

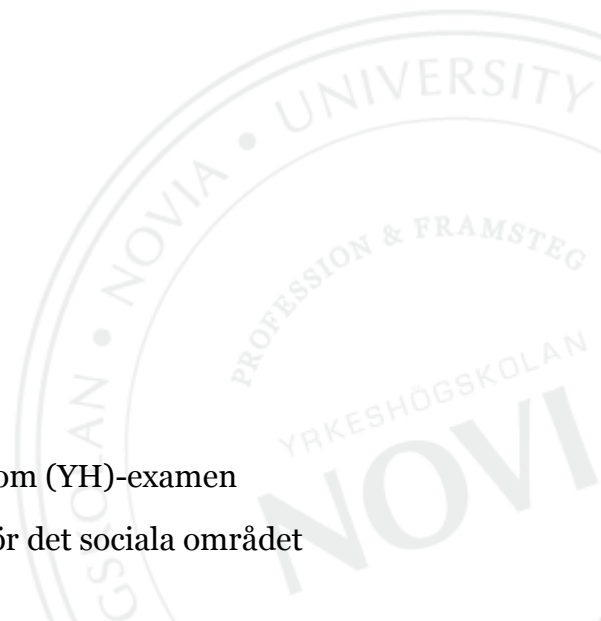
Klient på Pixnekliniken

Vem är det?

En undersökning om gemensamma nämndare

Lola Antfolk

Examensarbete för socionom (YH)-examen
Utbildningsprogrammet för det sociala området
Vasa 2012



EXAMENSARBETE

Författare: Lola Antfolk

Utbildningsprogram och ort: Det sociala området, Vasa

Inriktning/alternativ/Fördjupning: Socialpedagogiskt arbete

Handledare: Viveka Ågren-Rintala

Titel: Klient på Pixnekliniken. Vem är det?

Datum 17.04.12

Sidantal 72

Bilagor

Sammanfattning

Syftet med detta lärdomsprov var att undersöka om det finns några gemensamma nämnare hos klienterna på Pixnekliniken och också att jämföra dem med icke missbrukande personer.

Metoden är kvantitativt deskriptiv och resultaten presenteras mestadels i lättläst diagramform. Som underlag har jag använt ett färdigt frågeformulär som används vid inskrivningen av klienterna.

Frågor som behandlas är bl.a. uppväxtförhållanden, alkoholdebut, arbetsförhållanden, civilstånd samt den subjektiva upplevelsen av hur länge man har druckit problematiskt innan man söker hjälp.

Resultaten visar att vissa omständigheter ökar risken för att fastna i missbruk såsom t.ex. otrygg uppväxt och ärftlighet samt att psykisk ohälsa är nära förbundet med missbruk.

Språk: Svenska Nyckelord: Missbruk

BACHELOR'S THESIS

Author: Lola Antfolk

Degree Programme: Social welfare, Vasa

Specialization: Socio-pedagogical work

Supervisors: Viveka Ågren-Rintala

Title: Client at Pixnekliniken. Who is he /she?

Date 170412

Number of pages 72

Appendices

Summary

The purpose of this thesis was to search for common denominators among the clients of Pixnekliniken and also to compare them to people without addiction problems.

The method is quantitatively descriptive and the results are presented mostly as diagrams and are easy to read. As basis for my study I have used a form of questionnaire that is always given to new clients when they arrive.

Questions included are e.g. childhood conditions, alcohol debut, working conditions, marital status and the subjective experience of how long drinking has been a problem before seeking help.

The results show that certain conditions increase the risk of getting addicted such as insecurity during childhood and heredity, and also that mental illness is closely linked to addiction.

Language: Swedish

Key words: Addiction

Innehållsförteckning

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Inledning..... | 1 |
| 2 | Syfte och problemprecisering..... | 2 |
| 3 | Teoretisk bakgrund..... | 3 |
| 3.1 | Definition på missbruk och beroende..... | 4 |
| 3.2 | Missbrukarpersonligheten..... | 5 |
| 3.3 | Belöningsystemet..... | 8 |
| 3.4 | Ärftlighet..... | 9 |
| 3.5 | Sjukdomsbegreppet..... | 10 |
| 3.6 | Pixnekliniens verksamhet..... | 11 |
| 4 | Tidigare forskning..... | 14 |
| 5 | Metoddiskussion..... | 15 |
| 6 | Resultatredovisning män..... | 16 |
| 6.1 | Antal gånger på vård..... | 16 |
| 6.2 | Ålder vid inskrivningen..... | 19 |
| 6.3 | Civilstånd..... | 19 |
| 6.4 | Arbetsförhållanden..... | 20 |
| 6.5 | Uppväxtförhållanden..... | 22 |
| 6.5.1 | Skilsmässobarn..... | 22 |
| 6.5.2 | Fosterhemsplacering..... | 23 |
| 6.5.3 | Föräldrars missbruk..... | 25 |
| 6.5.4 | Övrigt missbruk i slkten..... | 28 |
| 6.5.5 | Alkoholdebut..... | 29 |
| 6.6 | Orsak till uppsökande vård | 31 |
| 6.7 | Typ av missbruk..... | 33 |
| 6.8 | Hur länge har man haft problem..... | 34 |

| | | | |
|---|-------|--|----|
| | 6.9 | Psykiska besvär..... | 36 |
| | 6.10 | Självordstankar- och försök..... | 37 |
| | 6.11 | Tobaksanvändning..... | 39 |
| 7 | | Resultatredovisning kvinnor..... | 41 |
| | 7.1 | Antal gånger på vård..... | 41 |
| | 7.2 | Ålder vid inskrivningen..... | 43 |
| | 7.3 | Civilstånd..... | 44 |
| | 7.4 | Arbetsförhållanden..... | 45 |
| | 7.5 | Uppväxtförhållanden..... | 46 |
| | 7.5.1 | Skilsmässobarn..... | 47 |
| | 7.5.2 | Fosterhemsplacering..... | 48 |
| | 7.5.3 | Föräldrars missbruk..... | 50 |
| | 7.5.4 | Övrigt missbruk i släkten..... | 52 |
| | 7.5.5 | Alkoholdebut..... | 54 |
| | 7.6 | Orsak till uppsökande av vård | 55 |
| | 7.7 | Typ av missbruk..... | 56 |
| | 7.8 | Hur länge har man haft problem..... | 58 |
| | 7.9 | Psykiska besvär..... | 59 |
| | 7.10 | Självordstankar och -försök..... | 61 |
| | 7.11 | Tobaksanvändning..... | 62 |
| 8 | | Skillnader mellan kvinnor och män..... | 64 |
| 9 | | Diskussion och kritisk granskning..... | 67 |
| | | Litteratur..... | 69 |

1 Inledning

Som avslutning på studierna till socionom (YH) ska den studerande skriva ett lärdomsprov i form av en mindre forskning. Redan när jag började min utbildning var jag klar över att jag ville arbeta med antingen missbrukarvård eller kriminalvård. Efter en kort tids studier så föll valet på missbrukarvård. Då jag valt inriktning gjorde jag all min praktik på Pixneklinden i Malax, Finlands enda kommunalt drivna anstalt för vård av svenskspråkiga missbrukare. Upprätthållare är Kårkulla samkommun. Under praktiktiden föddes idén till att göra en undersökning av klienterna där som mitt lärdomsprov. Då det finns ett stort antal klienter registrerade och journalförda, 1246 st. när jag började min undersökning våren 2011, tänkte jag att det kunde ge en bild av vem som söker sig till missbrukarvården på Pixneklinden.

Idag arbetar jag på Pixneklinden som vikarierande socialterapeut sedan två och ett halvt år och har fått en vidare inblick i vad det innebär att leva som missbrukare eller beroende, vilka problem som uppstår utöver missbruket samt även vad det innebär för de anhöriga runt missbrukaren.

Eftersom kliniken är den enda i sitt slag i Finland torde de flesta svenskspråkiga missbrukare som behöver och söker vård komma dit. Många kommuner har dessutom ett avtal med Pixneklinden som innebär att de betalar en viss summa per svenskspråkig invånare och år och därigenom blir tröskeln lägre för att söka vård då ingen remiss eller betalningsförbindelse behövs, utan klienten kan direkt på egen hand kontakta Pixneklinden för att boka en plats.

2 Syfte och problemprecisering

Min tanke var att se om det finns några särskilda gemensamma nämnare bland klienterna och om jag skulle hitta något som nämnvärt skiljer dessa människor från gemene man.

Man kan dela upp intervjufrågorna i olika grupper som motsvarar olika delar av livssituationen. En del handlar om den sociala miljö man växt upp i, alltså med vem eller vilka och hur välfungerande primärfamiljen var. Hur människor utvecklas beror ju mycket på om de grundläggande behoven uppfylls under barndomen och om föräldrarna kan fungera både som gränssättare och uppmuntrare. Här är frågorna: *Har föräldrarna skilt sig? Har klienten varit fosterhemsplacerad? Finns det missbruk hos föräldrarna eller i nästa led bakåt? Hur tidig var den egna alkoholdebuten?*

En grupp frågor handlar om den nuvarande sociala miljön, vilket ger en bild av det sociala nätverk som eventuellt saknas och som kan ha en negativ inverkan på tillfrisknandet likaväl som att ett "finmaskigt skyddsnät" har en positiv effekt på detsamma. Med det menas att en person som genomgår behandling och sedan ska fortsätta med eftervård i öppen form har större chans att lyckas om han eller hon har ett arbete att gå till och sunda relationer till andra människor. Frågorna i den här gruppen är: *Hur är arbetssituationen? Vilket är civilståndet?*

Alkohol/droganamnesen och den psykiska hälsan utgör en viktig grupp av frågor eftersom typen av drog och användningsfrekvensen styr över vilken typ av behandling klienten behöver och ger också en indikation på hur lång behandlingstiden blir. Olika typer av droger ger olika lång abstinens och kräver ibland medicinsk hjälp. När mediciner används ska även dessa så småningom trappas ner, vilket förlänger tiden som klienten behöver stöd. Missbruk leder dessutom ofta till psykisk ohälsa av olika slag som, även om den är ett delsymtom i missbruket, också behöver tas om hand. Dessa frågor är: *Vilken eller vilka droger har klienten tagit? Röker han eller hon? Hur länge upplever han eller hon att det har varit ett problem?*

Vilken orsak anger klienten till att han eller hon har sökt vård? Finns det några psykiska störningar eller suicidala tendenser? Frågan om nikotinanvändning kan tyckas onödig men det finns ganska mycket forskning kring sambandet mellan nikotin- och alkoholberoende som visar att nikotinet tycks "bana väg" för alkoholens effekt på belöningssystemet och därmed bidra till ökad risk för att utveckla alkoholberoende.

Utöver dessa grupper finns det en del basfakta som jag också valt att redovisa. Åldern när man kommer första gången kommer fram genom att jämföra klientens födelseår och årtal för intervjun. Det ger svar på frågan om vilken medelålder den genomsnittlige Pixneklienten har vid första inskrivningen. Via klientregistret syns också hur många gånger klienten varit här totalt om han eller hon varit här flera gånger. Det har jag också valt att redovisa eftersom det ger en liten, dock långt ifrån fullständig, bild av hur det går efter genomförd primärbehandling för klienterna. Personalen får ju aldrig veta vad som egentligen händer med dem som inte kommer tillbaka.

Det stora antalet frågor kan tyckas märkligt då vi i allmänhet ombeds av våra handledare på Yrkehögskolan Novia att begränsa området så att inte arbetet sväller ut i det oändliga. I det här fallet finns det ett färdigt formulär i form av en ankomstintervju som fylls i av personalen vid inskrivningen och med hjälp av det formuläret har jag kunnat använda alla dessa frågor.

3 Teoretisk bakgrund

I det här kapitlet presenterar jag bakgrundsfakta om hur missbruk och beroende kan definieras, hur missbruk kan uppstå, lite om sjukdomsbegreppet samt fakta om Pixneklinsen och dess behandlingsprogram. Mer teori återfinns sedan i resultatredovisningen.

3.1 Definition på missbruk och beroende

Hög konsumtion av alkohol innebär en ökad risk för psykiska, fysiska och sociala skador. När man bedömer om någon är missbrukare av alkohol eller andra substanser bedömer man utifrån just de kriterierna. När konsumtionen får effekter på individens hälsa och sociala liv kallas det för missbruk. Detta betyder inte nödvändigtvis att man utvecklat ett beroende ännu. För att ställa diagnosen beroende används flera olika diagnossystem där det utreds vilka kriterier patienten/klienten uppfyller. Frågorna handlar om förekomsten av följande karaktäristiska symtom på beroende: Ett starkt behov eller sug efter att dricka alkohol, kontrollförlust, abstinenssymtom vid avhållsamhet, toleransökning, ointresse för allt annat än alkohol samt fortsatt konsumtion trots fysiska och psykiska skador. Exempel på dessa system är IDC (International Classification of Diseases) och DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Dessa system har omarbetats i flera omgångar och kommer ursprungligen från USA.

(Berglund, M 1994, s. 33–35.)

I Sverige används DSM-IV och där definieras missbruk respektive beroende som nedan:

Beskrivning av Missbruk enligt DSM-IV. Ett eller flera av nedanstående kriterier skall vara uppfyllt, upprepat eller varaktigt under en och samma 12-månadersperiod:

- 1. Upprepad droganvändning som leder till att individen misslyckas med att fullgöra sina skyldigheter i skola, arbete eller hem. Exempel: Trött och okoncentrerad på arbetet, dåliga prestationer, upprepat frånvaro från arbetet, misskötsamhet eller skolk i skolan, vanskötsel av barn eller hushåll.*
- 2. Upprepad användning av drogen i situationer som medför risk för fysisk skada. Exempel: Bilkörning, arbete med maskiner.*
- 3. Upprepade kontakter med rättvisan. Exempel: rattfylleri, störande beteende.*
- 4. Fortsatt användning trots ständiga eller återkommande sociala problem. Exempel: Slagsmål, gräl.*

Beskrivning av Beroende enligt DSM-IV. Tre eller flera kriterier skall vara uppfyllda under samma tolv månadersperiod:

1. *Tolerans, som kommer till uttryck i antingen behov av större dos för samma effekt, eller påtagligt minskad effekt vid tillförsel av samma dos.*
2. *Abstinens, som kommer till uttryck i antingen för drogen specifika symtom vid avbruten tillförsel, och/eller intag av drog, eller korstolerant drog, för att lindra/ta bort symtom.*
3. *Intag av större mängd eller under längre tid än vad som avsågs. (Kontrollförlust).*
4. *Varaktig önskan eller misslyckade försök att minska/kontrollera intag.*
5. *Betydande andel av livet ägnas åt att införskaffa, konsumera och hämta sig från användning av drogen.*
6. *Viktiga aktiviteter (socialt, yrkesmässigt, fritidsintressen) ges upp eller minskas på grund av droganvändningen.*
7. *Fortsatt droganvändning trots vetskapen att den har orsakat eller förvärrat fysiska eller psykiska besvär av varaktig eller återkommande natur.*

(Scheffel-Birath, C. m.fl. 2005, s. 132)

3.2 Missbrukarpersonligheten

En auktoritet inom missbrukarvården är Craig Nakken, familjeterapeut och rådgivare vid Family Therapy Institute i St. Paul, Minnesota. Hans bok *The addictive personality* används som kurslitteratur för många som utbildar sig inom området och visar på den personlighetsförändring som missbrukaren genomgår på vägen till beroende. Jag redogör i den här delen av kapitel tre för hans syn på hur "missbrukarpersonligheten" uppstår.

Missbrukare har ofta setts som moraliskt svaga, viljesvaga och eskapistiska. Nakken väljer att istället se missbruket som en fortskridande process, som en sjukdom jämförd med t.ex. cancer. Jämförelsen handlar om att liksom cancer är en okontrollerad tillväxt av celler är missbruk ett "okontrollerat sökande efter helhet, lycka och frid genom en relation till ett objekt eller en händelse". Objektet eller händelsen kallar han för att agera ut, d.v.s. att använda sin favoritdrog. Drogen i sig behöver inte vara kemisk som alkohol eller narkotika utan kan också handla om andra handlingar som t.ex. spel, sex, mat, inköp eller arbete. Helt vardagliga handlingar kan alltså utvecklas till patologiska relationer till desamma där syftet är att undvika obehagliga känslotillstånd, att uppnå en sinnesförändring. (Nakken, 1988, s. 12)

Människor har "bekvämlighetsrelationer" till olika objekt som gör livet behagligare. Vi kan ta en drink för att slappna av efter en stressig arbetsdag, njuta gastronomiskt av en god middag, känna pulsen öka när vi följer hästarna över upploppet eller känna kärlek och samhörighet när vi har sex med vår partner, alltså helt normala aktiviteter som förgyller vår vardag. Det som händer när man blir beroende av något är att man utvecklar en osund känslomässig bindning till det. För missbrukaren blir objektet till slut den enda känslomässiga relation som betyder något för honom eller henne. Först när han eller hon agerar ut, d.v.s. använder sin drog, upplevs tillfredsställelse med livet. (Nakken, 1988, s. 17–18)

På längre sikt innebär relationen till objektet och utagerandet att livet rasar samman. Den drabbade förlorar intresset för alla sunda och normala relationer till sin omgivning och börjar se på andra människor som viktiga bara om de på något sätt kan hjälpa missbrukaren att nå sina mål, att få agera ut. Det kan t.ex. handla om att de anhöriga lånar ut pengar eller att missbrukaren får deras sympati genom att framställa själv som ett offer eller att skuldbelägga de anhöriga för situationen som uppstått. Hot om självmord förekommer. (Nakken, 1988, s.65)

Det finns vissa situationer i livet som är påfrestande och som kan öka risken för att ta till verklighetsflykt som ett sätt att lösa problem, framförallt om individen redan sedan tidigare har ett glest socialt skyddsnät och en ovana av kulturella eller personliga skäl att dela med sig av sina känslor och tankar. Det kan handla om personliga förluster som att man blir arbetslös, går igenom en skilsmässa eller att någon i ens närhet dör. Det kan också handla om en känsla att inte duga i omgivningens ögon eftersom det omgivande samhället ställer höga krav på hur människan bör vara. För den som inte har förmågan att vara källkritisk och se realistiskt på vad det innebär att vara människa kan uppgiften upplevas övermäktig. Genom att agera ut, att ta "sin" drog håller man smärtan på avstånd för en stund och får vila från det som är obehagligt. För de flesta varar denna period av avstängning inte för alltid utan förr eller senare tar man itu med sin sorgbearbetning och kan sedan gå vidare med sitt liv. Den som utvecklar ett missbruk blir man kvar i det avstängda stadiet och fortsätter reglera sina känslor via sitt utagerande. (Nakken, 1988, s.73–97)

När verkligheten kommer ikapp och missbrukaren, troligtvis p.g.a. tillräckligt många negativa konsekvenser, tvingas ta itu med missbruket genom någon form av behandling behöver han eller hon inte bara avstå från drogen utan också börja se sig själv som en person som utvecklat en "missbrukarpersonlighet". Med det menas att strategin att genom utagerande undvika obehagliga sinnesstämningar inte per automatik försvinner utan att tendensen finns kvar livet ut. Det här innebär att det alltid finns en risk att missbrukaren byter en drog mot något annat: Alkoholisten börjar spela, narkomanen köper sex, bulimikern arbetar 16 timmar per dygn o.s.v.

(Nakken, 1988, s.106-107)

3.3 Belöningssystemet

Ett annat sätt att förklara vad beroende är behandlar de biologiska och fysiologiska effekter som uppstår när någon dricker alkohol och/eller tar droger. I hjärnan finns ett belöningssystem som ursprungligen syftade till att upprätthålla artens fortlevnad. När vi gör saker som gynnar oss på längre sikt får vi en känsla av välbefinnande. Detta belöningssystem har fyra uppgifter: Mat och sex håller oss själva vid liv och får arten att fortsätta existera genom reproduktion. Signalsubstansen i detta fall är *dopamin*. Hot och faror aktiverar stressreaktioner och när faran är över frisätts *acetylkolin* vilket ger oss en känsla av stressbefrielse. Belöningssystemet skyddar oss också mot sjukdom genom att vi känner smärta som i sin tur löser ut produktionen av *opiater*. Sist men inte minns syftar belöningssystemet till att göra oss sociala och stabila. När vi umgås med andra människor och känner oss delaktiga i ett socialt sammanhang frigörs *serotonin*. Alla de här belöningarna är helt naturliga och hör till det dagliga livet. (Erlanson-Albertsson & Wingren, 2008, s. 8--10).

Till de onaturliga belöningarna hör t.ex. droger, alkohol och nikotin och de aktiverar samma belöningssystem, problemet är bara att dessa kemiska preparat är så mycket effektivare än de "vanliga" njutningarna. Följden blir att individen lättare blir beroende av kemiska droger genom att han eller hon ständigt vill ha mer av njutningen och belöningssystemet har blivit avtrubbat och mindre känsligt. Man söker den omedelbara "kicken" och har lärt sig hur man snabbt får den. Man förlorar helt enkelt intresset för naturliga belöningar eftersom belöningssystemet blir "förslavat". (Erlanson-Albertsson & Wingren, 2008, s. 11–15).

