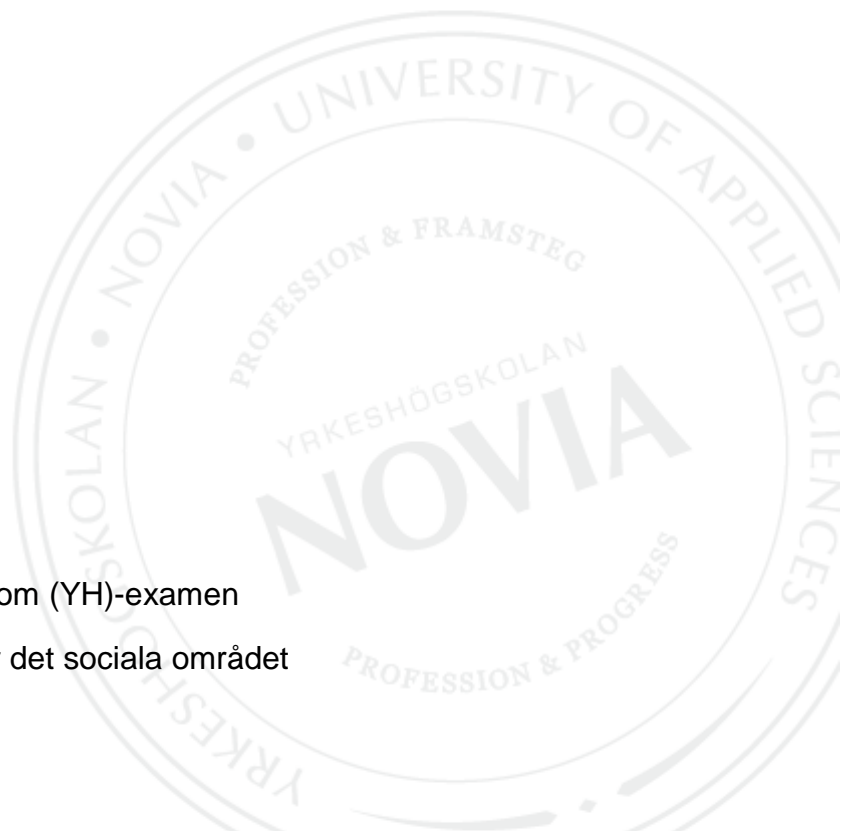


# Kvinnors alkoholmissbruk

En studie om alkohol, missbruk och beroende med  
särskild betoning på kvinnors situation

Kariné Harald

Examensarbete för socionom (YH)-examen  
Utbildningsprogrammet för det sociala området  
Vasa 2011



## EXAMENSARBETE

Författare: Kariné Harald

Utbildningsprogram och ort: Det sociala området, Vasa

Inriktningsalternativ/Fördjupning: Socialpedagogiskt arbete/Familjearbete

Handledare: Mona Granholm och Ralf Lillbacka

**Titel: Kvinnors alkoholmissbruk- en studie om alkoholmissbruk och beroende med särskild betoning på kvinnors situation**

---

Datum 10.11.2011

Sidantal 37

Bilagor 2

---

### Sammanfattning

Studiens syfte är att belysa kvinnors situation vid alkoholmissbruk och -beroende. Kvinnors alkoholkonsumtion har ökat sedan 1990-talet och detta påverkar deras hälsa och livskvalitet. Den vanligaste dödsorsaken bland kvinnor i åldern 15-64 år är alkoholrelaterad. Ökad kunskap behövs för att upplysa om läget och få kontroll över situationen. Arbetet tar upp vad som är skillnaden mellan missbruk och beroende samt vad som får kvinnor att konsumera alkohol, på vilket sätt kvinnor tar skada samt hur missbruk och beroende kan behandlas.

