
6. Stål Rolf (1997). *De mest utsatta – om människors kapacitet och behov av socialt stöd.*
7. Johansson Göran (1997). *För mycke jag, för lite Jesus – LP-stiftelsens vård av missbrukare sedd ur ett socialantropologiskt perspektiv.*
8. Jeppsson Grassman Eva (1997). *För andra och för mig – det frivilliga arbetets innebörder.*
9. Karlsson Magnus (1997). *Självhjälpsgrupper i Sverige – en introduktion.*
10. Lundström Tommy (1997). *Barnavårdsorganisationer vid två sekelskiften – frivilligt barnavårdsarbete förr och nu.*
11. Johansson Göran (1998). *Det lilla extra – om frivilligcentralen i Tyresö.*
12. Johansson Göran (1998). *Saligare att ge - om givandets problem. Ett missionsexempel.*
13. Forssell Emilia (1999). *Äldres död – anhöriga och personal berättar.*
14. Karlsson Magnus (2000). *Delade erfarenheter – om självhjälpsgrupper i Sverige.*
15. Johansson Göran (2001). *Varför hade Moses en syster? Antropologiska aspekter på berättelser och föreskrifter ur moseböckerna.*
16. Johansson Göran (2001). *Välsignelse eller förbannelse? Om koka och kokabruk.*
17. Jeppsson Grassman Eva (2001). *Medmänniska och anhörig. En studie av informella hjälpinsatser.*
18. Meeuwisse Anna (2001). *Ett högriskprojekt. Om missbrukarhabilitering på Basta Arbetskooperativ.*
19. Hansson Jan-Håkan och Wijkström Filip (2001). *Civilt samhälle, social ekonomi eller nonprofit? Fallet Basta Arbetskooperativ. Slutrapport från ett forskningsprojekt.*
20. Engel Charlotte (2002). *För en ny tid? Förskjutning eller förnyelse- en inventering av diakonins dilemma.*
21. Johansson Göran (2004). *Räcka varandra handen. Mångsidig, entydig, kontinuerlig - narkotikaprevention i norra Örebro län.*
22. Lundström Tommy (2004). *Teorier om frivilligt socialt arbete. En diskussion om forskningens läge och organisationernas framtid.* Stockholm: Ersta Sköndal högskola.