Alkohol tar sig snabbt in i hjärnan och har den egenskapen att den reagerar med alla receptorer i belöningssystemet, serotonin-, opiat-, och acetylkolinreceptorerna och dessutom frisätter den dopamin. Det är därför man får så många effekter av alkohol: eufori, avslappning, smärtlindring och ökad självkänsla. Eftersom effekterna känns så bra uppstår lusten att dricka mer, vilket på sikt kan leda till missbruk och beroende. (Erlanson-Albertsson & Wingren, 2008, s. 24–25).

Även Agerberg beskriver utvecklingen av beroende som att hjärnan "kidnappas" genom att drogerna ger en så kraftig effekt att våra vanliga njutningar som t.ex. mat och sex inte längre räcker till och vi fastnar i beteendet att fortsätta använda droger trots att vi på ett kognitivt plan vet att det inte är bra för oss. Försök på råttor med inopererade elektroder som via en "tasstryckning" gav stimulans i belöningssystemet visade att de efter en tid tappade intresse för både mat och sex och enbart sökte den elektriskt framkallade stimulansen. (Agerberg, 2004, s. 45–53)

3.4 Ärftlighet

Forskning på tvillingar och adopterade barn visar att den ärftliga delen av alkoholberoende ligger på mellan 50–60 % och resten beror uppväxtmiljön. Andra faktorer som har med gener att göra är t.ex. psykiska sjukdomar som bipolär sjukdom eller schizofreni eftersom de i sig ökar risken för att utveckla ett beroende men i hög grad är ärftliga. Även beteendestörningar som antisocial personlighet ökar risken för missbruk och är ärftligt. Alkoholåtligheten nedärvs också och ju lägre respons man har på alkohol, desto mer dricker man vid ett och samma tillfälle, vilket ökar risken för att utveckla ett beroende. (Agerberg, 2004, s. 72)

3.5 Sjukdomsbegreppet

Många har svårt att acceptera att beroende är en sjukdom, även en del missbrukare själva. Fortfarande finns det en del som anser att en missbrukare bara har dålig karaktär och behöver rycka upp sig och ta sig i kragen och sluta dricka så blir allt bra, att det mer är ett problem av social och polisiär karaktär hellre än medicinsk. Missbrukarvård ligger ju också på socialvårdens bord och inte på hälsovårdens, förutom vid akut avgiftning. År 2000 gjorde forskare i USA en systematisk jämförelse mellan tre andra kroniska sjukdomar och alkohol: astma, högt blodtryck och diabetes typ 2. Man jämförde ärftlighet, miljö och livsstil samt återfallsfrekvens. På ärftlighetssidan var det lite skillnader: för astma angavs ca 50 % precis som för alkohol medan den var lägre för högt blodtryck, ca 25–50 %, och högre för typ 2-diabetes, hela 80 %. När det gällde miljön kom man fram till att onyttig mat, för lite motion och stress ökar risken för att utveckla diabetes typ 2 och högt blodtryck precis som att rikligt alkoholintag ökar risken för beroende. Vilka symtom sjukdomen ger påverkas av livsstilen. Alla fyra tillstånden är kroniska men kan hållas i schack genom att medicinera, men medicin räcker inte, utan man behöver också se över sina övriga livsstilsvanor. Undersökningen visade att färre än hälften av diabetespatienterna följde sin läkares råd och skötte sina läkemedel och inte ens tre av tio astma- och blodtryckspatienter skötte om sig som de borde. Återfallsfrekvensen inom ett år var för diabetes 30–50 %, för förhöjt blodtryck 50–60 % och för astma 60–80 %. Jämförelsen med alkoholberoende visade att risken för återfall inom ett år var 40–60 %. Studien visar att det mycket väl går att se beroende som en kronisk sjukdom som behöver vårdas livet ut för att förbli symtomfri och undvika återfall. Forskarna håller också fram att bara för att individer väljer själva om de vill dricka eller inte så finns det också andra sjukdomar som uppkommer av felaktiga val av beteende och att man inte bara kan anse att alkoholister och narkomaner får "skylla sig själva". Det finns personer som haft en hjärtinfarkt och ändå fortsätter att äta fet mat, röka och undvika motion. (Agerberg, 2004, s. 39–44)

3.6 Pixnekliniens verksamhet

Pixnekliniken är ett behandlingshem för svenskspråkiga missbrukare, beläget i Malax. Byggnaden är från 1950-talet och har tidigare fungerat som lärarbostad, folkhögskola och ämbetshus. Nuvarande verksamhet startades 1987 och drivs av Kårkulla samkommun medan Malax kommun äger fastigheten.

Ansvarig verksamhetsledare är Tore Lund, psykolog, och till sin hjälp har han ett tiotal medarbetare. Deras utbildning och erfarenhet är skiftande och några är själva tillfrisknande alkoholister och narkomaner. Exempel på deras utbildningar är socialterapeuter, sjukskötare, närvårdare samt övervakare. Flera av dem har varit med ända från starten och har stor erfarenhet inom området. Varje vecka kommer också en läkare till kliniken och träffar klienterna. Nyktra alkoholister och andra gästföreläsare besöker kliniken ibland och leder klienternas samtalsgrupper. Personalen får en gång per månad professionell handledning av en utomstående psykolog i grupp. (Lund, 2011, personlig kommunikation).

Verksamheten lyder som sagt under Kårkulla samkommun med egen budget. Huvuddelen av inkomsterna kommer från det avtal som finns mellan kommunerna och kliniken. De kommuner som deltar betalar en viss summa per år och svenskspråkig medborgare för vård på Pixne. Vissa kommuner har valt att inte delta, vilket innebär att deras invånare i behov av vård bedöms enskilt och beslut tas i varje fall om huruvida kommunen betalar för vård. För deltagarkommunerna kan varje klient själv ringa och boka tid för en kurs på Pixne medan övriga först måste ha en betalningsförbindelse klar innan de kan komma på behandling. För personalen innebär detta ett problem då klienter många gånger ringer och verkligen behöver hjälp, men om de bor i "fel" kommun kan ingen hjälp ges förrän allt är klart. Långa handläggningstider gör att många mår dåligt i väntan på besked. För klienter boende i tvåspråkiga kommuner med övervikt på finska hänvisas de ofta till finskspråkiga behandlingshem, vilket inte är så lämpligt med tanke på hur de då kan tillgodogöra sig behandling. Alla behöver få använda sitt modersmål (känslspråk) i terapiesammanhang. (Lund, 2011, personlig kommunikation).

En behandling handlar om att förändra något och det innebär att man måste göra en inre storstädning. Man måste komma till en insikt om sig själv som gör att man kan ändra sina attityder, värderingar och beteenden. Ärlighet är A och O, vilket kräver mod. Under tiden man dricker så sjunker moralen och man börjar ljuga, både för sig själv och för andra. Oftast gör sanningen så ont att man väljer det falska. Att utelämna saker är också att ljuga. Man reser försvarsmurar runt sig själv och förnekar det uppenbara, sin alkoholism. För att nå insikten om vem man är och att man har alkoholproblem krävs alltså att man vågar vara ärlig. När man genomgår en behandling på Pixne handlar det mycket om att berätta om sitt liv och sitt missbruk. Vissa saker man gjort och sagt kan upplevas så skamliga att det känns omöjligt att berätta. Paradoxalt nog är det som är svårast att berätta också det viktigaste att berätta. Man kan se det som en ryggsäck med skräp som man tömmer och kastar bort. Klienten gör sig av med det som är onödigt att bära på genom att tala om det. (Lund, 2011, personlig kommunikation).

Genom att "lägga pussel" med bitarna av sitt liv kan man se ett mönster i drickandet och förstå varför livet har blivit som det är. Missbruket får konsekvenser och inte tvärtom. Man får problem av att dricka, man dricker inte för att man har problem. Drickandet kanske har börjat så, men oftast har det för länge sedan tappat proportionerna. Genom att lägga det här pusslet kan man bringa ordning i kaoset och hitta en väg att reda ut oredan. De andra i gruppen fyller en stor funktion eftersom de lätt genomsådär lögner och försköningar. "Jag ser att du ljuger, du ser att jag ljuger, men själv ser jag det inte." I grupparbetet får man också en aha-upplevelse när man inser att man inte är ensam om problemet. Man känner igen sig i andras berättelser och vågar berätta själv. (Lund, 2011, personlig kommunikation).

Personalen försöker förmedla kunskap om hur sjukdomen yttrar sig, symtomen, behandling etc. Till hjälp har man ett antal olika filmer samt eget föreläsningmaterial. Oftast handlar det om effekterna alkohol har på psyket och fysiken både kemiskt och socialt. För många kommer det som en nyhet att alkoholen faktiskt påverkar hjärnan kemiskt. Ofta har de fått höra att de bara har dålig karaktär och är svaga. Det som för en "normal" person innebär

några drinkar och berusning som går över, innebär för alkoholisten bara ett sug efter mer. Den skuld och skam som många bär på kan lättas när de får höra att alkoholism är en sjukdom som gör att de helt enkelt inte tål alkohol. Alla försvarstal och lögner de levererat under åren för att rättfärdiga sitt drickande har varit onödiga. Med kunskap om och insikt i sjukdomen kan man behandla den. Metoderna som används är tolvstegsprogrammet, motiverande samtal samt kognitiv beteendeterapi. (Lund, 2011, personlig kommunikation).

Ett mål för en alkoholist bör vara att ta en dag i taget. Att lova sina anhöriga att man aldrig ska dricka mer kan bli ett löfte som förpliktigar för mycket. Lika lite som vi någon annan kan lova någon något för alltid kan en alkoholist göra det. Bättre är att tänka på morgonen att idag ska jag vara nykter. Igår har varit och i morgon vet jag inget om, men idag ska jag vara nykter. Dagar läggs till dagar, veckor till veckor osv. För omgivningen kan det här vara svårt att förstå, men för en alkoholist är det viktigt med realistiska mål som kan uppnås. För varje nykter dag ökar självkänslan. Lund, 2011, personlig kommunikation).

Även för anhöriga till alkoholister anordnas veckoslutskurser där också de kan möta människor med samma erfarenheter. Ofta går de medberoende igenom samma faser som den sjuke själv med förnekelse, skuld, skam och sorg. Också de behöver hitta verktyg för att hantera sin vardag och inse att också de är maktlösa inför alkoholen. Ingen kan förändra någon annan, bara sig själv. (Lund, 2011, personlig kommunikation).

För tidigare klienter anordnas uppföljningsträffar och Pixne har även en kamratförening som träffas några gånger per år. Medlemmarna uppgår till ett drygt hundratal och verkar stödande för varandra och för nykterheten. Lokala eftervårdsgrupper finns i några österbottniska städer dit personal från Pixne åker och träffar tidigare "Pixneiter". (Lund, 2011, personlig kommunikation).

En förmiddag i veckan delas gruppen i två och kvinnor och män går åt varsitt håll. Syftet med den här uppdelningen är att ge klienterna en chans att prata om sådant som kan upplevas känsligt i en blandad grupp. Det kan röra sig om sexualitet, relationsproblem, barn etc. De flesta upplever detta som positivt även om det kan förekomma tvivel i början. I sann jämställdhetsanda är den typiske alkoholisten inte längre en man utan kvinnor drabbas i allt

högre grad. En orsak kan vara just att de tar efter männen i deras sätt att vara men fysiskt tål de mindre alkohol. (Lund, personlig kommunikation).

Många gånger drabbas kvinnor hårdare än män när de missbrukar eftersom de kan hamna i t.ex. prostitution eller bli utsatta för våld. De här sakerna kan kännas svåra att tala om med män närvarande. En annan aspekt av varför kvinnogrupperna startades upp var att kvinnor ofta är mer fördömande mot varandra än män. Många av de kvinnor jag mött på Pixne har aldrig haft nära relationer till andra kvinnor utan de vittnar ofta om mer konkurrens än systemskap. Genom de här grupperna får de kanske för första gången höra att andra kvinnor har liknande erfarenheter och att de inte är ensamma. Männen å sin sida har ofta ett invariant beteende att vara lite "macho" vilket gör att det kan vara svårt att ta ner garden och prata om känslor, impotens eller vad det nu kan vara i sällskap med kvinnor. När det kommer till enskilda terapiesessioner däremot verkar de flesta män uppleva det lättare att prata med en kvinnlig terapeut när det handlar om relationer och känslor. (Lund, 2011, personlig kommunikation).

4 Tidigare forskning

Då det inte finns någon jämförbar undersökning i Finland, eftersom Pixnekliniken är landets enda anstalt för svenskspråkiga missbrukare, så har jag valt att ta del av två svenska undersökningar. Eftersom jag själv inte behärskar det finska språket har jag heller inte kunnat söka efter motsvarande på finskt håll.

Den ena undersökningen jag valt har utförts på uppdrag av SOU (Statens offentliga utredningar) i Sverige av Institutet för klinisk psykologi i Umeå och är en rapport till utredningen med benämning SOU 2011: 35 som blev klar i juni 2011. Studien bygger på 14000 intervjuer med missbrukare på 50 olika vårdinrättningar i Sverige, både kommunala och privata. Frågorna skiljer sig en del från dem i min egen undersökning varför jag bara kunnat använda en del av den svenska undersökningen som jämförelse.

Den andra undersökningen har utförts av Karolinska Institutets Folkhälsoakademi på uppdrag av Stockholms Läns Landsting och har nummer 2010:29.

I övrigt hänvisar jag till relevant information om respektive område i resultatredovisningen och källorna återfinns i litteraturförteckningen.

5 Metoddiskussion

Jag har valt att göra en kvantitativ deskriptiv undersökning eftersom det finns ett färdigt ifyllt frågeformulär som dessutom alla intagna (n=1246) svarat på, dvs. en svarsprocent på 100 %. Jag anser därför att undersökningen har en stor tillförlitlighet. En invändning man kan ha är dock att kvaliteten och sanningshalten i svaren möjligen kan variera då intervjuaren inte är densamme utan har varierat över tid samt att respondenten inte nödvändigtvis är positivt inställd till situationen vilket kan påverka kvaliteten på svaren i negativ riktning. Andréasson (1994, s.48-49) talar om några sätt att höja tillförlitligheten på svaren. Personen som intervjuas bör vara drogfri och abstinensfri (nykter minst en vecka). Vidare bör frågeställaren förmedla empati och respekt samt ha upprättat en god relation som gör att respondenten känner förtroende. Jag har ingen möjlighet att utgående från intervjusvaren avgöra om alla dessa kriterier uppfyllts.

Frågeformuläret som använts ligger som grund för inskrivningsproceduren på kliniken. Syftet är att ta reda på bakgrundsinformation om klienten främst när det handlar om hur konsumtionen av alkohol och droger sett ut men också hur den egna uppväxten varit och hur det sociala nätverket runt klienten ser ut.

För att behandla uppgifterna har jag använt mig av programmet Microsoft Office Excel 2007. Jag har kodat uppgifterna utan personsignum och hemkommun. Endast födelseår och inskrivningsår framgår. Då underlaget är stort anser jag att sekretess och etik är beaktat. Ingen kan genom resultatet identifiera en enskild klient.

Jag har valt att presentera resultaten för kvinnor och män separat då resultatet annars skulle kunna bli missvisande eftersom kvinnorna är i minoritet och en del resultat skiljer sig markant, vilket redovisas i ett separat kapitel.

6 Resultatredovisning män

Antalet män som ingår i intervjugruppen är 989 stycken. Av dessa har 117 stycken rapporterats som avlidna. Den siffran kan knappast betraktas som tillförlitlig då Pixneklíniken inte automatiskt får någon uppgift om dödsfall, men via olika samarbetspartners, anhöriga och andra klienter kommer dessa uppgifter ändå fram ibland. Jag har valt att redovisa gruppen som helhet men också att dela upp gruppen i två delar och separera dem som, enligt uppgift, har avlidit sedan de var inne på vård. Det finns heller inga uppgifter om dödsorsaker, alkoholrelaterade eller inte.

6.1 Antal gånger i vård

Det är inte ovanligt att klienten kommer flera gånger på vård. Nedan visas svaren på den frågan för respektive grupp och för männen totalt. Ca två tredjedelar har varit en gång och bland dem som varit mer än en gång är två det dominerande talet.

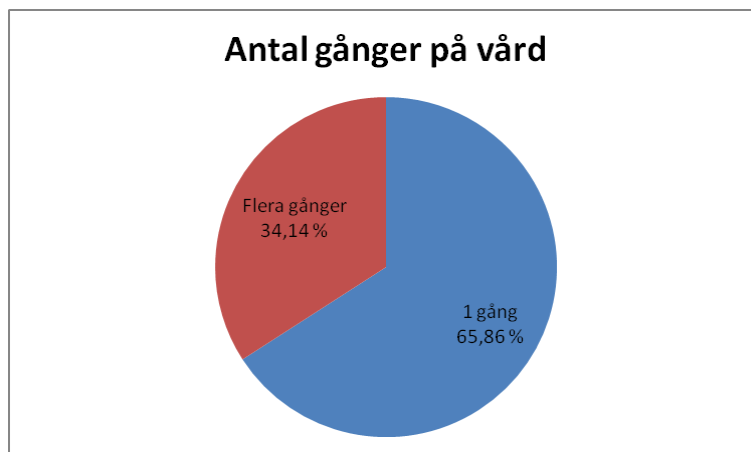


Fig. 1 En eller flera gånger på vård, män (n=872)

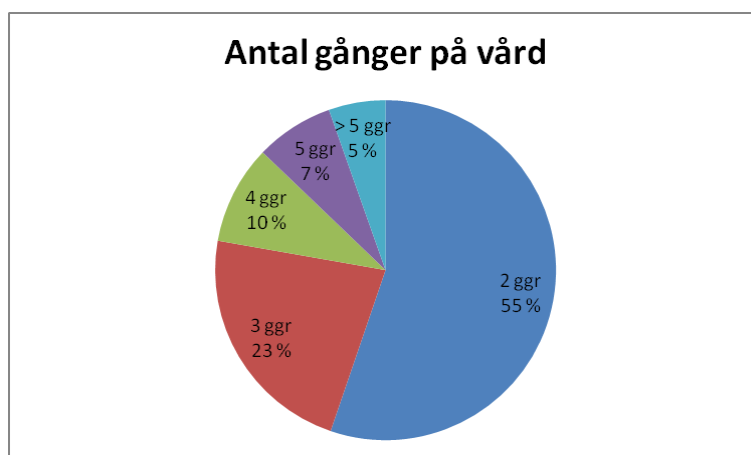


Fig. 2 Antal gånger på vård om fler än en, män (n=297)

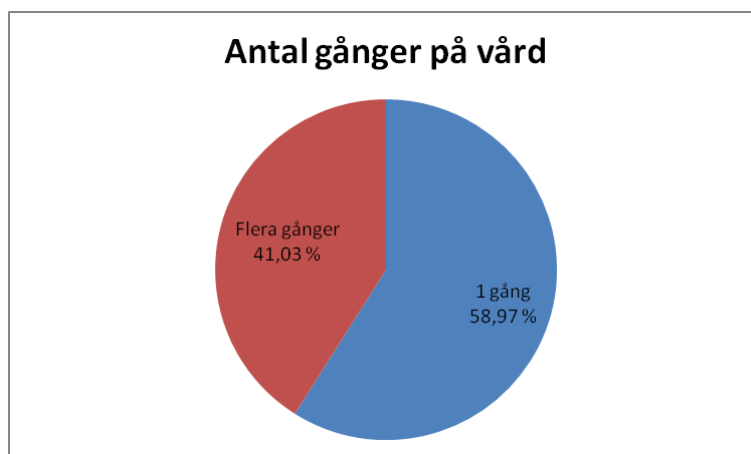


Fig. 3 En eller flera gånger på vård, avlidna män (n=117)

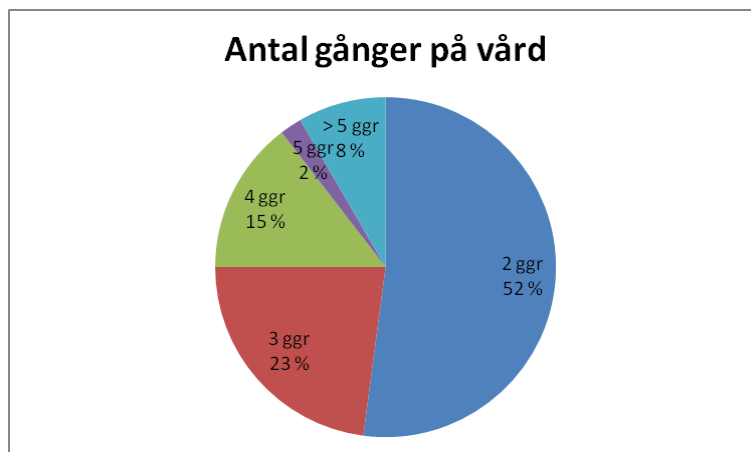


Fig. 4 Antal gånger på vård om fler än en, avlidna män (n=48)

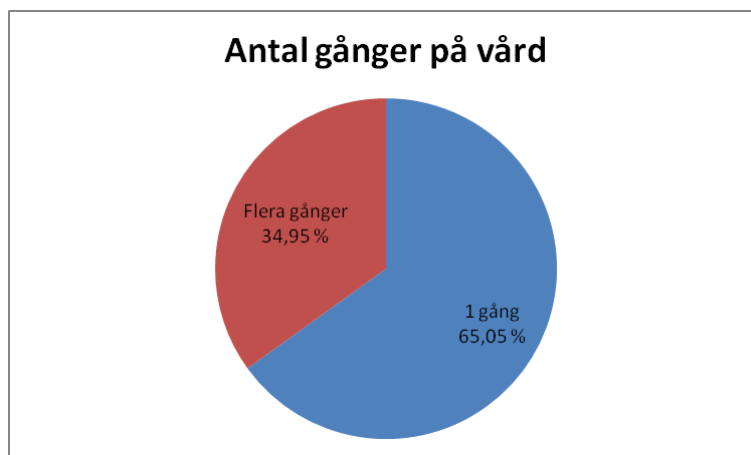


Fig. 5 Antal gånger på vård, alla män (n=989)

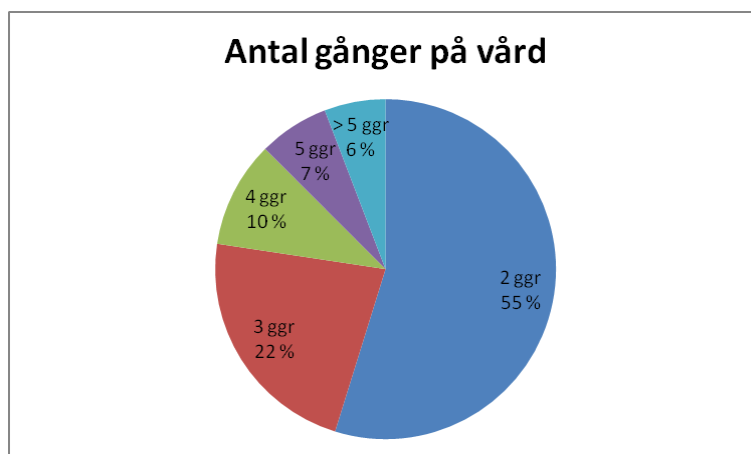


Fig. 6 Antal gånger i vård om flera, alla män (n=344)

6.2 Ålder vid inskrivningen

För gruppen män (n=872) var medelåldern vid inskrivningen 40,1 år. För gruppen avlidna män (n=117) var medelåldern avsevärt högre, 45,7 år. Genomsnittet för alla män ger en ålder av 42,9 år vid första inskrivningstillfället.