Genom att höra anonyma kvinnors berättelser försöker jag ge en ökad förståelse om hur ett missbruk eller beroende uppstår och hur de har kommit till rätta med det. Det finns hjälp att fås om man själv har motivationen att ta sig ur det. Det finns flera olika metoder för att komma till rätta med alkoholism. Den behandlingsmetod som man väljer skall passa den enskilde individen. Det som passar ypperligt för en person kanske inte alls lämpar sig för en annan. Vi är alla olika. Den egna motivationen och viljan att ta emot hjälp är av största vikt.

---

Språk: svenska    Nyckelord: kvinnor, alkohol, missbruk, beroende, behandlingsmetoder

## BACHELOR'S THESIS

Author: Kariné Harald

Degree Programme: Social health care and social welfare,  
Vasa

Specialization: Social pedagogical work

Supervisors: Mona Granholm and Ralf Lillbacka

**Title: Women's alcohol abuse- a study on alcohol abuse and dependence with special emphasis on women's situation**

---

Date 10.11.2011    Number of pages 37    Appendices 2

---

### Summary

The purpose of the study is to highlight the situation of women in relation to alcohol abuse and addiction. Women's alcohol consumption has increased since the 1990s, and this affects their health and quality of life. The most common causes of death among women aged 15-64 are alcohol-related. Increased knowledge about this is necessary in order to inform about the situation and get it under control.

The thesis discusses the difference between abuse and addiction, what makes women consume alcohol, how women will be damaged and how abuse and addiction can be treated.

By hearing anonymous women's stories, I try to provide a better understanding of how an addiction arises, and how these women have come to terms with it. There is help available if you yourself have the motivation to get out of the addiction. There are several different methods of dealing with alcoholism. Whatever therapy you choose should suit the individual. What is well suited for one person may not be at all suitable for another. We are all different. Motivation and willingness to accept help is essential.

---

Language: swedish

Key words: women, alcohol, abuse, addiction treatment

## Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Definitioner .....	4
3	Könsskillnader vid missbruk och beroende .....	6
	3.1 Biologiska skillnader .....	7
	3.2 Sociala skillnader .....	9
4	Belöningsystemet .....	11
5	Var kan man söka vård för sitt missbruk/beroende? .....	12
6	Behandlingsmetoder .....	13
	6.1 Minnesotamodellen .....	14
	6.2 Läkemedel vid behandling av alkoholism .....	14
	6.3 Mini-intervention .....	15
	6.4 Prime for Life .....	16
	6.5 Psykosocial behandling .....	16
	6.5.1 Kognitiv beteendeterapi.....	17
	6.5.2 Motiverande samtal .....	17
	6.5.3 Familjeterapi.....	17
	6.6 Självhjälp .....	18
	6.6.1 Stresshantering .....	18
	6.7 Behandling för kvinnor.....	19
7	Var går riskgränserna för alkoholkonsumtion? .....	19
	7.1 Alkohol och viktkontroll .....	20
8	Mödrar med missbruk.....	21
9	Blandmissbruk.....	23
10	Våld mot missbrukande kvinnor .....	24
11	Medberoende .....	25
12	Metod och tillvägagångssätt .....	27
13	Resultatredovisning.....	28
14	Analys.....	30
15	Slutdiskussion .....	32

Litteratur

Bilagor

## 1 Inledning

Forskning visar att kvinnors missbruk blir allt vanligare. För ungefär 50 år sedan var det endast en liten del av kvinnorna som överhuvudtaget drack alkohol, medan det i dagens samhälle är vanligt att kvinnor dricker. Kvinnors situation i vårt samhälle och deras sätt att umgås har genomgått en förändring, vilket har gjort att unga kvinnor idag har utvecklat en kultur där man umgås runt lite vindrickande. Det är framför allt det sociala drickandet som har ökat. Detta får naturligtvis konsekvenser för deras hälsa och välmående.