Sköndalsinstitutets arbetsrapportserie

1. Granath Kristina (1997). *"Det var så mycket jag inte förstod..." – en intervjuundersökning med vuxna barn till psykiskt sjuka föräldrar.*
2. Boklund Ann (1997). *Paraply för social frivillighet? – granskning av Forum för frivilligt socialt arbete de tre första verksamhetsåren.*
3. Hansson Jan-Håkan och Wijkström Filip (1997). *Basta – beskrivning och analys av ett arbetskooperativ.*
4. Olby Britta (1997). *"Gör sjukhuskyrkan någon nytta?" – en studie av attityder till sjukhuskyrkan.*
5. Forssell Emilia (1998). *Vilka är förlorarna? – om utsatta grupper i välfärden på 1990-talet.*
6. Forssell Emilia (1998). *Anhörigas organisering – en studie av två anhörigföreningar.*
7. Trygged Sven (1998). *Making Work Work.* (Sköndalsinstitutets arbetsrapportserie nr 7).
8. Jess Kari (1998). *Kvalitet för brukare – frivilligt socialt arbete ur ett brukarperspektiv.*
9. Amnå Erik, Lundström Tommy och Svedberg Lars (2000). *Three Essays on Volunteerism and Voluntary Organisations.*
10. Olsson Lars-Erik (1998). *Givande och tagande – interaktion mellan frivilliga organisationer och kommuner.*
11. Meeuwisse Anna (1999). *Debatten om välfärdsstaten och det civila samhället.*
12. Olsson Lars-Erik (2000). *På olika villkor – samverkan mellan kommun och frivillig organisation.*
13. Karlsson Magnus (2000). *Bara en alkoholist kan förstå en alkoholist – deltagare i självhjälpgrupper berättar.*
14. Holmberg Carin (2000). *Aspekter av kvinnosynen i missbruksbehandling – empiriska exempel och teoretiska funderingar.*
15. Hansson Jan-Håkan, Jegermalm Magnus och Whitaker Anna (2000). *Att ge och ta emot hjälp. Anhöriginsatser för äldre och anhörigstöd – en kunskapsöversikt.*
16. Trygged Sven (2000). *Från fristuga till friskola – ett föräldrakooperativ i förändring.*
17. Jegermalm Magnus och Whitaker Anna (2000). *Upptäckten av anhöriga? – kommuners och frivilliga organisationers stöd till äldres anhöriga i Stockholms län.*
18. Forssell Emilia (2000). *Anhörig till äldre invandrare – en fallstudie av anhöriga till äldre utomeuropeiska invandrare utan offentlig äldreomsorg.*
19. Orsholm Ingrid (2001). *Anhörigskapets variationer – åtta berättelser från hjälpgivare i olika miljöer.*
20. Jess Kari (2001). *Effektivitet, brukarmedverkan och kommunala bidrag – en utvärdering av mål, resurser, insatser och brukarkommunikation inom sociala frivilligorganisationer i Stockholm.*
21. Bender Christine och Holmberg Carin (2001). *När alla sköter sitt... – Hur ser stöd och hjälp ut till misshandlade kvinnor i kommuner utan kvinnojour?.*
22. Olby Britta (2001). *Väntjänst och välfärd – ett brukarperspektiv.*
23. Orsholm Ingrid (2002). *Anhörigengagemang – två studier på Gotland.*
24. Bodin Magnus (2002). *Församlingar ger ekonomiskt bistånd – ett uttryck för diakoni i Stockholms stad.*
25. Jegermalm Magnus (2002). *Anhörigstöd – en uppföljningsstudie av kommuners och frivilligorganisationers stöd till äldres anhöriga.*
26. Orsholm Ingrid (2002). *Mellan hem och institution – flexibel avlösning för anhöriga till demenssjuka.*
27. Whitaker Anna (2002). *Att dela den gamlas sista tid – en studie av anhöriga på sjukhem.*
28. Forssell Emilia (2002). *Anhöriga till äldre invandrare med offentlig äldreomsorg. En fallstudie.*

29. Nordqvist Ola (2004). *Ersta Vändpunktens vuxenprogram. En studie av deltagarnas värderingar och upplevelser.*
30. Engel Charlotte (2003). *Fri eller förankrad? En empirisk studie av volontärverksamhet och ideella insatser inom Stiftelsen Stora Sköndal.*
31. Engel Charlotte (2003). *Volontärer. För vem och för vad? Kritisk granskning av en verksamhet inom Stiftelsen Stora Sköndal.*
32. Christiansson Elisabeth (2003). *"Först och framför allt själen". Diakonins tankevärld omkring år 1850.*
33. Börjeson Martin (2004). *"Vi vet inte vilka metoder vi ska använda" - Om relationen mellan kunskap och praktik i Stockholms kommuns sociala arbete med hemlöshetsfrågor 1965-2000.*