6.3 Civilstånd

Majoriteten av klienterna, 58 %, har uppgett att de lever ensamma, d.v.s. att de inte är samboende eller gift med någon. I den svenska undersökningen kom man fram till 74 % för samma grupp vilket är avsevärt många fler. Någon förklaring till den stora skillnaden framgår inte.

(Armelius B-Å & K. 2009.)

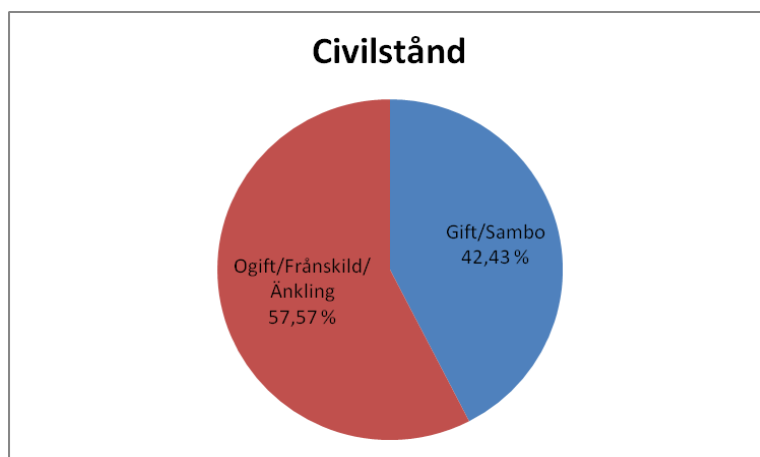


Fig. 7 Civilstånd, män (n=872)

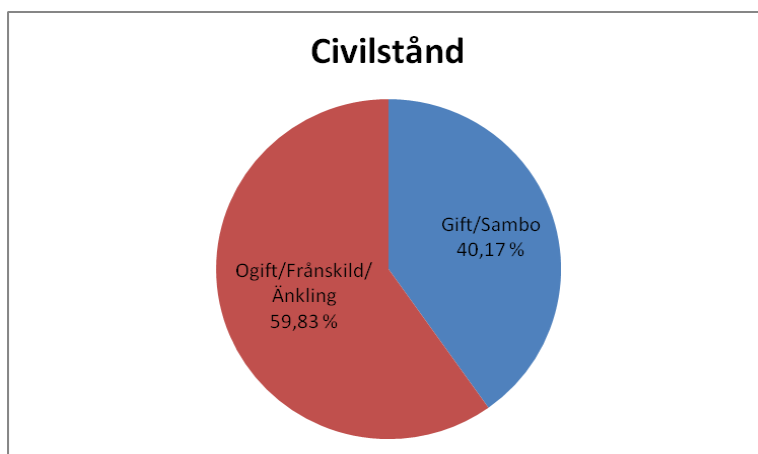


Fig. 8 Civilstånd, avlidna män (n=117)

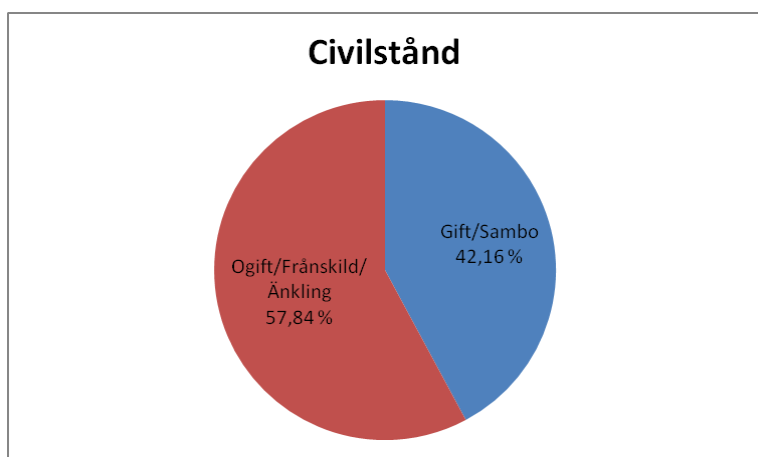


Fig. 9 Civilstånd, alla män (n=989)

6.4 Arbetsförhållande

En klar majoritet av männen, ca 4 av 10, var arbetslösa. I Sverige fann Armelius och Armelius (2009) att förhållandena var desamma, d.v.s. 42 %. Som en jämförelse kan nämnas att enligt Statistikcentralen var arbetslöshetstalet i Finland 6,9 % i juli 2011.

(Finlands officiella statistik, 2011)

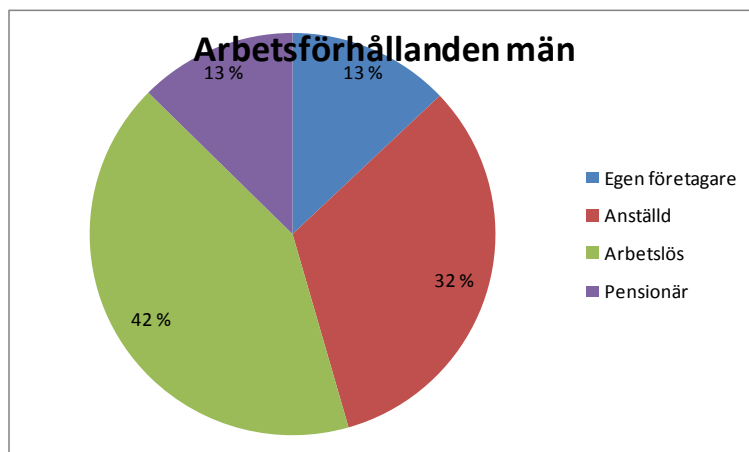


Fig. 10 Arbetsförhållande, män (n=872)

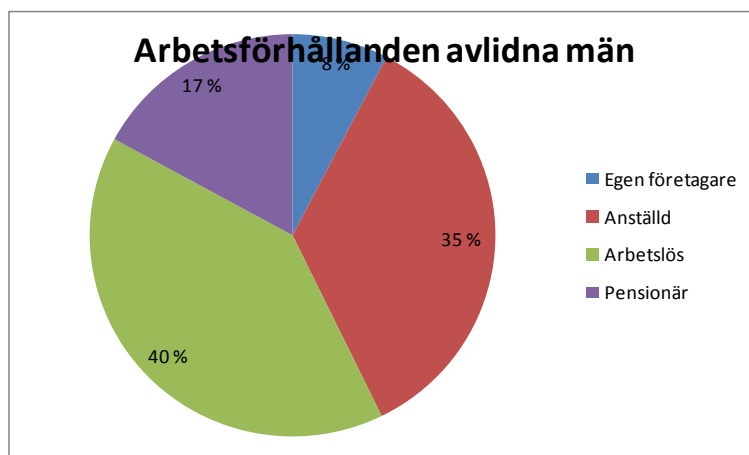


Fig. 11 Arbetsförhållande, avlidna män (n=117)

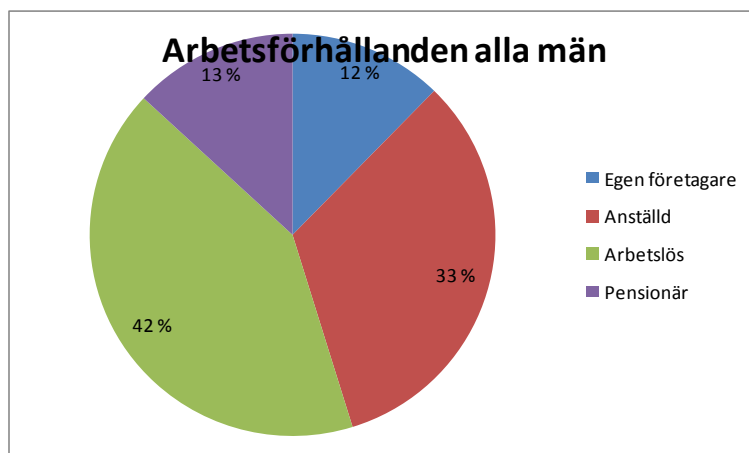


Fig. 12 Arbetsförhållanden, alla män (n=989)

6.5 Uppväxtförhållanden

Här har jag tagit med följande faktorer: Har klienten vuxit upp med båda sina föräldrar eller är de skilda? Har klienten varit fosterhemsplacerad? Finns det fler som missbrukar i familjen och släkten?

6.5.1 Skilsmässobarn

Andelen skilsmässobarn verkar inte vara större än hos befolkningen i övrigt. För alla finländare har andelen barn som växt upp med bara en av föräldrarna rört sig från ca 12 % 1985 till ca 20 % 2008 och klienterna i min undersökning befinner sig inom det spannet, möjligen i överkant.

(Statistikcentralen, 2009)

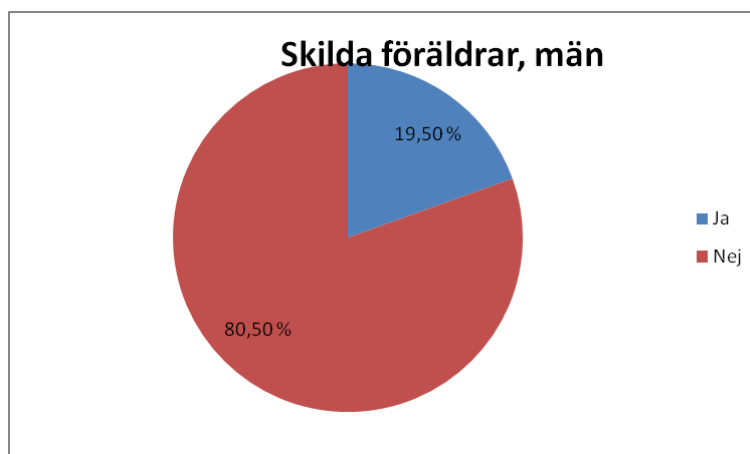


Fig. 13 Skilda föräldrar, män (n=872)

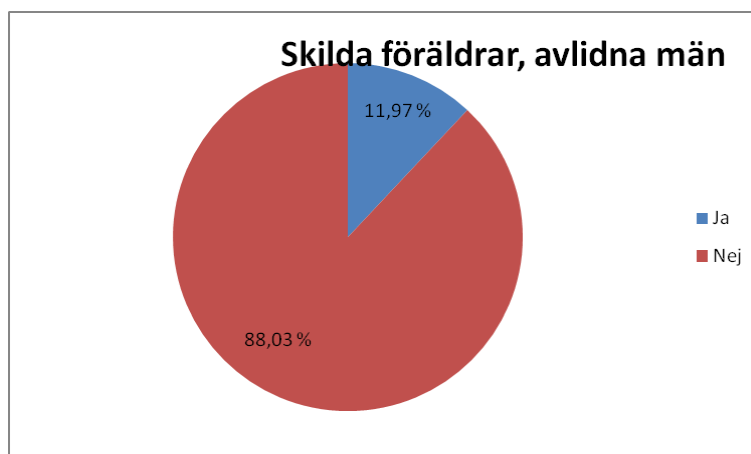


Fig. 14 Skilda föräldrar, avlidna män (n=117)

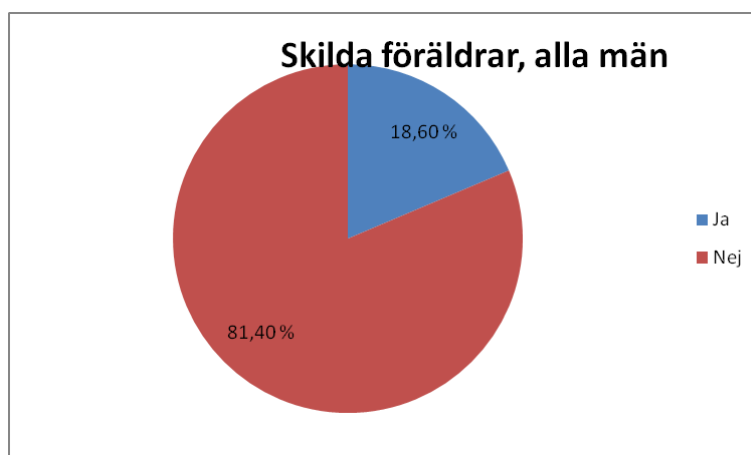


Fig. 15 Skilda föräldrar alla män (n=989)

6.5.2 Fosterhemsplacering

Andelen fosterhemsplacerade är stor, 6,47 %, vilket kan jämföras med statistik från Stakes från 2009 som anger 1,3 % för hela landet. En förklaring kan vara att en del av klienterna är s.k. krigsbarn som blev skickade till Sverige under kriget, men ändå är skillnaden så pass stor att man inte helt kan bortse från resultatet.

En annan tänkbar orsak till den höga andelen fosterhemsplaceringar är att många av dem själva är uppvuxna med missbrukande föräldrar vilket ökar risken för att bli omhändertagen på grund av barnskyddsåtgärder. Dessa barn växer upp med en sorg och saknad efter föräldrarna som kan leda fram till ett självdestruktivt beteende. (Fahrman, M. 1993, s. 87–121).

Även Aaltonen m.fl. (2003, s. 258 – 246) nämner att otrygghet under barnåren är en stor riskfaktor för att utveckla alkoholproblem eller annat missbruk och att bli fosterhemsplacerad får väl ses som otryggt även om det kan vara nödvändigt i vissa fall.

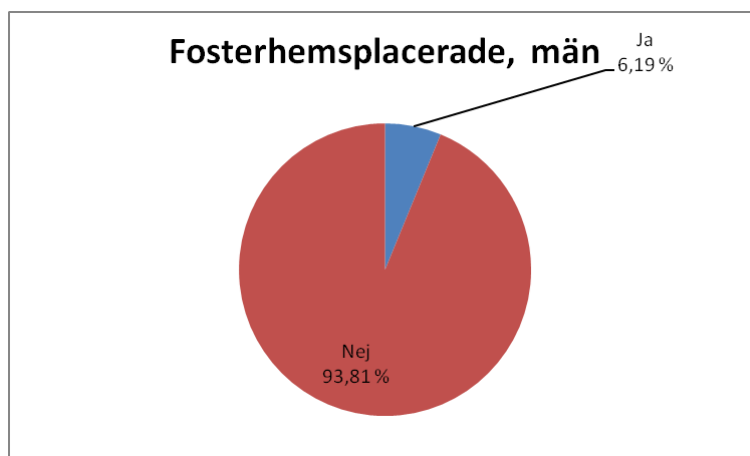


Fig. 16 Fosterhemsplacerade män (n=872)

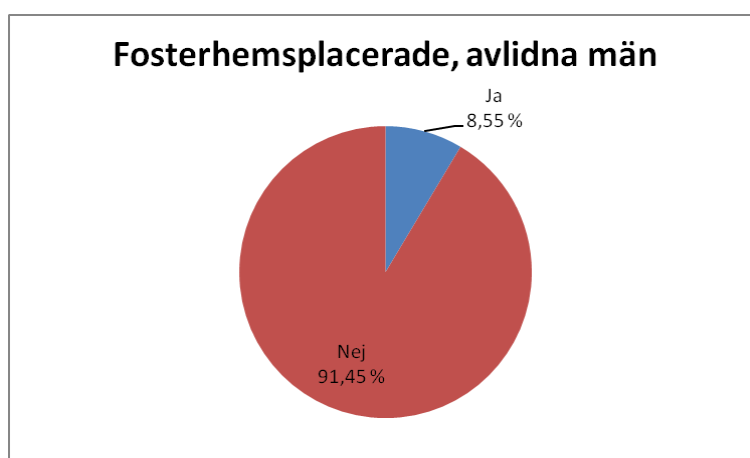


Fig.17 Fosterhemsplacerade avlidna män (n=117)

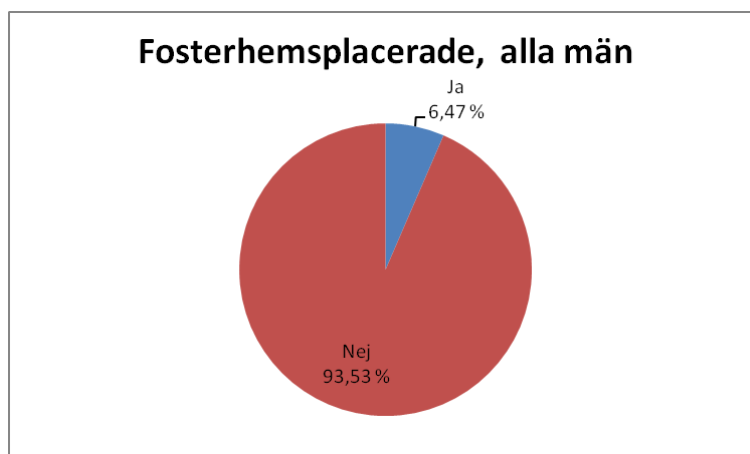


Fig.18 Fosterhemsplacerade, alla män (n=989)

6.5.3 Föräldrarnas missbruk

Undersökningen visar att en stor del av klienterna är uppvuxna i närhet av andra som missbrukar. Ca 30 % uppger att en av föräldrarna missbrukat, ca 4 % uppger att båda föräldrarna missbrukat. Det finns ingen entydig forskning som visar på ärftlighet men däremot en hel del åsikter kring påverkan av miljön under uppväxten.

Aaltonen m.fl. (2003, s. 258-246) säger att risken för alkoholisering ökar fyrfaldigt om den ena föräldern missbrukar alkohol och tjugofemfaldigas om båda föräldrarna har missbruksproblem. Familjens alkoholvanor överförs till barnen.

Woititz (1990, s. 8,) berättat om att barn som växer upp i missbruksfamiljer bygger in överlevnadsstrategier för att hantera sin situation som ställer till problem i vuxenlivet. Den personliga utvecklingen störs och resultatet blir brist på tillit till medmänniskor och låg

självkänsla. Risken finns då att de utvecklar en osund relation till alkohol, vilket leder till nya skam- och skuldkänslor och ett eget missbruk.

Även Black (1993) nämner att barn som vuxit upp med missbrukande föräldrar ofta är så påverkade känslomässigt och socialt av familjesituationen att de får svårt att utveckla nära relationer till andra människor, vilket kan leda till depression och ångest. För den som väljer att dämpa ångesten med alkohol föreligger stor risk att själv utveckla ett missbruk.