Alkoholen är ett ämne som har funnits länge och som har brukats en lång tid. Redan i Första Moseboken i Bibeln berättas om Noa, som var den första att plantera en vingård. Indianerna i Central- och Sydamerika berusade sig för att komma i kontakt med gudarna och i antikens Grekland prisade man guden Dianysos för att han frambringat vinet åt människorna. (Agerberg, 2004, 25)

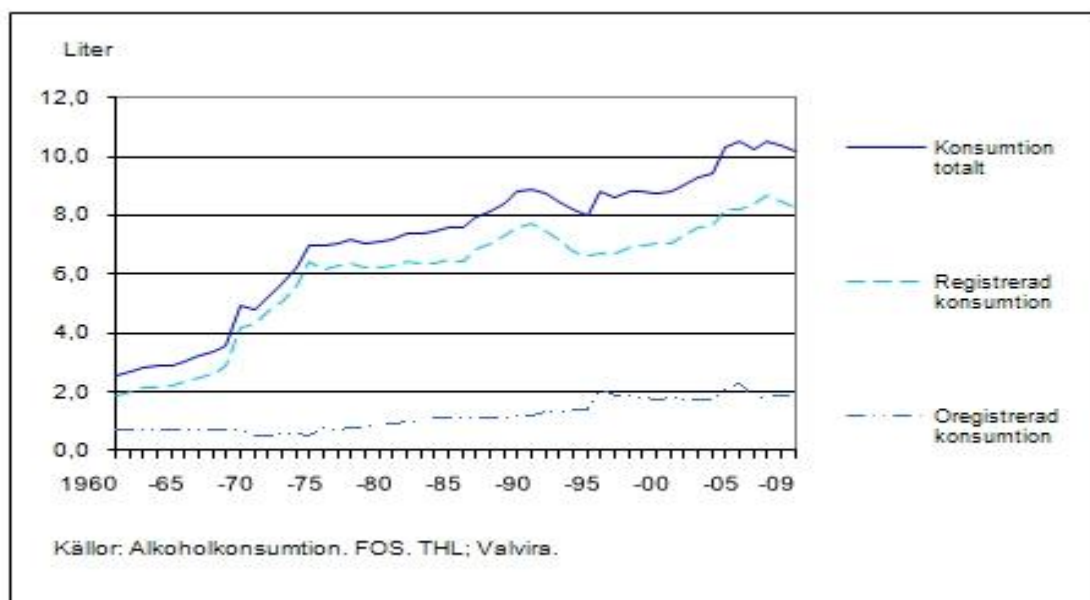
Användandet av alkoholhaltiga drycker ökade efter andra världskrigets slut. Motboken avskaffades en tid efter krigsslutet och efter det ökade konsumtionen stadigt till 1970-talet, för att sedan ligga på samma nivå under rätt lång tid. Det var jämlikheten som kom in i bilden. Under 1990-talet ökade användningen igen. Nu var det det sociala drickandet som ökade. De så kallade normalkonsumenterna blev flera. Ändrade dryckesvanor tog sig till uttryck genom att man unnade sig vin till maten också på vardagarna och kanske tog man en öl efter arbetet. (Agerberg, 2004, 82-83)

Kvinnor har av tradition inte varit de som konsumerat alkohol, utan haft rollen som hemmets och familjens stöttepelare. I och med att kvinnors ställning på arbetsmarknaden ändrade och jämlikheten ökade, har detta också lett till ändring av andra vanor. När kvinnor träffas idag är det ofta över ett glas vin. Det sociala drickandet har kommit för att stanna och är allmänt accepterat av de allra flesta. Tidigare hade vi normer som inte accepterade alkoholkonsumtion bland kvinnor, men numera lever vi i sammanhang där det är normalt att bejaka njutning också i denna form. I en studie finns det folkhälsomodeller som till och med uppmuntrar kvinnor att konsumera alkohol. (Hilte, 2005, 27-29)

Vid KSAN:s (Kvinnoorganisationernas Samarbetsråd i Alkohol- och Narkotikafrågor) årsmöte 2011 betonade man speciellt kvinnor 55+, som är en stor grupp i Norden och Europa, och deras ökande alkoholkonsumtion. Detta kommer