Sköndalsinstitutets särtryckserie

1. Lundström Tommy (1995). *Frivilligt socialt arbete under omprövning.* I Socialvetenskaplig Tidskrift, årgång 2, nr 1.
2. Lundström Tommy (1995). *Staten och det frivilliga sociala arbetet i Sverige.* I Kurt Klaudi Klausen & Per Selle (red.) *Frivillig organisering i Norden.* Oslo: Tano.
3. Jeppsson Grassman Eva och Svedberg Lars (1995). *Frivilligt socialt arbete i Sverige – både mer och mindre.* I Erik Amnå (red.) *Medmänsklighet att hyra? Åtta forskare om ideell verksamhet.* Örebro: Libris.
4. Svedberg Lars (1996). *Frivillighet som ideologiskt slagträ och faktisk verksamhet.* I Ojämlighet från vaggan till graven – på väg in i 2/3-samhället. FKF Fakta.
5. Lundström Tommy (1996). *The State and Voluntary Social Work in Sweden.* I *Voluntas*, årgång 7, nr 2.
6. Jeppsson Grassman Eva och Svedberg Lars (1996). *Voluntary Action in a Scandinavian Welfare Context: the Case of Sweden.* I *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, årgång 25, nr 4.
7. Lundström Tommy och Svedberg Lars (1998). *Svensk frivillighet i internationell belysning – en inledning.* I Socialvetenskaplig Tidskrift, årgång 5, nr 2-3.
8. Jeppsson Grassman Eva och Svedberg Lars (1999). *Medborgarskapets gestaltningar – insatser i och utanför föreningslivet.* I Erik Amnå (red.) SOU 1999:84. Civilsamhället. Demokratiutredningens forskarvolym nr. 8.
9. Svedberg Lars (2001). *Spelar ideella och informella insatser någon roll för svensk välfärd? I Marta Szebehely (red.) SOU 2001:52. Välfärdstjänster i omvandling. Forskarantologi från Kommittén Välfärdsbokslut.*
10. Lundström Tommy och Svedberg Lars (2003). *The Voluntary Sector in a Social Democratic Welfare State - The Case of Sweden.* I *Journal of Social Policy*, årgång 32, nr 2.

Sköndalsinstitutets metodbokserie

1. Norlin Lena och Olsson Lars-Erik (2000). *Partner sökes – Samverkan mellan kommuner och frivilliga organisationer.*
2. Sjöberg Malena (red.) (2001). *Men hur mår Du själv? – Om stöd till dem som vårdar anhöriga.*
3. Engel Charlotte (2003). *Se det som är. Diakonal inventering i brytningstid.*