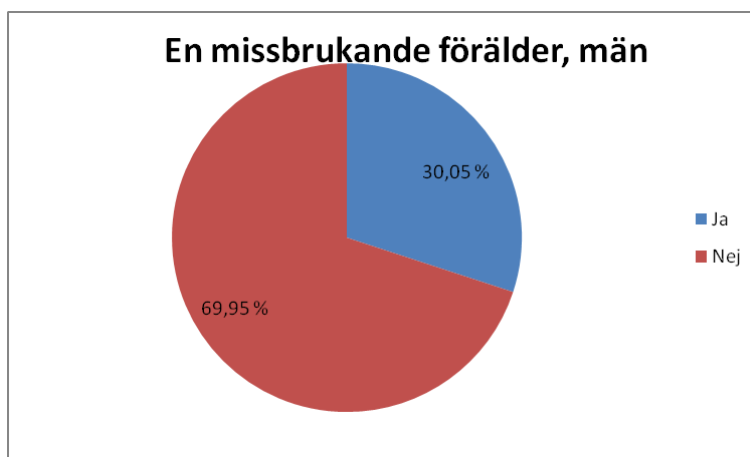


Fig. 19 En förälder missbrukar, män (n=872)

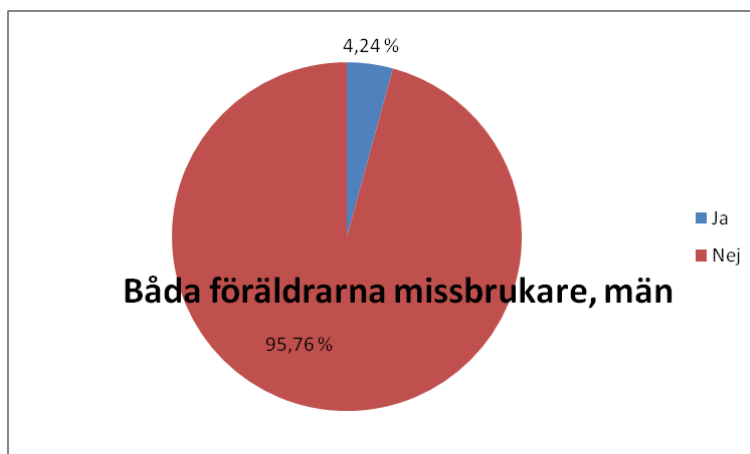


Fig. 20 Båda föräldrarna missbrukar, män (n=872)

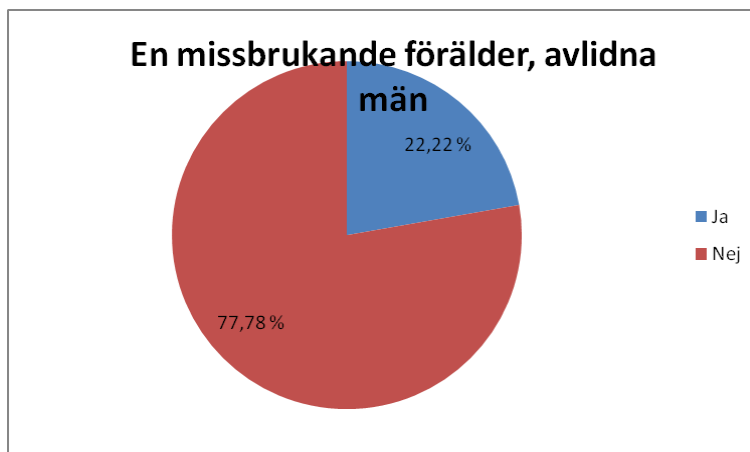


Fig. 21 En missbrukande förälder, avlidna män (n=117)

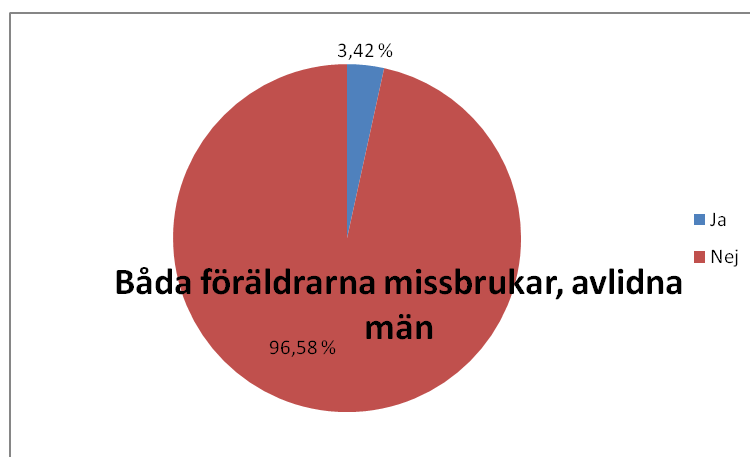


Fig. 22 Båda föräldrarna missbrukar, avlidna män (n=117)

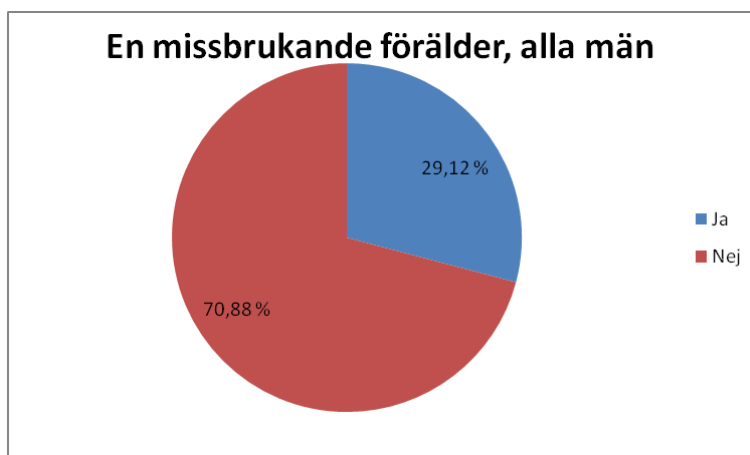


Fig. 23 En missbrukande förälder, alla män (n=989)

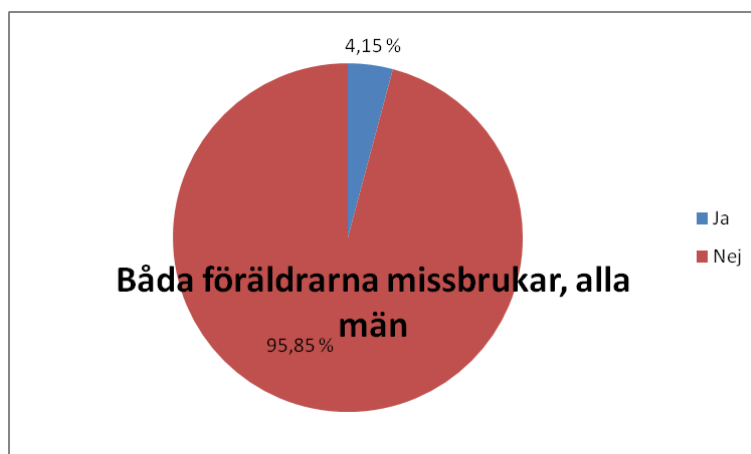


Fig. 24 Båda föräldrarna missbrukar, alla män (n=989)

6.5.4 Övrigt missbruk i släkten

Med släkten avses här släktingar i andra ledet bakåt, alltså mor- och farföräldrar. Cirka hälften av männen anger att det förekommit missbruk längre bak i familjestrukturen än hos föräldrarna.

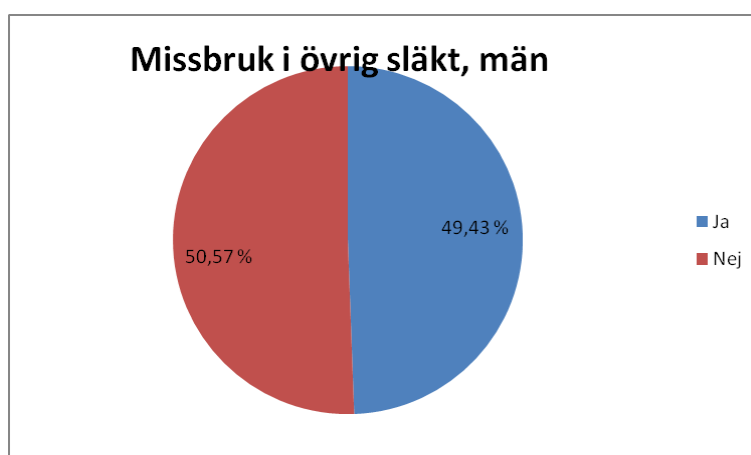


Fig. 25 Övrigt missbruk i släkten, män (n=872)

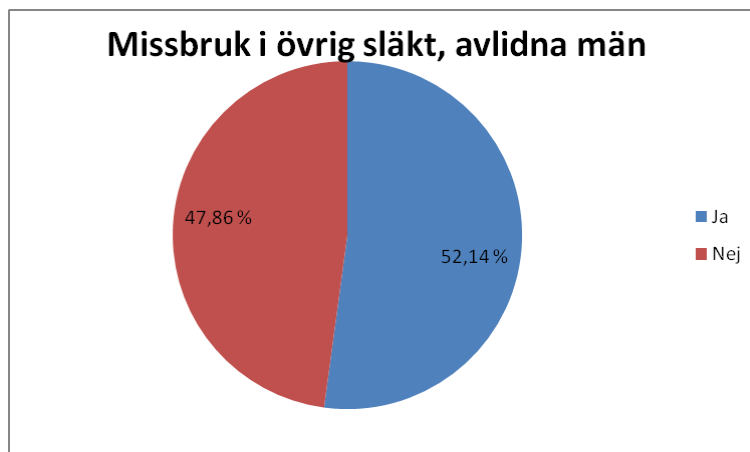


Fig. 26 Övrigt missbruk i släkten, avlidna män (n=117)

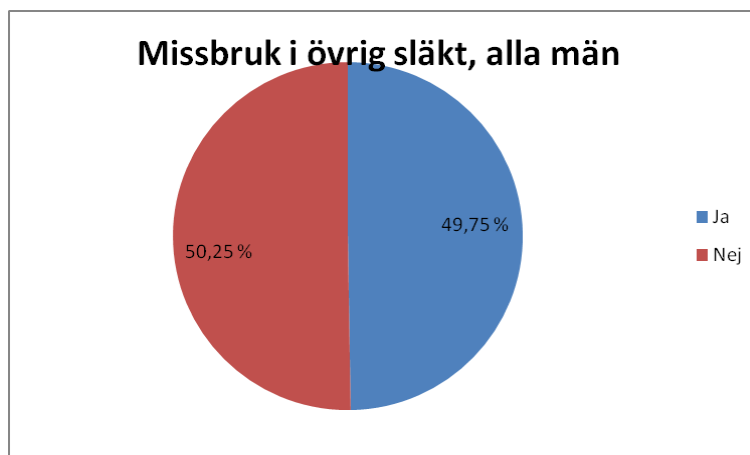


Fig. 27 Övrigt missbruk i släkten, alla män (n=989)

6.5.5 Alkoholdebut

En klar majoritet av Pixnekliniens klienter gjorde sin alkoholdebut före 18 års ålder, d.v.s. den ålder när man lagligt kan inhandla alkohol. Frågeställningen ger inget svar på hur klienten fått tag i alkohol och vilken typ det gäller. De allra flesta debuterade vid 14-15 års ålder och medelåldern för männens alkoholdebut är 14,4 år.

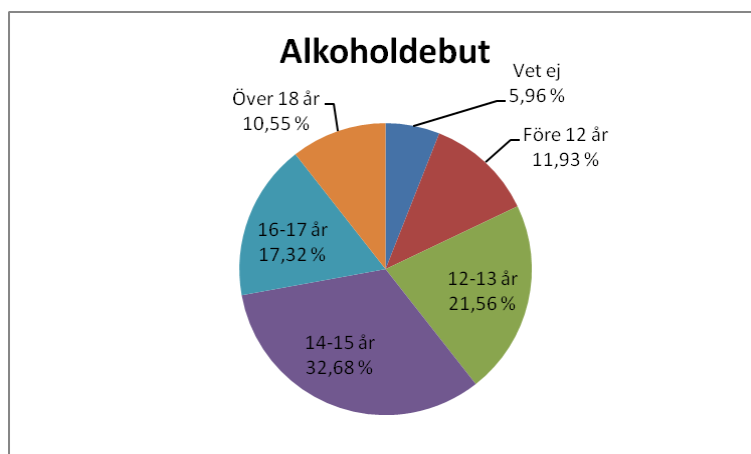


Fig. 28 Alkoholdebut, män (n=872)

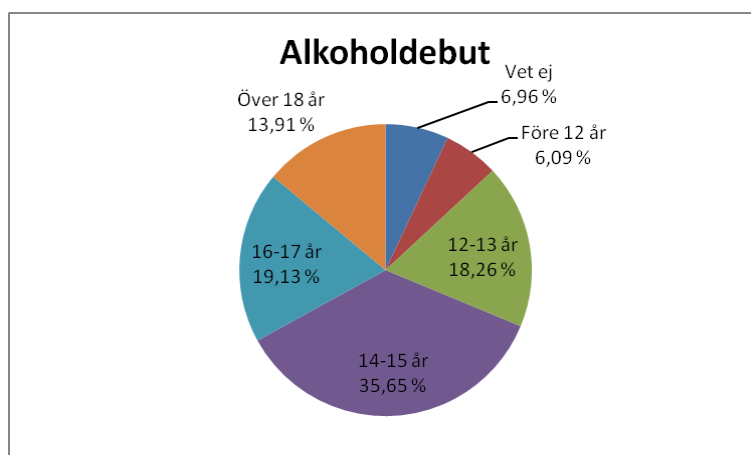


Fig. 29 Alkoholdebut, avlidna män (n=117)

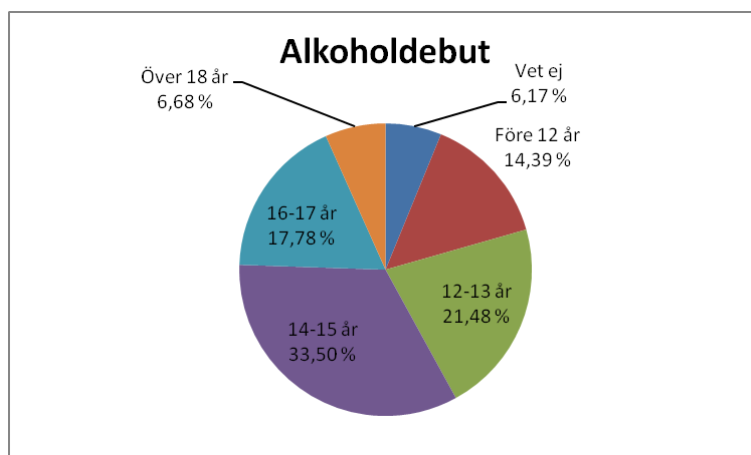


Fig. 30 Alkoholdebut, alla män (n=989)

6.6 Orsak till uppsökande av vård

Majoriteten av klienterna (ca 27 %) anger att de kommit på eget initiativ. Nästan lika många anger dock att kraven från anhöriga varit stora. Lindström, L (1994, s. 83) refererar till Room (1989) som beskriver anhörigas roll i sökandet av vård som stor. Enligt honom är det få människor som söker vård utan att ha utsatts för påtryckningar av familj och vänner och att det till och med kan vara en förutsättning för att behandling över huvud taget blir av.

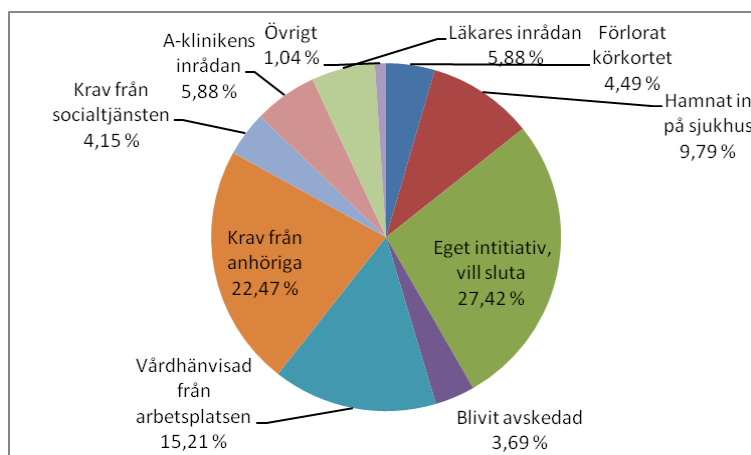


Fig.31 Orsak till sökande av vård, män (n=872)

Under rubriken övrigt återfinns svaren: "Tagit återfall efter längre tids nykterhet" (n=1), "Förlorat bostaden" (n=2), "På mentalvårdsbyråns inrådan" (n=3), "Åtalad för våldsbrott" (n=2) samt "Kommit ut ur fängelse" (n=1).

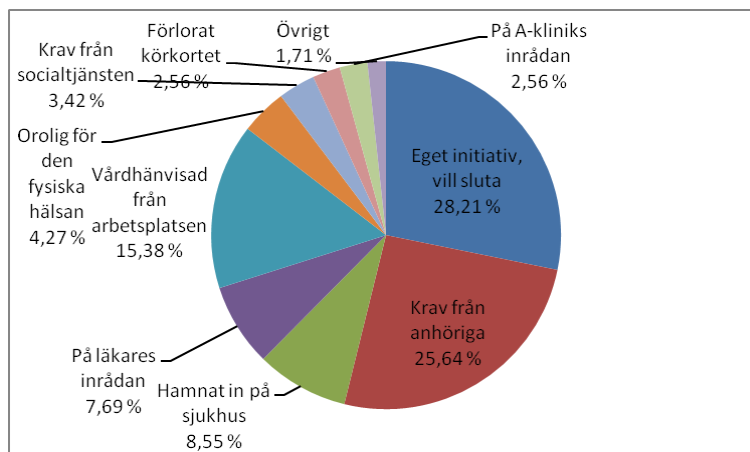


Fig. 32 Orsak till sökande av vård, avlidna män (n=117)

Under rubriken övrigt återfinns svaren: "Blivit avskedad" (n=1) samt "Blivit änking" (n=1).

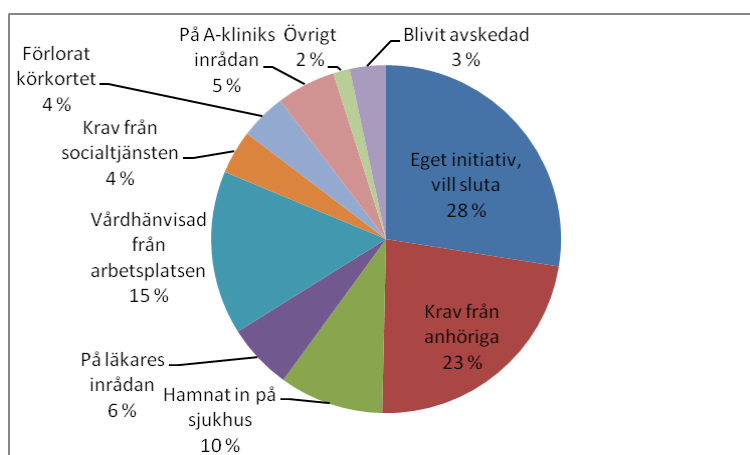


Fig.33 Orsak till sökande av vård, alla män (n=989)

Under rubriken övrigt återfinns svaren: "Tagit återfall efter längre tids nykterhet" (n=1), "Blivit änking" (n=1), "Kommit ut ur fängelse" (n=1), "Åtalad för våldsbrott" (n=2), "Förlorat bostaden" (n=2), "På mentalvårdsbyråns inrådan" (n=3) samt "Orolig över den fysiska hälsan" (n=5).

6.7 Typ av missbruk

Här har jag valt att ta med enbart missbruk av alkohol eller en blandning av alkohol, narkotika och läkemedel. Idag talas det mycket om andra typer av missbruk såsom mat-, sex- och spelmissbruk. Då de tidigaste intervjuerna är gjorda 1987 och de frågeställningarna inte kom upp då har jag alltså valt att inte ta med dem även om de vid senare intervjuer varit aktuella.

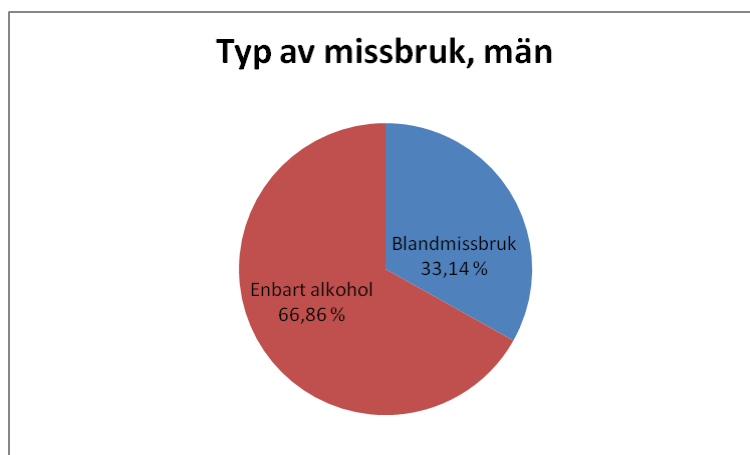


Fig. 34 Typ av missbruk, män (n=872)

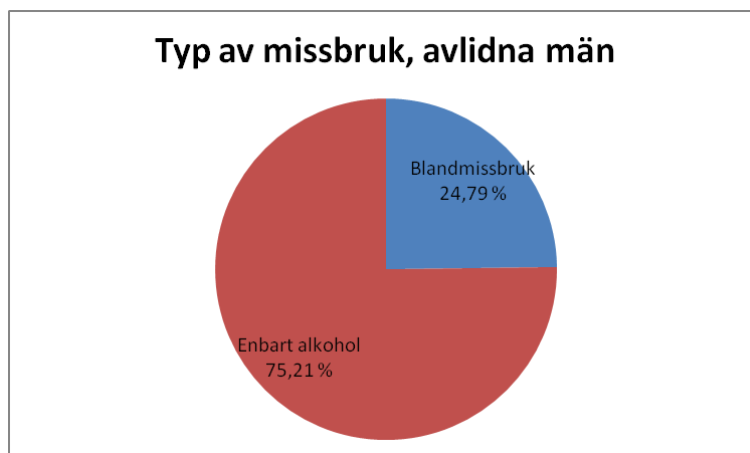


Fig. 35 Typ av missbruk, avlidna män (n=117)

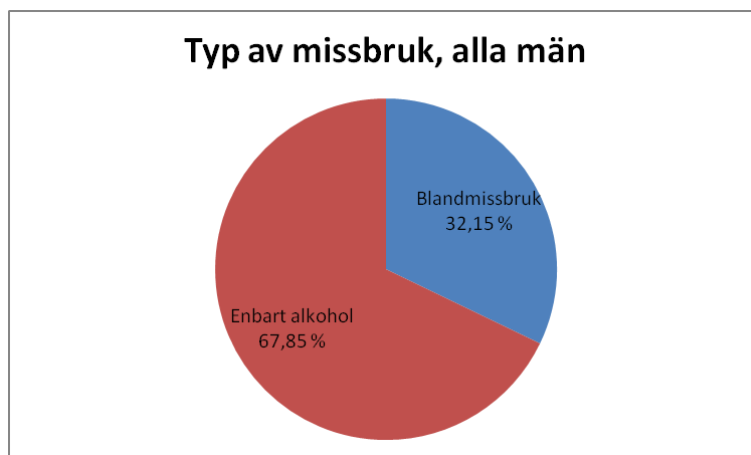


Fig. 36 Typ av missbruk, alla män (n=989)

6.8 Hur länge problem

Ofta är det en lång process innan man bestämmer sig för att lägga in sig för vård. Ambivalensen inför att sluta dricka kan pågå i många år trots negativa konsekvenser innan klienten "kommer till skott". De flesta klienterna finns i gruppen 1-5 år, medeltalet är 10,4 år och det vanligaste svaret är 10 år för gruppen män.

Motsvarande siffror för gruppen avlidna män är att de flesta klienterna även här återfinns i gruppen 1-5 år, medeltalet är något högre, 10,7 år, och det vanligaste svaret här är 2 år.

För alla män blir medeltalet 10,6 år, den största gruppen återfinns i spannet 1-5 år och det vanligaste svaret 10 år.

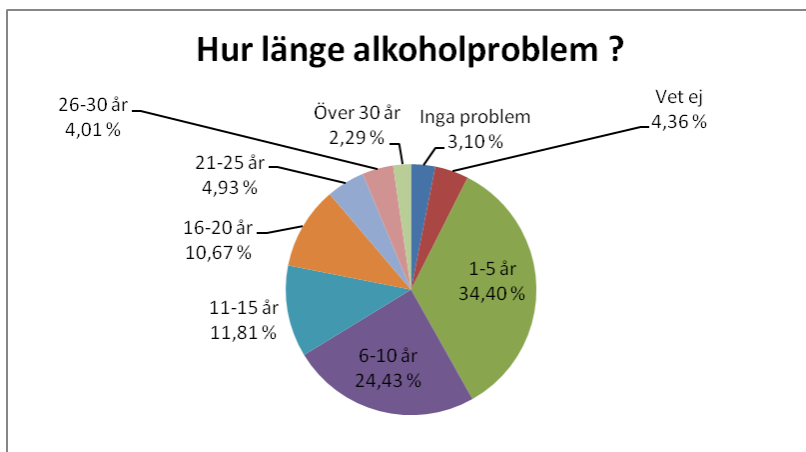


Fig. 37 Hur länge alkoholproblem, män (n=872)

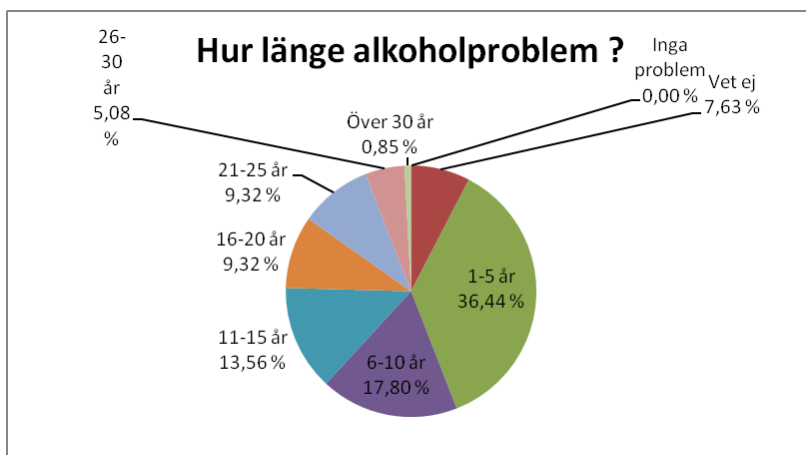


Fig. 38 Hur länge alkoholproblem, avlidna män (n=117)

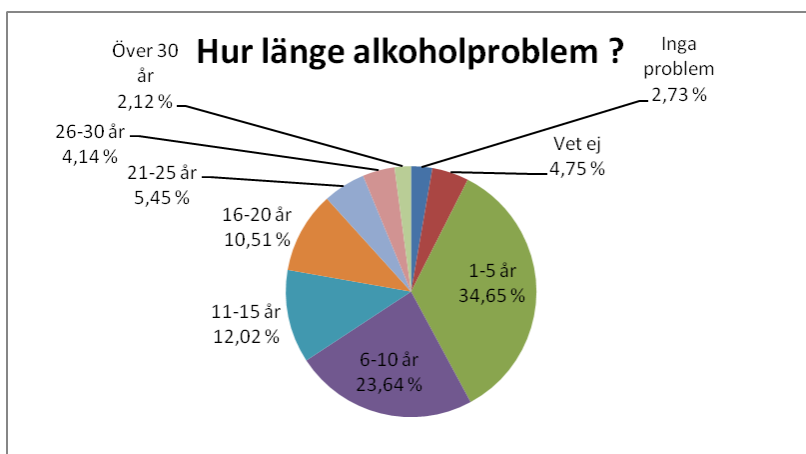


Fig. 39 Hur länge alkoholproblem, alla män (n=989)

6.9 Psykiska besvär

Detta gäller respondenter som fått en diagnos och eventuellt medicinerar mot något eller några psykiska besvär såsom panikångest, sociala fobier, depression, bipolär sjukdom, ADHD, schizofreni o.s.v.

Det är ganska vanligt att man har en s.k. "dubbeldiagnos". Studier i USA pekar på att 37 % av alkoholberoende har en psykiatrisk diagnos. I Sverige fann forskarna att ca 30 % av psykiatrins patienter också har missbruksproblem och att ca hälften av klienterna i missbrukarvården har psykiatriska problem. Det här är ett problem då missbrukarvård och psykiatrisk vård har olika upprätthållare och sällan kan samordnas för patienten/klientens bästa.

(Agerberg, 2004, s. 109-110)

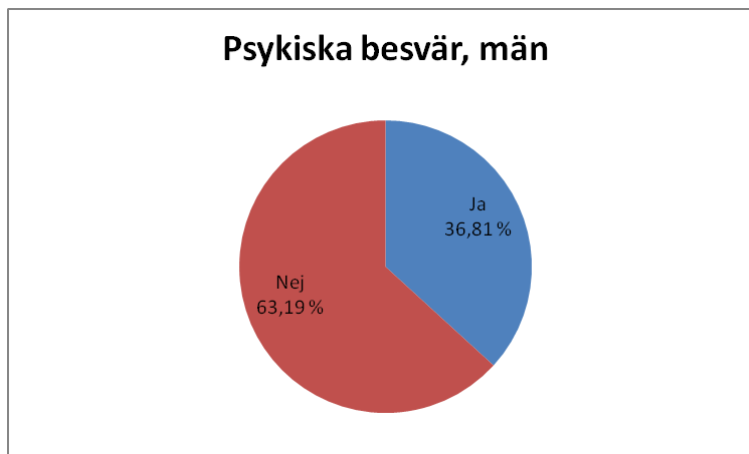


Fig. 40 Psykiska besvär, män (n=872)

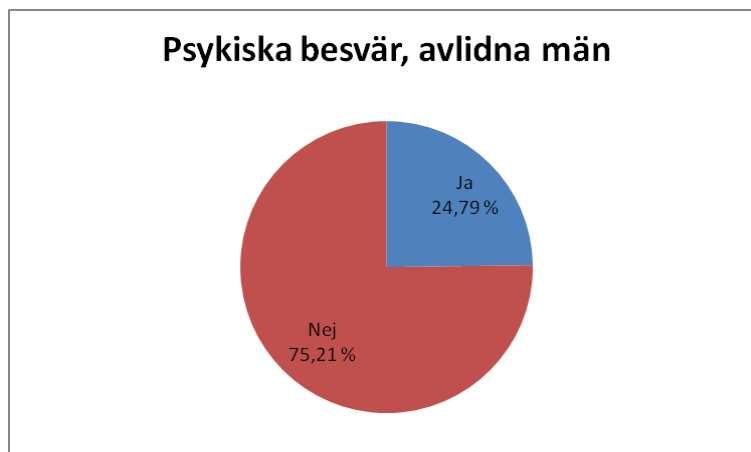


Fig. 41 Psykiska besvär, avlidna män (n=117)



Fig. 42 Psykiska besvär, alla män (n=989)

6.10 Självmordstankar och -försök

Jag har inte hittat någon statistik från Finland när det gäller självmordsförsök, endast för fullbordade självmord. Jag tror inte att det skiljer särskilt mycket från Sverige och där gjorde Karolinska Institutet en studie över antalet självmordsförsök i Sverige under åren 1987-2008. Studien gäller patienter som kommit in på antingen vanligt sjukhus eller mentalsjukhus för sitt försök. Forskarna säger att mörkertalet är stort eftersom en del patienter inte uppsöker sjukhus över huvud taget utan klarar krisen själv eller via privata vårdgivare. Antalet män

som gjort självmordsförsök i Sverige har varierat mellan som lägst 0,07 % år 1998 till som högst 0,11 % 1987. Trenden går mot fler försök per år som det såg ut 2008. (Jiang m.fl. 2010)

Enligt mina respondenter är andelen avsevärt mycket högre, hela 9,3 % anger att de försökt ta sina liv. I svaren framgår inte om klienten varit intagen på sjukhus av den anledningen utan det är deras egen utsaga.

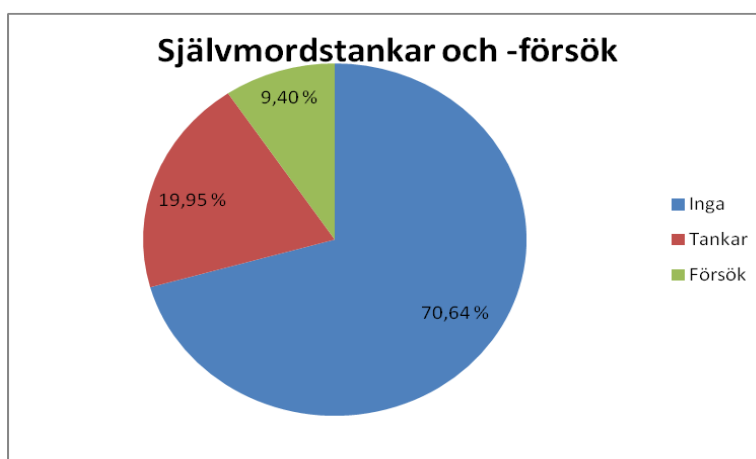


Fig.43 Självmordstankar och -försök, män (n=872)

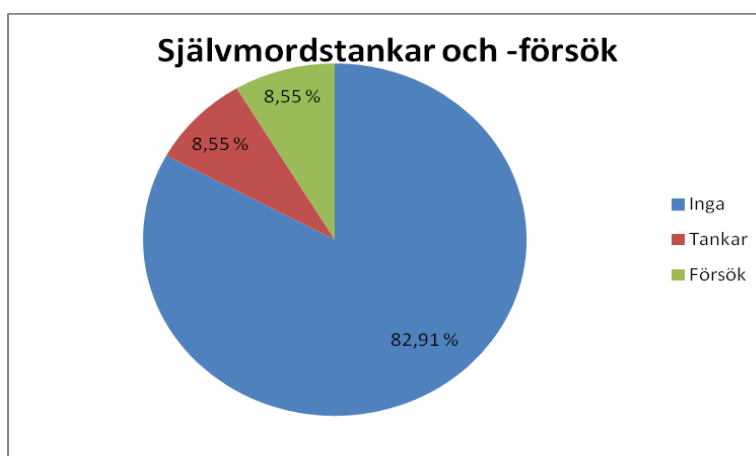


Fig. 44 Självmordstankar och -försök, avlidna män (n=117)

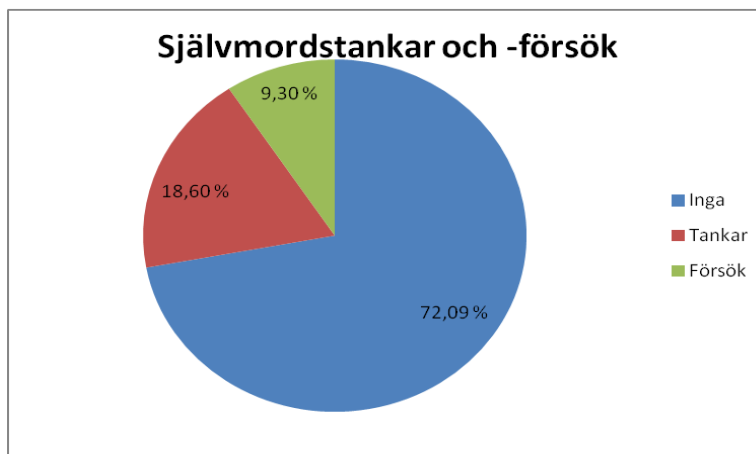


Fig. 45 Själv mordstankar och -försök, alla män (n=989)

6.11 Tobaksanvändning

Andelen klienter som röker är för hela gruppen ca 80 procent, vilket stämmer väl med tidigare forskning. Erlanson-Albertsson, C & Wingren A (2008, s.35) berättar om samma siffra, 80 % av alla alkoholberoende röker och alkoholism är mer än tio gånger vanligare bland rökare jämfört med ickerökare. Det finns alltså ett klart samband mellan alkohol och nikotin.

Agerberg (2004, s. 53) går ännu längre och påstår att 90 % av alkoholisterna är rökare och att försök på råttor visar att nikotin är en inkörsport till alkohol. Råttorna injicerades med nikotin och fick sedan välja mellan vatten eller alkohol och de "förbehandlade" råttorna valde alkohol i större utsträckning än råttor som inte fått nikotin.

Som jämförelse har andelen rökare bland totalpopulationen av män (16-64 år) i Finland sjunkit från ca 35 % år 1985 till ca 25 % år 2009.

(Finlands officiella statistik, 2010)

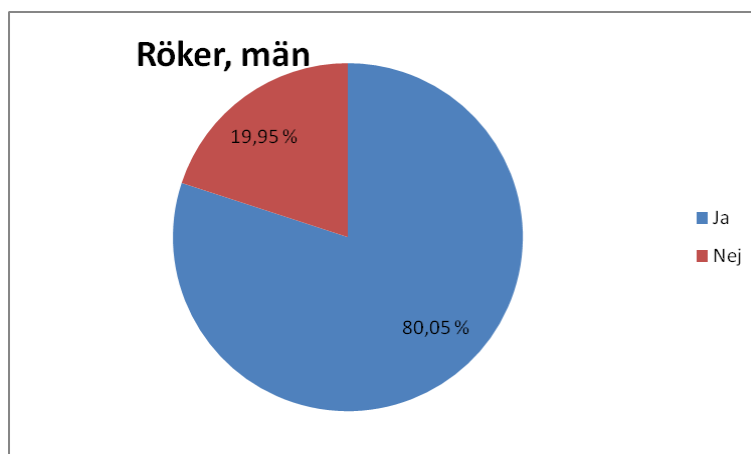


Fig. 49 Rökare, män (n=872)

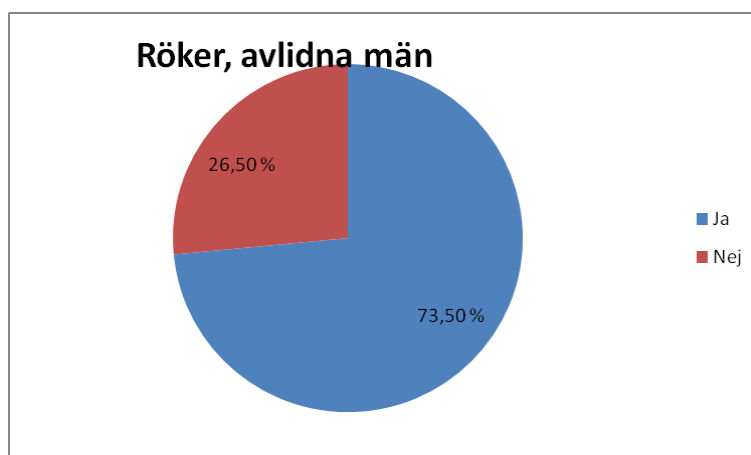


Fig. 50 Rökare, avlidna män (n=117)

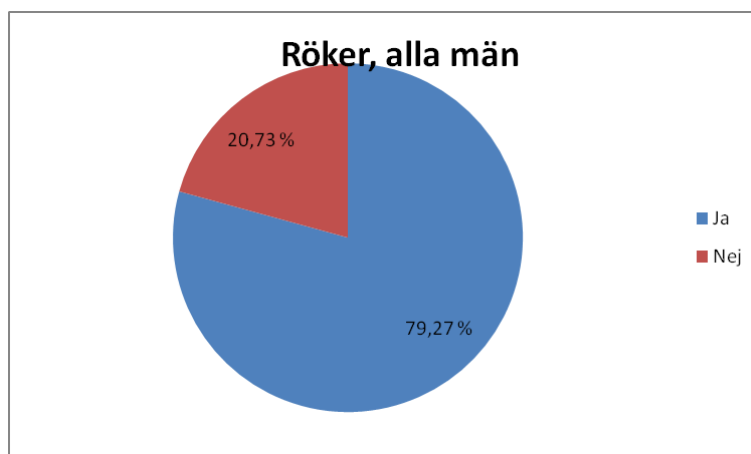


Fig. 51 Rökare, alla män (n=989)

7 Resultatredovisning kvinnor

Antalet kvinnor som ingår i intervjugruppen är 257 stycken. Av dessa har 26 stycken rapporterats som avlidna. Den siffran kan knappast betraktas som tillförlitlig då Pixnekliniken inte automatiskt får någon uppgift om dödsfall men via olika samarbetspartners, anhöriga och andra klienter kommer dessa uppgifter ändå fram ibland. Jag har valt att redovisa gruppen som helhet men också att dela upp gruppen i två delar och separera dem som, enligt uppgift, har avlidit sedan de var inne på vård. Det finns heller inga uppgifter om dödsorsaker, alkoholrelaterade eller inte.

7.1 Antal gånger på Pixnekliniken

Det är inte ovanligt att man kommer flera gånger på vård. Nedan visas resultatet på den frågan för respektive grupp och för kvinnorna totalt. Ca tre fjärdedelar har varit en gång och bland dem som varit mer än en gång är två det dominerande talet.