Övriga publikationer i urval

- SOU 1993:82. *Frivilligt socialt arbete i Sverige. Kartläggning och kunskapsöversikt*. Svedberg Lars, Blennberger Erik, Isaksson Kerstin, Jeppsson Grassman Eva, Qvarsell Roger.
- Svedberg Lars (1995). *Marginalitet. Ett socialt dilemma*. Lund: Studentlitteratur.
- Blennberger Erik (1996). Människosyn i socialt arbete. I *Socionomen*, 11, 2, 33-48.
- Blennberger Erik och Svedberg Lars (1996). Frivilligt socialt arbete i Sverige - en översikt. I *Frivilligt välfärdsarbete och offentlig ansvar*. Göteborg: NOPUS.
- Gunnarsson Evy (1996). *Forum 50+ - en organisation i tiden*. Stockholm: Svenska kommunförbundet.
- Hansson Jan-Håkan (1996). Mellanvård - gråzoner och psykiatri. I Alain Topor (red.) *Psykiatri i socialtjänsten*. Stockholm: Bonniers.
- Svedberg Lars (1996). Introduktion till svensk frivillighet - ideologi och verksamhet. I *Tro och tanke*. Svenska Kyrkans forskningsråd 1996:7.
- Blennberger Erik (1997). Socialbidrag - en fråga om etik? I *11 röster om socialbidrag*. (SoS-rapport 1997:5). Stockholm: Fritzes förlag.
- Lundström Tommy och Wijkström Filip (1997). Defining the Nonprofit Sector: Sweden. I Salomon M Lester och Anheier K Helmut (ed). *Defining the Nonprofit Sector. A Cross-national analysis*. Manchester: Manchester University Press.
- Lundström Tommy och Wijkström Filip (1997). *The Nonprofit Sector in Sweden*. Manchester: Manchester University Press.
- Olby Britta (1997). *Äldres livsfrågor*. (SoS rapport 1997:2). Stockholm: Fritzes förlag.
- Blennberger Erik och Nilsson Gert (1998). *Diakonins identitet*. Sköndal: Stiftelsen Stora Sköndal.
- Holmberg Carin och Bender Christine (1998). *Våld mot kvinnor – män i kris*. SoS-rapport 1998:6. Stockholm: Fritzes förlag.
- Svedberg Lars (1998). *Marginella positioner – kritisk granskning av begrepp, teori och empiri*. Stockholm: Epidemiologiskt centrum.
- Johansson Göran (1998). *Måttligt eller meningsfullt*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Blennberger Erik, Hansson Mats J., Stål Rolf (1999). Diakoni – teologi, ideologi, praxis. I *Tro & Tanke* 1999:2. Uppsala: Svenska kyrkans forskningsråd.
- Blennberger Erik (1999). Etiska problem i missbrukarvården. I *Alkohol och narkotika – politik, vård och dilemman*. Stockholm: Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR).
- Whitaker Anna (1999). *I livets sluskede: Frivilligsamverkan i vården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Johansson Göran (2000). *Tvång och tillit. LVM-vård som kulturell ingenjörskonst – exemplet Hornö*. Stockholm: Statens institutionsstyrelses forskningsråd.
- Svedberg Lars och Jeppsson Grassman Eva (2001). Frivilliga insatser i svensk välfärd – med utblickar mot de nordiska grannländerna. I Bjarne Ibsen och Lars Skov Henriksen (red.): *Antologi om frivilligt arbejde*. Odense: Odense universitetsforlag.
- Hammare Ulf och Lundström Tommy (2001). *Socialt inriktade barn- och ungdomsorganisationer. En kunskapsöversikt*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Jegermalm Magnus (2002). Direct and Indirect Support for Carers. Patterns of Support for Informal Caregivers to Elderly People in Sweden. I *Journal of Gerontological Social Work*, årgång 38, nr 4, s 67-84.
- Jeppsson Grassman Eva (red.) (2002). *Anhöriga och anhörigstöd i Stockholms län – Sammanfattning av ett forskningsprojekt*. Stockholm: Ersta Sköndal högskola.
- Jeppsson Grassman Eva och Svedberg Lars (2002). *Frivilligt socialt arbete i Sverige. Betydelsefullt men löser inte välfärdens dilemma*. I *Socionomen* 4, 1-5.
- Johansson Göran (2002). *Bete sig normalt – positioner, perspektiv och problem i den vuxna familjehemsvården*. Statens institutionsstyrelses forskningsråd.
- Karlsson Magnus, Jeppsson Grassman Eva och Hansson Jan-Håkan (2002). *Self-help Groups in the Welfare State: Treatment Program or Voluntary Action?* I *Nonprofit Management and Leadership*, årgång 13, nr 2, s 155-167.
- Nordfeldt Marie och Söderholm Johan (2002). *Frivilligorganisationer som uppdragstagare. Vad betyder det för brukarna?* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Holmberg Carin och Bender Christine (2003). *”Det är något speciellt i den här frågan” – Om det lokalpolitiska samtalet om mäns våld mot kvinnor*. Umeå: Brottsoffermyndigheten.
- Jeppsson Grassman Eva (red.) (2003). *Anhörigskapets uttrycksformer*. Lund: Studentlitteratur.

- Hammare Ulf och Stenbacka Susan (2003). *Socialt inriktade organisationer som arbetar mot missbruk - vilka är de, vad gör de och vad vet forskarna?* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Holmberg Carin och Enander Viveka (2003). *Varför går hon?- Om våldsutsatta kvinnors uppbrottsprocesser*. Ystad: Kabusa Böcker.
- Svedberg Lars (2003). Att vara sårbar och få en marginell ställning. I Eva Jeppsson Grassman m fl *Att drabbas och att forma sitt liv*. Lund: Studentlitteratur
- Blennberger Erik (under utgivning). *Etik för medborgare, socialarbetare och klienter*. Lund: Studentlitteratur.