Fig.52 Antal gånger i vård, kvinnor (n=231)

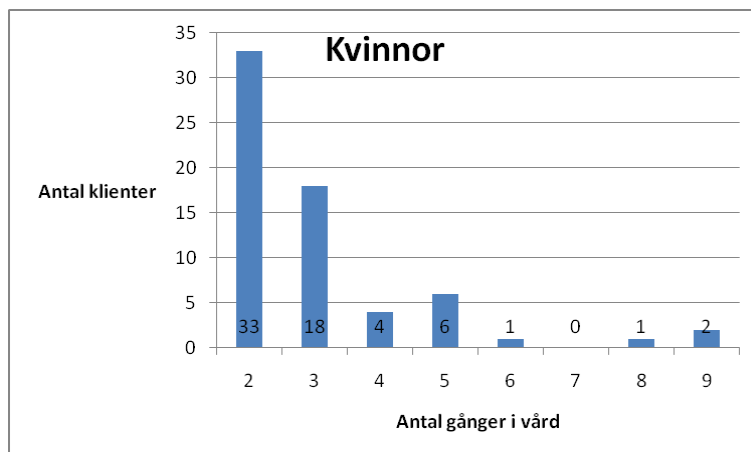


Fig. 53 Antal gånger i vård om flera, kvinnor (n=65)

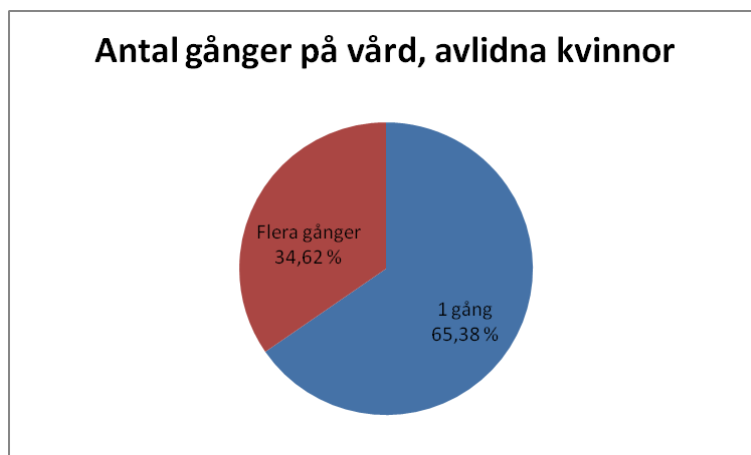


Fig. 54 Antal gånger i vård, avlidna kvinnor (n=26)

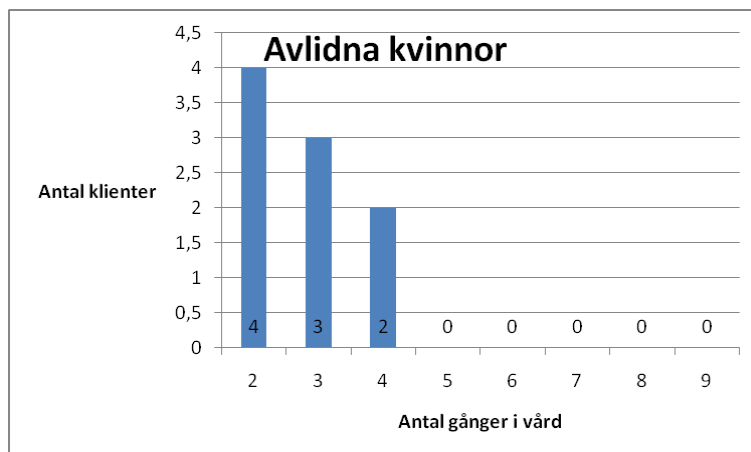


Fig. 55 Antal gånger i vård om flera, avlidna kvinnor (n=9)

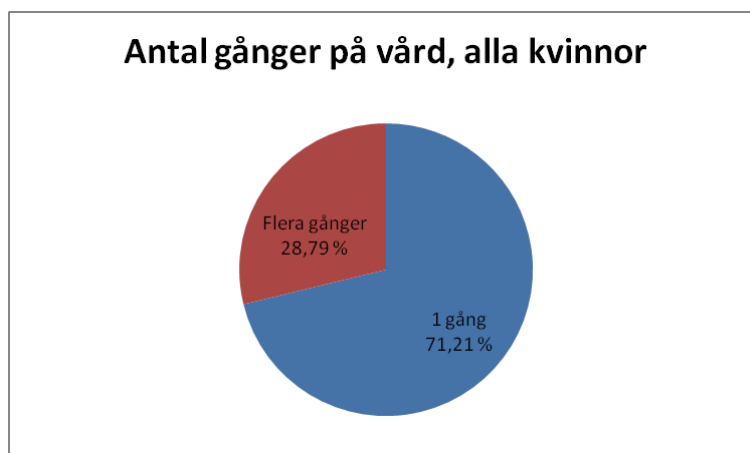


Fig. 56 Antal gånger i vård, alla kvinnor (n=257)

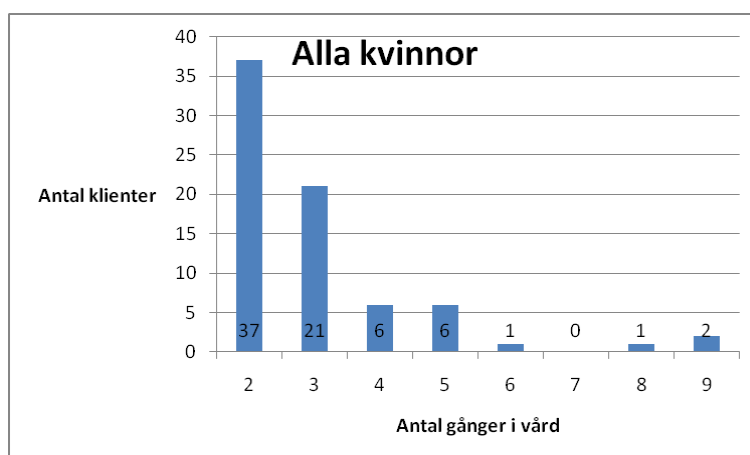


Fig.57 Antal gånger i vård om flera, alla kvinnor (n=74)

7.2 Ålder vid inskrivningen

För gruppen kvinnor (n=231) var medelåldern 42,7 år, och för gruppen avlidna kvinnor (n=26) var medelåldern avsevärt högre, 47,8 år. Genomsnittsåldern vid första inskrivningen var för alla kvinnor 45,2 år.

7.3 Civilstånd

Majoriteten av kvinnorna, ca 52 % har uppgett att de lever ensamma, d.v.s. att de inte är samboende eller gift med någon. I den svenska undersökningen var andelen ensamstående 69 %.

(Armelius B-Å & K, 2009)

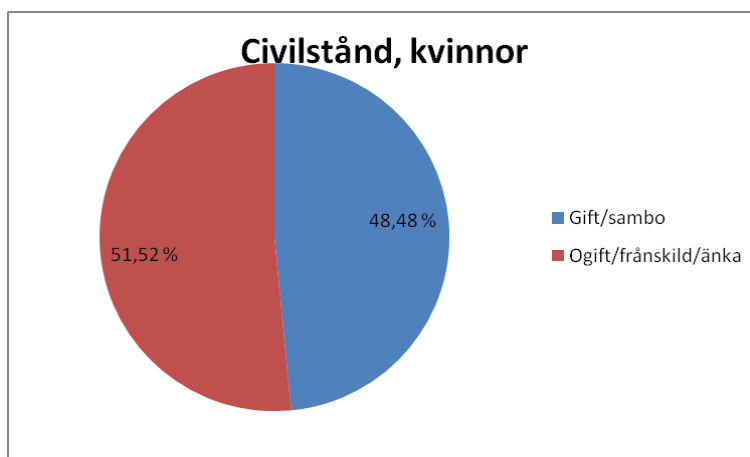


Fig. 58 Civilstånd, kvinnor (n=231)



Fig.59 Civilstånd, avlidna kvinnor (n=26)



Fig. 60 Civilstånd, alla kvinnor (n=257)

7.4 Arbetsförhållanden

Ca 35 % av kvinnorna uppgav att de var arbetslösa i min undersökning. I Sverige fann Armelius och Armelius (2009) att förhållandena där var likadana, d.v.s. 35 % var arbetslösa av de tillfrågade kvinnorna. Totalt i Finland var 6,9 % arbetslösa i juli 2011.

(Finlands officiella statistik, 2011)

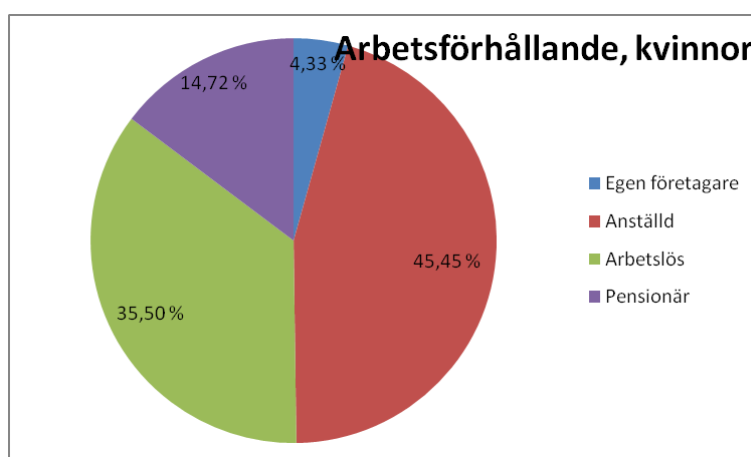


Fig. 61 Arbetsförhållanden, kvinnor (n=231)

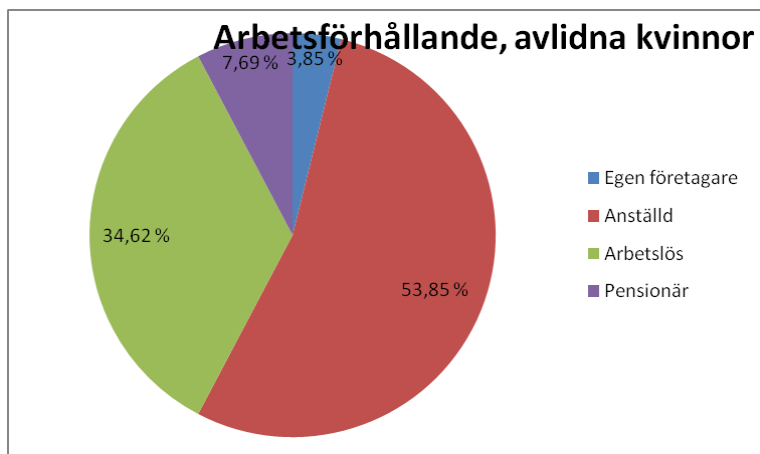


Fig. 62 Arbetsförhållanden, avlidna kvinnor (n=26)

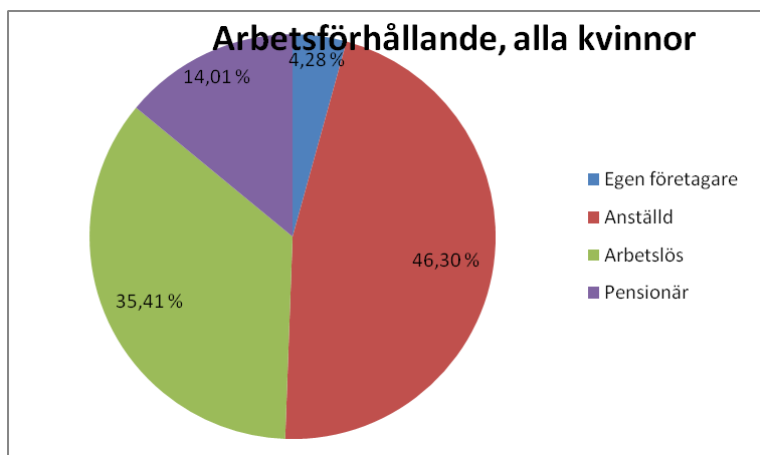


Fig. 63 Arbetsförhållanden, alla kvinnor (n=257)

7.5 Uppväxtförhållanden

Frågor under detta kapitel är: Har klienten vuxit upp med båda sina föräldrar eller är de skilda? Har klienten varit fosterhemsplacerad? Finns det fler som missbrukar i familjen och släkten?

7.5.1 Skilsmässobarn

Andelen skilsmässobarn verkar inte vara större än hos befolkningen i övrigt. För alla finländare har andelen barn som växt upp med bara en av föräldrarna rört sig från ca 12 % 1985 till ca 20 % 2008 och klienterna i min undersökning befinner sig inom det spannet, möjligen något i överkant.

(Statistikcentralen, 2009)

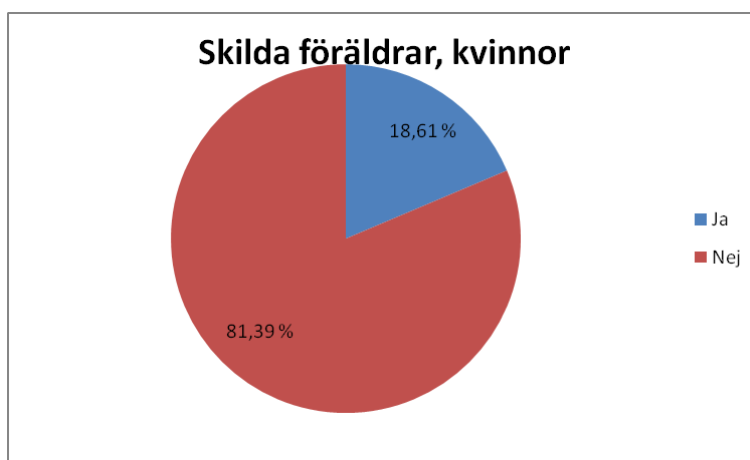


Fig. 64 Skilda föräldrar, kvinnor (n=231)



Fig. 65 Skilda föräldrar, avlidna kvinnor (n=26)



Fig. 66 Skilda föräldrar, alla kvinnor (n=257)

7.5.2 Fosterhemsplacering

Andelen fosterhemsplacerade är stor, 9,34 %, vilket kan jämföras med statistik från Stakes från 2009 som anger 1,3 % för hela landet. En förklaring kan vara att en del av klienterna är s.k. krigsbarn som blev skickade till Sverige under kriget, men ändå är skillnaden så pass stor att man inte helt kan bortse från resultatet.

En annan tänkbar orsak till den höga andelen fosterhemsplaceringar är att många av klienterna själva är uppvuxna med missbrukande föräldrar, vilket ökar risken för att bli omhändertagen på grund av barnskyddsåtgärder. Dessa barn växer upp med en sorg och saknad efter föräldrarna som kan leda fram till ett självdestruktivt beteende.

(Fahrman, M. 1993, s. 87-121).

Även Aaltonen m.fl. (2003, s. 258 – 246) nämner att otrygghet under barnåren är en stor riskfaktor för att utveckla alkoholproblem eller annat missbruk och att bli fosterhemsplacerad får väl ses som otryggt även om det kan vara nödvändigt i vissa fall.

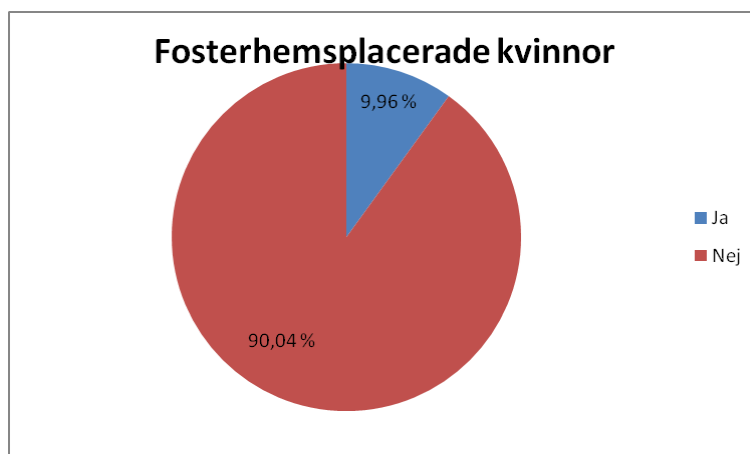


Fig. 66 Fosterhemsplacerade, kvinnor (n=231)



Fig. 67 Fosterhemsplacerade, avlidna kvinnor (n=26)



Fig. 68 Fosterhemsplacerade, alla kvinnor (n=257)

7.5.3 Missbrukande föräldrar

Undersökningen visar att en stor del av klienterna är uppvuxna i närhet av andra som missbrukar. Ca 35 % uppger att en av föräldrarna missbrukat, ca 7 % uppger att båda föräldrarna missbrukat. Det finns ingen entydig forskning som visar på ärftlighet men däremot en hel del åsikter kring påverkan av miljön under uppväxten.

Aaltonen m.fl. (2003, s. 258–246) säger att risken för alkoholisering ökar fyrfaldigt om den ena föräldern missbrukar alkohol och tjugofemfaldigas om båda föräldrarna har missbruksproblem. Familjens alkoholvanor överförs till barnen.

Woititz (1990, s. 8,) berättar om att barn som växer upp i missbruksfamiljer bygger in överlevnadsstrategier för att hantera sin situation som ställer till problem i vuxenlivet. Den personliga utvecklingen störs och resultatet blir brist på tillit till medmänniskor och låg självkänsla. Risken finns då att de utvecklar en osund relation till alkohol, vilket leder till nya skam- och skuldkänslor och ett eget missbruk.

Även Black (1993) nämner att barn som vuxit upp med missbrukande föräldrar ofta är så påverkade känslomässigt och socialt av familjesituationen att de får svårt att utveckla nära relationer till andra människor vilket kan leda till depression och ångest. För den som väljer att dämpa ångesten med alkohol föreligger stor risk att själv utveckla ett missbruk.

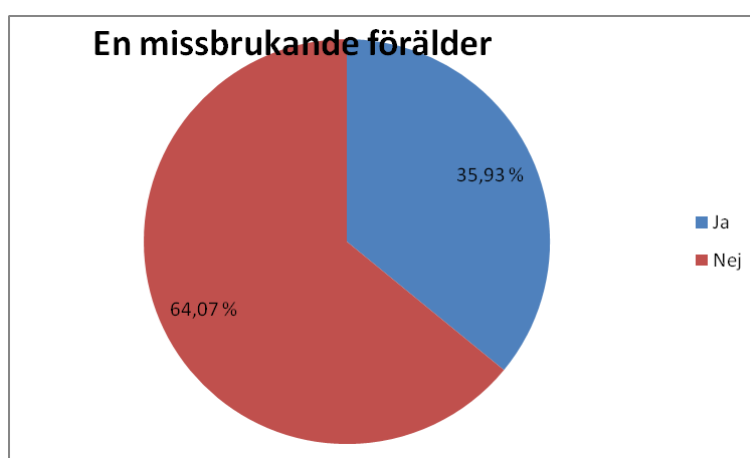


Fig. 69 En missbrukande förälder, kvinnor (n=231)

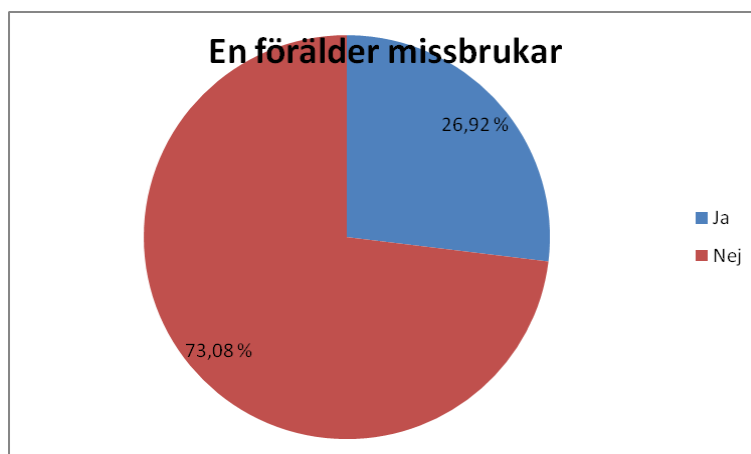


Fig. 70 En förälder missbrukar, avlidna kvinnor (n=26)

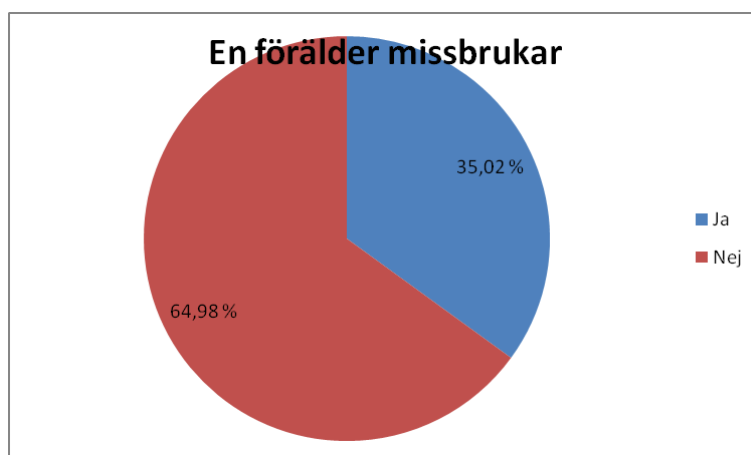


Fig. 71 En förälder missbrukar, alla kvinnor (n=257)



Fig. 72 Båda föräldrarna missbrukar, kvinnor (n=231)



Fig. 73 Båda föräldrarna missbrukar, avlidna kvinnor (n=26)



Fig. 74 Båda föräldrarna missbrukar, alla kvinnor (n=257)

7.5.4 Övrigt missbruk i släkten

Med släkten avses här släktingar i andra ledet bakåt, d.v.s. mor- och farföräldrar. Cirka hälften av kvinnorna anger att det förekommit missbruk i flera led bakåt i släkten.



Fig. 75 Övrigt missbruk i släkten, kvinnor (n=231)



Fig. 76 Övrigt missbruk i släkten, avlidna kvinnor (n=26)



Fig. 77 Övrigt missbruk i släkten, alla kvinnor (n=257)

7.5.5 Alkoholdebut

En klar majoritet av Pixnekliniens klienter gjorde sin alkoholdebut långt före 18 års ålder, d.v.s. den ålder när man lagligt kan inhandla alkohol i Finland. Frågeställningen ger inget svar på hur klienten fått tag i alkohol eller vilken typ det gäller. De flesta debuterade vid 14-15 års ålder och medelåldern för alla kvinnor var 16,2 år

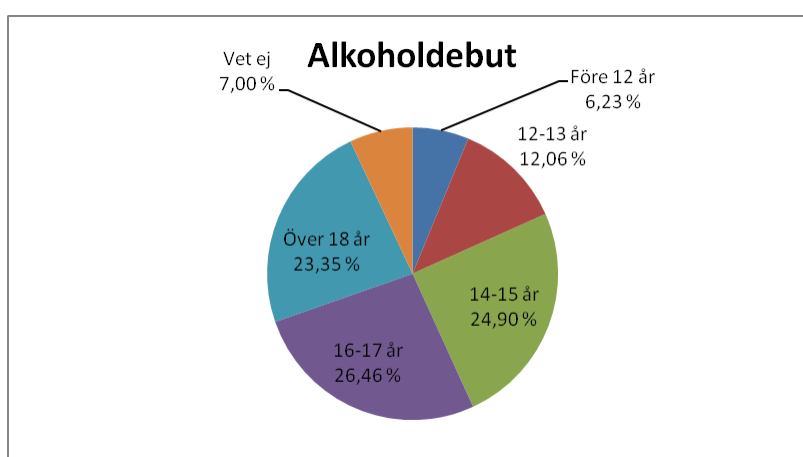


Fig. 84 Alkoholdebut, kvinnor (n=231)

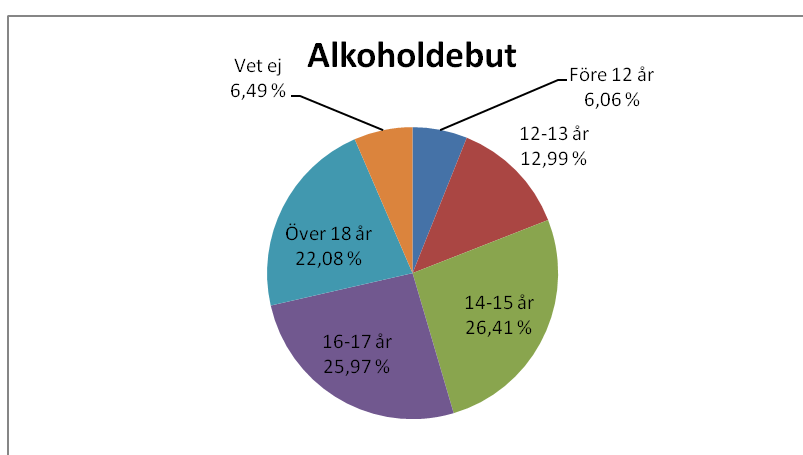


Fig. 85 Alkoholdebut, avlidna kvinnor (n=26)

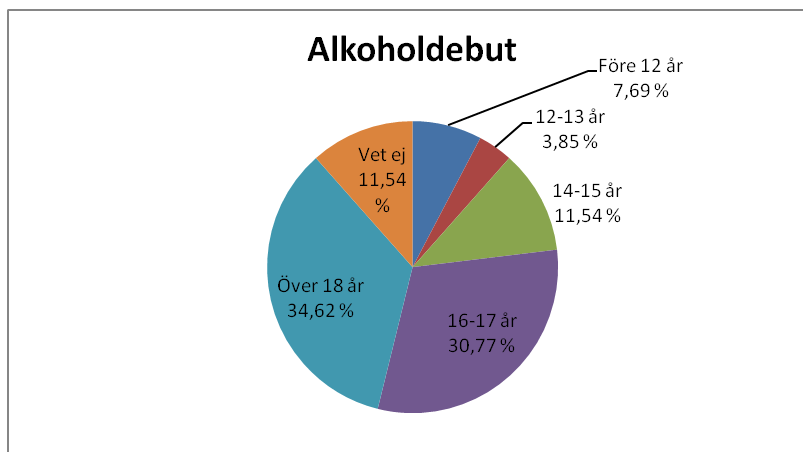


Fig. 86 Alkoholdebut, alla kvinnor n=257)

7.6 Orsak till uppsökande av vård

Bland kvinnorna på Pixneklíniken är det ganska lika fördelat mellan eget initiativ, krav från anhöriga och krav från arbetet, ca en femtedel vardera.

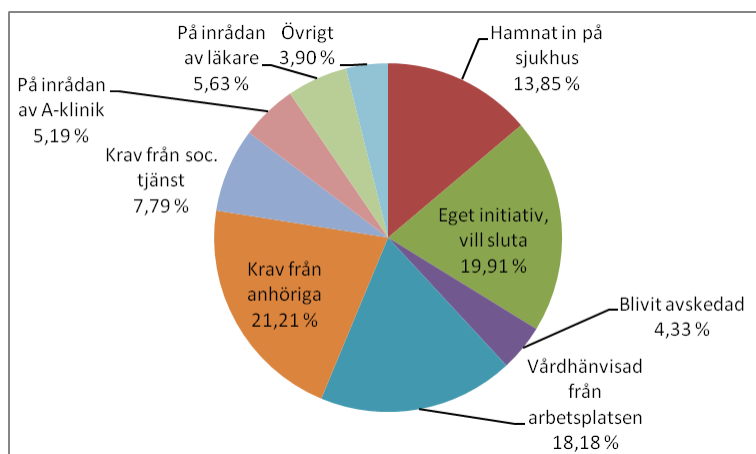


Fig. 78 Orsak till sökande av vård, kvinnor (n=231)

I kategorin övrigt återfinns svaren: "Blivit av med körkortet" (n=4), "Blivit änka" (n=2), "På inrådan av mentalvårdsbyrå" (n=2), "Förlorat stödbostad p.g.a. drickandet" (n=1).

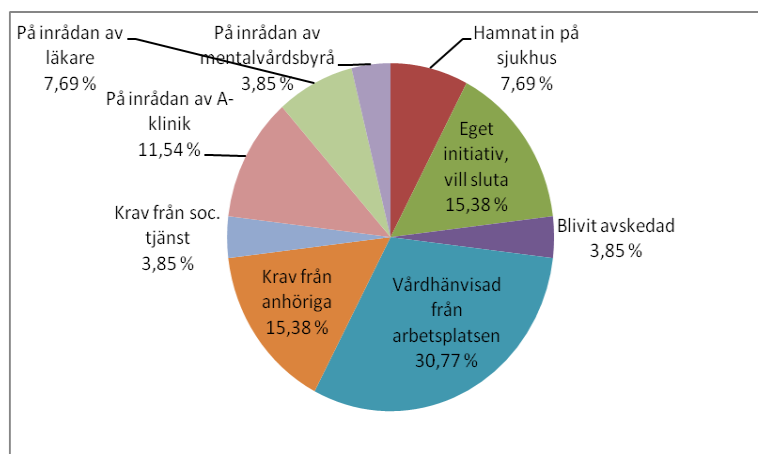


Fig. 79 Orsak till sökande av vård, avlidna kvinnor (n=26)

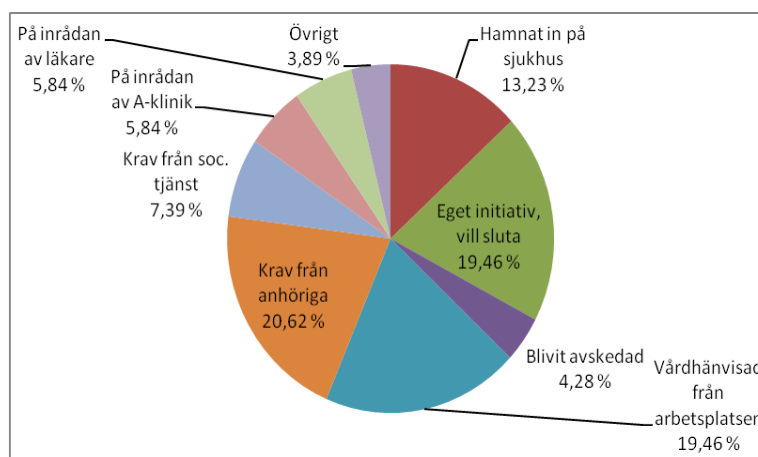


Fig. 80 Orsak till sökande av vård, alla kvinnor (n=257)

I kategorin övrigt ingår följande svar: "Har förlorat körkortet" (n=4), "På inrådan av mentalvårdsbyrå" (n=3), "Blivit änka" (n=2), "Förlorat stödbostad p.g.a. drickandet" (n=1)

7.7 Typ av missbruk

Här har jag valt att ta med enbart missbruk av alkohol eller en blandning av alkohol, narkotika och läkemedel. Idag talas det mycket om andra typer av missbruk såsom mat-, spel- och sexmissbruk. Då de tidigaste intervjuerna är gjorda 1987 och de frågeställningarna inte kom upp då har jag alltså valt att inte ta med dem även om de vid senare intervjuer varit aktuella.

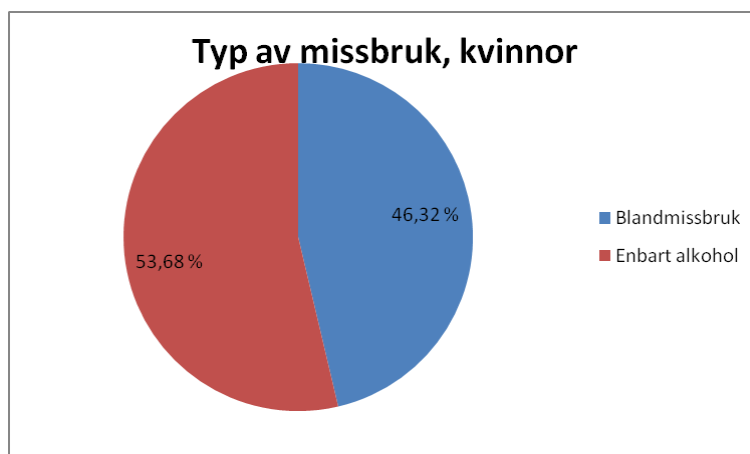


Fig. 81 Typ av missbruk, kvinnor (n=231)

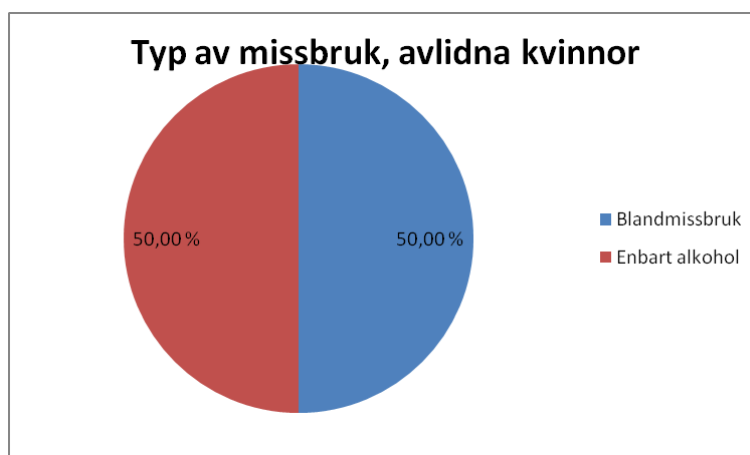


Fig. 82 Typ av missbruk, avlidna kvinnor (n=26)



Fig. 83 Typ av missbruk, alla kvinnor (n=257)

7.8 Hur länge problem?

Medeltalet är 7,7 år för kvinnor, 6 år för avlidna kvinnor och för alla kvinnor 6,9 år. Det vanligaste svaret är 2 år och den största gruppen återfinns i spannet 1-5 år. De flesta är ense om att ju tidigare man söker hjälp, desto bättre är resultatet. T.ex. säger Lindström (1994, s. 110) att insatser till dem som ännu inte utvecklat ett svårt alkoholberoende ofta får gott och bestående resultat och att de insatserna är överlägsna dem som sätts in i ett senare skede.

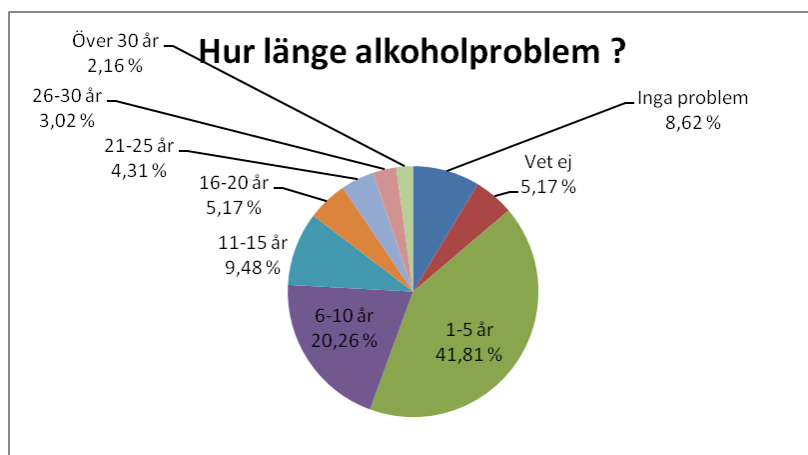


Fig. 87 Hur länge alkoholproblem, kvinnor (n=232)

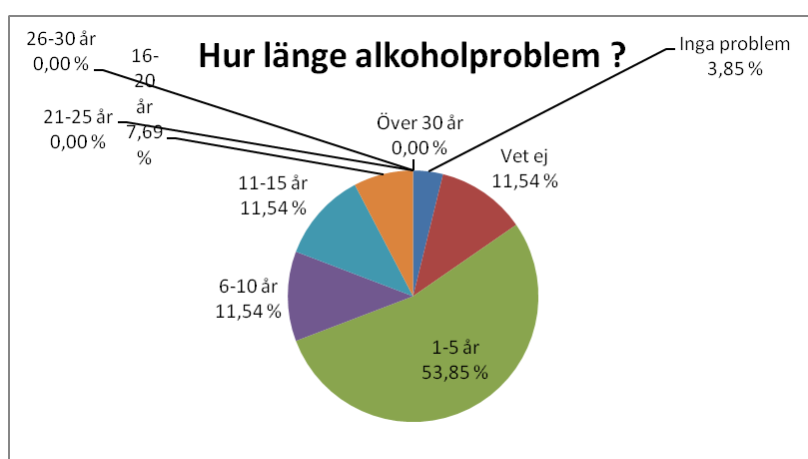


Fig. 88 Hur länge alkoholproblem, avlidna kvinnor (n=26)

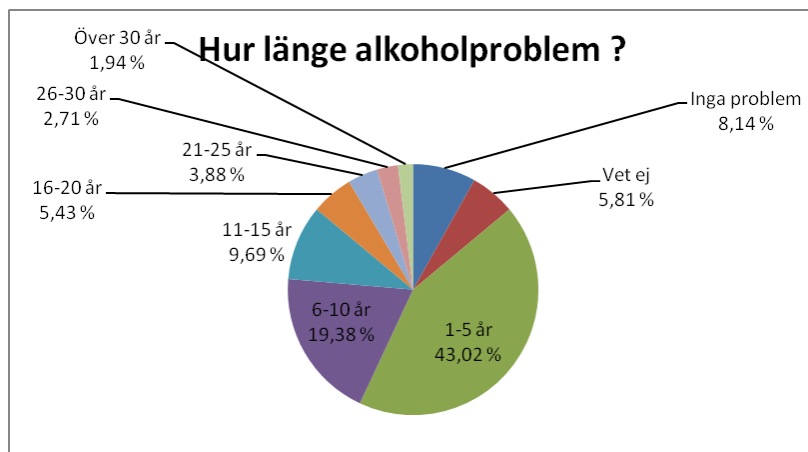


Fig. 89 Hur länge alkoholproblem, alla kvinnor (n=258)

7.9 Psykiska besvär

De flesta som missbrukar alkohol eller andra droger mår psykiskt dåligt till följd av detta. Under abstinensen förekommer naturligt ångest- och depressionsliknande symtom. Den subjektiva upplevelsen kan vara nog så hemsk, men i min undersökning har jag bara tagit med respondenter som fått en diagnos och eventuellt medicinerar mot något eller några psykiska besvär såsom panikångest, sociala fobier, depression, bipolär sjukdom, ADHD, schizofreni o.s.v.

Det är ganska vanligt att ha en s.k. "dubbeldiagnos". Studier i USA pekar på att 37 % av alkoholberoende har en psykiatrisk diagnos. I Sverige fann forskarna att ca 30 % av psykiatrins patienter också har missbruksproblem och att ca hälften av klienterna i missbruksvården har psykiatriska problem. Det här är ett problem då missbrukarvård och psykiatrisk vård har olika upprätthållare och sällan kan samordnas för patienten/klientens bästa.

(Agerberg, 2004, s. 109-110)

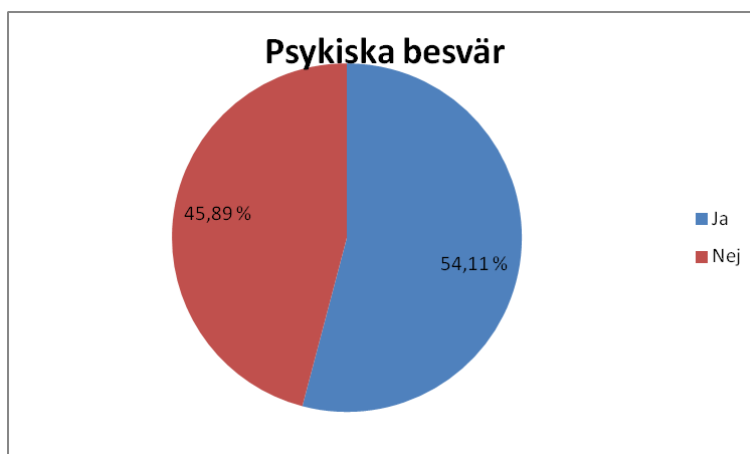


Fig. 90 Psykiska besvär, kvinnor (n=231)

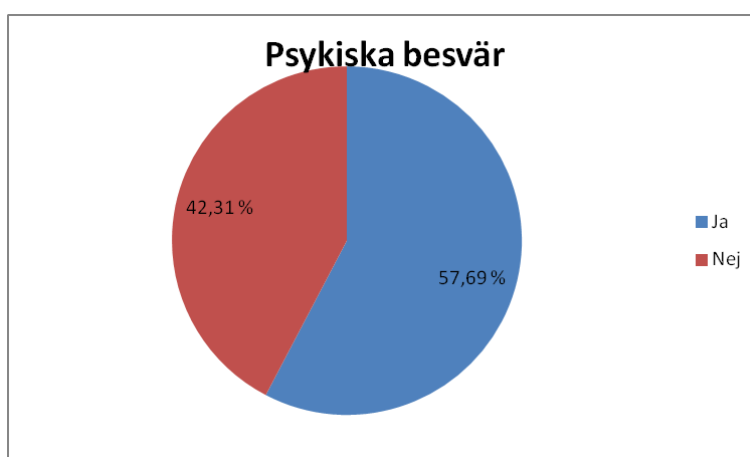


Fig. 91 Psykiska besvär, avlidna kvinnor (n=26)



Fig. 92 Psykiska besvär, alla kvinnor (n=257)

7.10 Självmordstankar och -försök

Jag har inte hittat någon statistik från Finland när det gäller självmordsförsök, endast för fullbordade självmord. Jag tror inte att det skiljer särskilt mycket från Sverige och där gjorde Karolinska Institutet en studie över antalet självmordsförsök i Sverige under åren 1987-2008. Detta gäller patienter som kommit in på antingen vanligt sjukhus eller mentalsjukhus för sitt försök. Forskarna säger att mörkertalet är stort eftersom en del patienter inte uppsöker sjukhus över huvud taget utan klarar krisen själv eller med hjälp av privata vårdgivare. Antalet män som gjort självmordsförsök i Sverige har varierat mellan som lägst 0,1 % år 1997 till som högst 0,15 % 2008. Trenden går mot fler försök per år som det såg ut 2008. (Jiang m.fl. 2010)

Enligt mina respondenter är andelen avsevärt mycket högre, hela 13,6 % anger att de försökt ta sina liv. I svaren framgår inte om klienten varit intagen på sjukhus av den anledningen utan det är deras egen utsaga.

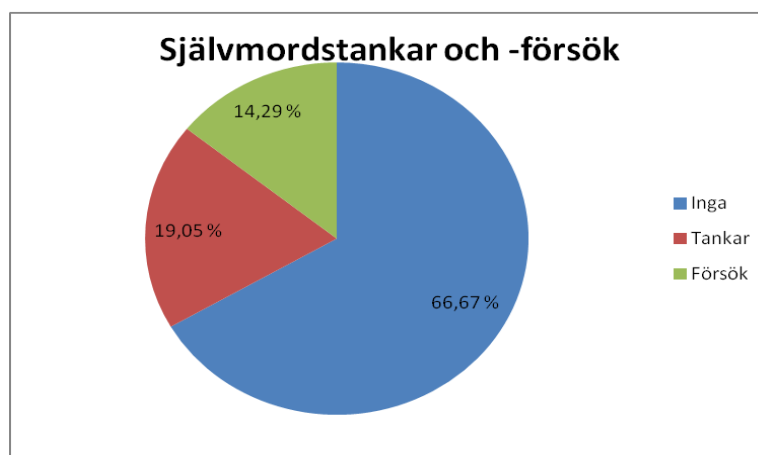


Fig. 93 Självmordstankar och försök, kvinnor (n=231)

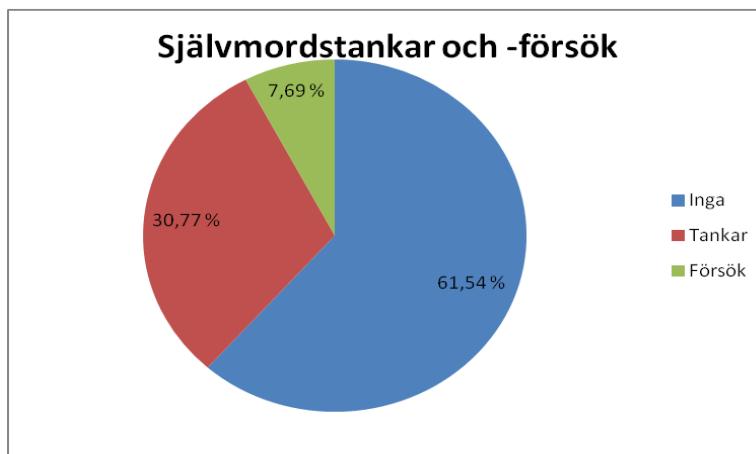


Fig. 94 Själv mordstankar och försök, avlidna kvinnor (n=26)

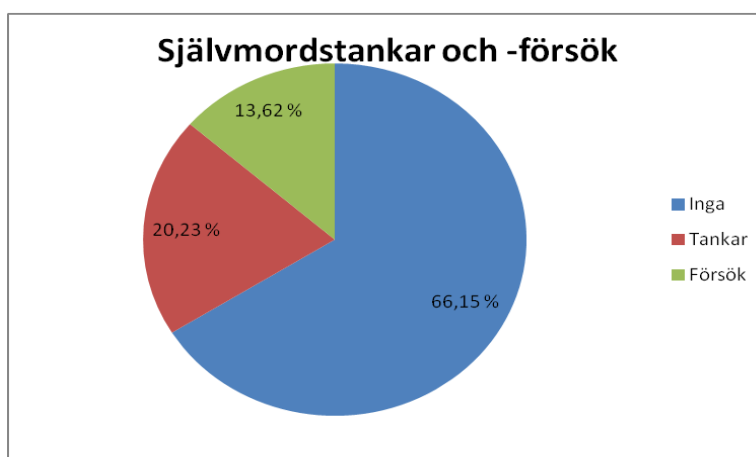


Fig. 95 Själv mordstankar och försök, alla kvinnor(n=257)

7.11 Tobaksanvändning

Andelen som röker är för hela gruppen tre fjärdedelar. Erlanson-Albertsson, C och Wingren A (2008, s. 36) anger att 80 % av alla alkoholberoende röker och att det finns ett samband mellan nikotin och alkohol.

Agerberg (2004, s. 53) går ännu längre och påstår att 90 % av alkoholisterna är rökare och att försök på råttor visar att nikotin är en inkörsport till alkohol. Råttorna injicerades med nikotin och fick sedan välja mellan vatten eller alkohol och de "förbehandlade" råttorna valde alkohol i större utsträckning än råttor som inte fått nikotin.

Som jämförelse har andelen rökare bland totalpopulationen av kvinnor (16-64 år) i Finland pendlat mellan ca 15 % och 20 % under åren 1985 till 2009.

(Finlands officiella statistik, 2010)

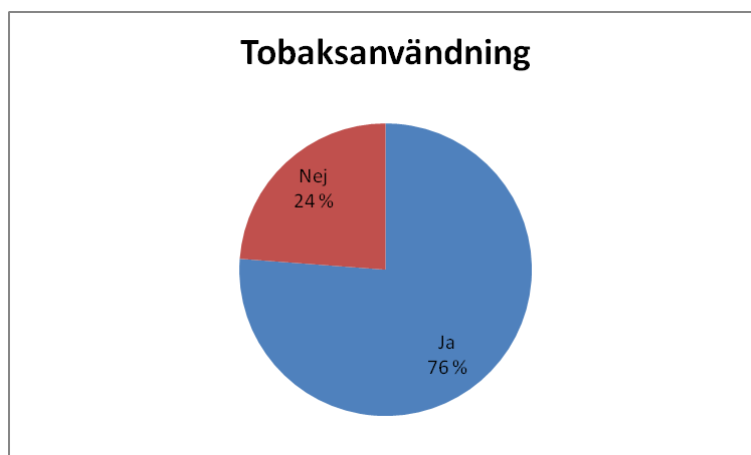


Fig. 96 Tobaksanvändning, kvinnor(n=231)

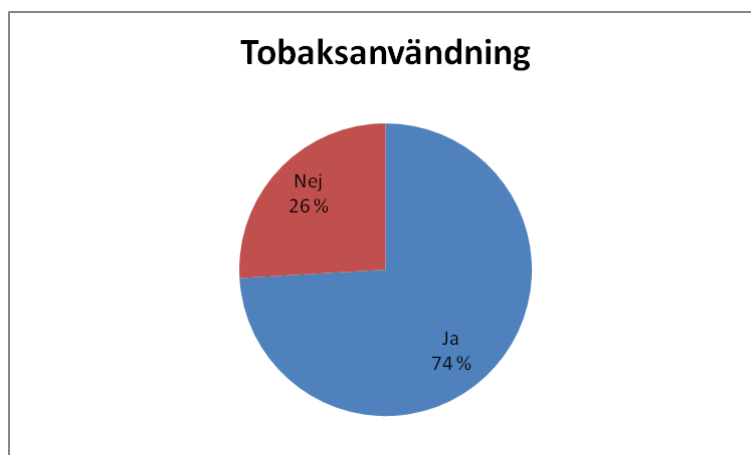


Fig. 97 Tobaksanvändning, avlidna kvinnor(n=26)

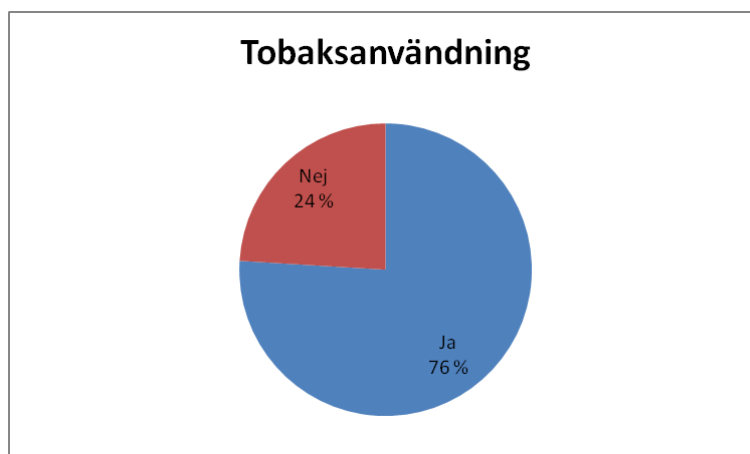


Fig. 98 Tobaksanvändning, alla kvinnor (n=257)

8 Skillnader mellan kvinnor och män

I min undersökning finns det fler män än kvinnor vilket överensstämmer med Berglund m.fl. (1994, s. 173), som säger att det är betydligt vanligare att män har alkoholproblem än att kvinnor har det.

Det visar sig en del skillnader i resultaten mellan kvinnor och män. Kvinnor kommer oftare bara en gång på vård jämfört med männen, 71 % mot 65 %. Detta säger ändå ingenting om hur "lyckosam" behandlingen varit, utan kvinnorna kan ha valt andra vägar för att hantera sina problem. Möjligen kan också skammen för att komma tillbaka vara större hos kvinnorna.

Tidpunkten för när man söker hjälp skiljer också mellan könen. Kvinnor söker hjälp första gången vid 45,2 år och männen vid 42,9 år. Kanske kan skillnaden förklaras genom att

männen debuterar tidigare och därför i allmänhet har druckit längre än en kvinna i samma ålder.

Också när det gäller relationer finns det skillnader. 46 % av kvinnorna var samboende eller gifta vid inskrivningen medan motsvarande siffra för männen var 42 %. Även Armelius och Armelius (2009) kommer fram till samma slutsats i sin undersökning, fler män än kvinnor är ensamstående.

När det gäller arbete hade 51 % av kvinnorna arbete eller egna företag, medan siffran för männen var 45 %. Dessa resultat överensstämmer också med orsaken till att söka vård vilket för kvinnornas del handlade om att de var vårdhänvisade av arbetsplatsen i nästan 20 % av fallen medan motsvarande siffra för männen var 15 %.

Uppväxten skiljer sig inte nämnvärt. Kvinnorna med skilda föräldrar är 18 % och männen 19 %. Kvinnor som växt upp i fosterhem är 9 % och männen 6 %. När det gäller missbruk i familjen uppger 35 % av kvinnorna att en förälder har missbrukat, medan siffran för männen är 29 %. 7 % av kvinnorna uppger att båda föräldrarna missbrukat, medan endast 4 % av männen säger detsamma. För övrigt missbruk i slakten, alltså mor- och farföräldrar, säger 51 % av kvinnorna och 50 % av männen ja.

Tiden för alkoholdebuten skiljer sig mellan kvinnor och män. Kvinnorna har angett att de drack första gången vid 16,2 år och männen vid 14,4 år.

På frågan om varför klienten söker vård uppger 50 % av männen att det är på eget initiativ eller krav från anhöriga, medan 40 % av kvinnorna säger samma sak. För kvinnorna är det lika stor påtryckning från arbetsplatsen som från anhöriga och 7 % anger att de är tvingade av socialtjänsten. Fler kvinnor än män har hamnat in på sjukhus eller fått råd av läkare att söka hjälp, vilket kanske kan förklaras av att kvinnor snabbare får fysiska skador av alkohol.

När det gäller typen av missbruk är det en markant skillnad mellan män och kvinnor. 47 % av kvinnorna men bara 32 % av männen uppger att de blandar alkohol med droger eller mediciner. En tänkbar förklaring kan vara att kvinnor i större utsträckning söker hjälp för mentala problem, vilket kan leda till utskrivning av lugnande preparat som t.ex. bensodiazepiner och sömnmedel.

Hur länge det tar innan man söker hjälp för sitt missbruk skiljer sig också åt mellan könen. Kvinnor söker hjälp tre år tidigare än män i medeltal, vilket kanske ändå inte säger så mycket då en större del av kvinnorna kommer efter påtryckningar utifrån. Andelen kvinnor som anser sig inte ha några problem eller inte vet hur länge det varit problematiskt är också större än motsvarande grupp bland männen, 14 % mot 7 %. Möjligen är förnekelsen större hos kvinnor då det fortfarande betraktas som mer skamligt att kvinnor dricker.

Även när det gäller parallella psykiska problem är kvinnorna överrepresenterade. Hela 58 % av kvinnorna uppger att de lider av psykiska problem medan bara 33 % av männen säger det. Dessa siffror stämmer väl med Berglund, M. m.fl. (1994), s. 173-174 där man kan läsa att kvinnor får fler psykiska problem av sitt drickande än män. En bidragande orsak skulle kunna vara att kvinnor kan ha lättare att tala om sitt psykiska illamående än män och tröskeln för att söka psykiatrisk hjälp är lägre för dem. En annan orsak kan vara att kvinnorna i ett tidigt skede av sitt missbruk söker läkarhjälp för andra diffusa symtom som oro, ångest och sömnproblem som egentligen är relaterade till missbruket men som diagnosticeras som separata åkommor. Ungefär lika många kvinnor som män har haft självmordstankar men det är fler kvinnor som faktiskt har gjort försök. En förklaring kan vara att män som försöker ta livet av sig faktiskt lyckas medan kvinnornas försök kan vara rop på hjälp. I den svenska undersökningen fann man att på varje självmordsförsök för män går det 1,4 försök av kvinnor. (Jiang m.fl. 2010)

När det gäller tobaksanvändning ligger de båda könen ganska nära varandra. 76 % av kvinnorna och 79 % av männen anger att de röker.

9 Diskussion och kritisk granskning

I min undersökning har jag funnit att alkoholism och beroende är en ”demokratisk” sjukdom som drabbar alla lika hårt oavsett kön eller klasstillhörighet. Alla som debuterar tidigt och dricker tillräckligt mycket riskerar att bli beroende.

För den som vuxit upp i en dysfunktionell familj ökar risken dock betydligt. Missbrukande och/eller frånvarande föräldrar skapar en otrygghet och brist på tillit som kan leda till utanförskap och olika destruktiva överlevnadsstrategier där missbruk av kemiska preparat kan vara en av dem.

Under insamlingen och kodningen av uppgifterna upptäckte jag att det under Pixnekliniens tid har använts tre olika intervjuunderlag, vilket gjorde att processen tog längre tid än jag hade trott eftersom jag fick läsa igenom en del hela journaler för att få svar på alla frågor. Jag kunde ha begränsat mig där och bara använt de respondenter som använt samma underlag men då hade jag inte fått med alla klienter, vilket var mitt mål för att få så stor underlag som möjligt.

En del av de resultat jag fått fram kan också vara missvisande då svaren spänner över en period av över tjugo år. Mycket har förändrats i samhället under den tiden liksom också människorna. Kvinnor dricker mer idag, det är vanligare med skilsmässor idag, narkotika är vanligare, psykisk sjukdom är vanligare, arbetslösheten har fluktuerat o.s.v. Även synen på vård och behovet av densamma ur kommunernas synvinkel är annorlunda idag liksom givetvis de ekonomiska resurserna för att förverkliga vården. Jag hade kunnat dela in klienterna i årskullar och när de varit här för att lättare kunnat jämföra med omgivande samhälle vid den tiden. Kanske fortsätter jag med det också men tiden för det här lärdomsprovet rinner ut och jag har presenterat det jag hittills har fått fram.

Under skrivandets gång har jag fått en hel del nya funderingar och upplag till vidare forskning. Det vore till exempel intressant att försöka ta reda på hur det gick sedan för de klienter som varit här men också att via klienternas subjektiva upplevelse försöka se hur Pixnekliniken kan optimera sina vårdinsatser för bästa möjliga resultat. Ett annat uppslag är att följa upp de klienter som varit i vård på Pixnekliniken flera gånger för att se vad som hänt med deras situation mellan vårdperioderna på alla plan, ekonomiskt, socialt, hälsomässigt etc.

En stor "sidovinst" som jag fått genom detta lärdomsprov är all litteratur jag läst som gjort att jag antagligen har blivit bättre på att utföra mitt dagliga arbete med klienterna. Mitt intresse för ämnet har ökat ännu mer: ju mer jag lär mig, desto mer vill jag lära. Jag vill vara med och påverka missbrukarvården till det bättre och jag har genom mitt lärdomsprov fått en hel del nya idéer.

Beroende är en kronisk sjukdom som behöver livslång behandling för vara symtomfri. Fyra veckors primärbehandling på Pixnekliniken är bara början och även om vården där håller en hög kvalitet ställs det stora krav på inte bara på klienten själv utan också på hemkommunen för att eftervården ska fungera. Jag skulle vilja se ett djupare och tätare samarbete mellan hälsovård, mentalvård och socialvård för att undvika att klienter faller mellan stolarna eller bollas fram och tillbaka med ökad risk för återfall som följd. Missbruk och beroende kostar enormt mycket för samhället i form av sjukvård, socialvård kriminalvård och uteblivna skatteintäkter, men också i form av psykiskt lidande för alla inblandade. Anhöriga till missbrukare blir utbrända och sjukskrivna, barn som föds in i en missbrukarfamilj löper stor risk att själva drabbas och samhället borde göra allt som går för att förebygga detta och bryta "det sociala arvet" i dessa familjer.

Litteratur

Aaltonen, M., Ojanen, T., Vihunen, R och Vilén, M. (2003). *Ungdomstiden*. Vammala: Utbildningsstyrelsen.

Agerberg, M. (2004). *Kidnappad hjärna. En bok om missbruk och beroende*. Lund. Studentlitteratur.

Andréasson, S. (1994). *Initial bedömning av alkoholproblem*. Ingår i: Berglund, M., Andréasson, S., Bergmark, A., Lindström, I., Oscarsson, L., Ågren, G. & Öjehagen, A. (1994). *Behandling av alkoholproblem. En kunskapsöversikt*. Centrum för utvärdering av socialt arbete. Stockholm: Liber Utbildning AB.

Armelius, B-Å & Armelius, K. (2009). *En naturalistisk studie av 14000 svenska missbruksklienter baserad på Addiction Severity Index, ASI. Rapport till missbruksutredningen (S 2008:04)*. Umeå: Institutet för klinisk psykologi i Umeå AB

Åtkomstsätt:

<http://www.sou.gov.se/missbruk/pdf/Rapporter/Kart%C3%A4ggning%20uppf%C3%B6ljning%20ASId.pdf> Hämtat 16.9.2011

Berglund, M. (1994). *Diagnostik av alkoholproblem*. Ingår i: Berglund, M., Andréasson, S., Bergmark, A., Lindström, I., Oscarsson, L., Ågren, G. & Öjehagen, A. (1994). *Behandling av alkoholproblem. En kunskapsöversikt*. Centrum för utvärdering av socialt arbete. Stockholm: Liber Utbildning AB.

Berglund, M., Andréasson, S., Bergmark, A., Lindström, I., Oscarsson, L., Ågren, G. & Öjehagen, A. (1994). *Behandling av alkoholproblem - slutsatser och rekommendationer*. Ingår i: Berglund, M., Andréasson, S., Bergmark, A., Lindström, I., Oscarsson, L., Ågren, G. & Öjehagen, A. (1994). *Behandling av alkoholproblem. En kunskapsöversikt*. Centrum för utvärdering av socialt arbete. Stockholm: Liber Utbildning AB.

Black, C. (1993). *Det ska aldrig få hända mig! Om barn till alkoholister*. Borås: Bokförlaget Natur och Kultur.

Cronlund, C. (1996). *Utveckling, livsvillkor och socialisation*. Falköping: Bonnier Utbildning AB.

Erlanson-Albertsson, C. och Wingren, A. (2008). *Belöning och beroende*. Finland: Ica Bokförlag.

Fahrman, M. (1993). *Barn i kris*. Lund: Studentlitteratur.

Finlands officiella statistik (FOS): *Arbetskraftsundersökning* [e-publikation]. ISSN=1798-7849. Helsingfors: Statistikcentralen [hänvisat: 15.9.2011]. Åtkomstsätt: http://www.tilastokeskus.fi/til/tyti/index_sv.html.

Finlands officiella statistik (FOS): *Befolkningsstruktur* [e-publikation].

ISSN=1797-5387. Helsingfors: Statistikcentralen [hänvisat: 7.3.2012].

Åtkomstsätt: http://www.stat.fi/til/vaerak/tau_sv.html.

Finlands officiella statistik (FOS): Familjer [e-publikation].
ISSN=1798-3223. 2008, *Barnfamiljer efter typ åren 1950–2008*. Helsingfors:
Statistikcentralen [hänvisat: 15.9.2011].

Åtkomstsätt: http://www.tilastokeskus.fi/til/perh/2008/perh_2008_2009-05-29_tau_003_sv.html.

Finlands officiella statistik (FOS): [e-publikation]. ISSN=1798-0887. *Tobaksstatistik 2010*.

Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd. [hänvisat: 7.3.2012] Åtkomstsätt:
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr44_11.pdf

Jiang, G-X., Floderus, B. & Wasserman, D (2010). *Självordsförsök i Stockholms Län och Sverige 1987-2008*. Stockholm: Karolinska Institutets folkhälsoakademi

ISBN:978-91-86313-60-9

Lastensuojelu 2009 – *Barnskyddet 2009* – *Child welfare 2009*.
Statistikrapport 29/2010, 26.11.2010
Finlands officiella statistik, Socialskydd 2010. THL.
<http://www.stakes.fi/SV/tilastot/aiheittain/barndom/barnskydd/index.htm> Hämtat 130911

Lindström, L (1994). *Har behandling effekt?* Ingår i: Berglund, M., Andréasson, S., Bergmark, A., Linström, L., Oscarsson, L., Ågren, G. & Öjehagen, A. (1994). *Behandling av alkoholproblem. En kunskapsöversikt*. Centrum för utvärdering av socialt arbete. Stockholm: Liber Utbildning AB.

Lindström, L. (1994). *Är behandling nödvändig?* Ingår i: Berglund, M., Andréasson, S., Bergmark, A., Lindström, I., Oscarsson, L., Ågren, G. & Öjehagen, A. (1994). *Behandling av alkoholproblem. En kunskapsöversikt.* Centrum för utvärdering av socialt arbete. Stockholm: Liber Utbildning AB.

Lund, T. Föreståndare på Pixnekliniken.

Mortensen, O. (1995). *Barns reaktioner på föräldrars missbruk.* Ingår i Hansen, F.A. (red.) 1995. *Barn i familjer med missbruksproblem.* Lund: Studentlitteratur.

Nakken, C. (1988). *Jaget och missbrukaren. Hur en missbrukarpersonlighet uppstår. Hur ett tillfrisknande kan äga rum.* Stockholm: Svenska Rådet för Alkohol- och Beroendefrågor & Proprius förlag.

Scheffel-Birath, C., DeMarinis, V., & Hansagi, H. (2005). *Grundläggande vårdfilosofi vid uppbyggnad av behandling för kvinnor med missbruksproblem.* Ingår i: Hilde, M. (red.)(2005). *Kön, behandling och kunskap.* Lund: Studentlitteratur.

Söderling, L. (1993). *Alkoholismens alfabet.* Södertälje: Larsons Förlag.

Woititz, J.G. (1990). *Vuxna barn till alkoholister.* Stockholm: Bokförlaget Robert Larson AB.