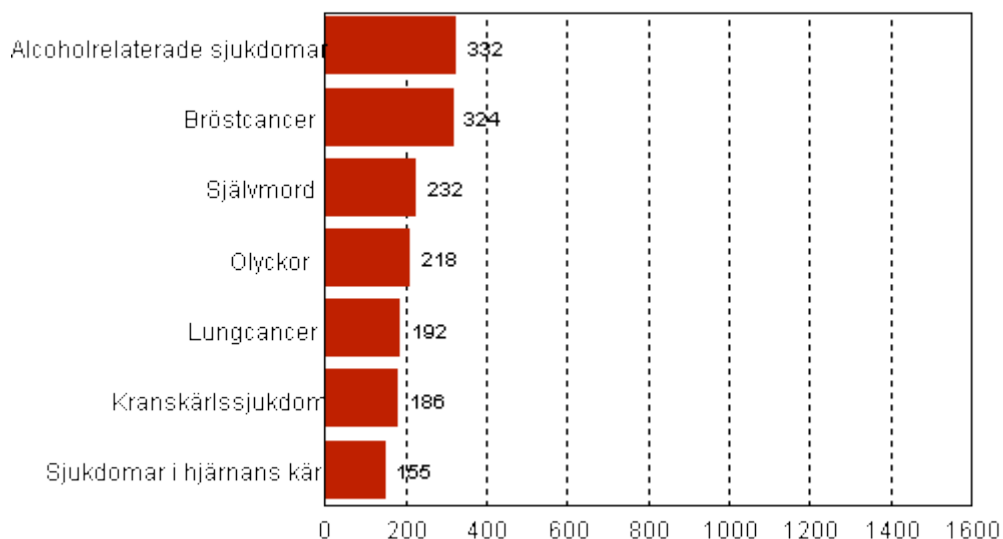
att medföra en högre andel riskkonsumenter och mer alkoholskador på sikt. Detta behöver uppmärksammas så att man kan beakta det i rehabiliteringen via arbete och inom hälso- och sjukvården. Behandlingsprogram för äldre kvinnor behöver tillsättas, eftersom stigande ålder ofta medför mera mediciner som kan vara farliga i samband med alkoholkonsumtion. Här behöver man informera för att undvika ett blandmissbruk.

Nedan ser man hur alkoholkonsumtionen har ökat i Finland under en femtioårsperiod.



**Figur 1. Alkoholkonsumtion per invånare i 100-procentig alkohol 1960-2009.**

Källa: Stakes.fi



**Figur 2. De vanligaste dödsorsakerna 2009 i åldern 15-64, kvinnor.**

Källa: Statistikcentralen.

I diagrammet ovan visas de vanligaste dödsorsakerna för kvinnor i arbetsför ålder, 15-64 år. Notera att alkoholrelaterade dödsorsaker ligger på första plats.

Enligt rapport 39/2009, Alkoholläget i Finland i början av 2000-talet, uppgjort av Institutet för hälsa och välfärd, ökar alkoholkonsumtionen fortfarande och orsakar alkoholskador. Man har inte lyckats vända trenden trots uppställda mål. Jämfört med de övriga nordiska länderna har Finland den klart högsta konsumtionen av alkohol. Som en direkt följd av detta har vi därför en markant ökning av alkoholrelaterade dödsfall. En stor förändring är att kvinnors alkoholdrickande har blivit vanligt. Alkoholen finns numera att tillgå i alla möjliga sammanhang, så som på kulturella evenemang, i sportsammanhang och på sommarfestivaler. Det har blivit socialt accepterat att det finns att tillgå överallt. Under 2000-talet har kvinnornas andel av alkoholkonsumtionen kommit upp till en fjärdedel eller en tredjedel av totalkonsumtionen (beroende på mätningmetod). I åldern 30-64 år är två procent av kvinnorna alkoholberoende enligt undersökningen Hälsa 2000. Att dricka sig berusad är vanligast i åldern 15-29 år, oberoende av kön.

Syftet med mitt lärdomsprov är att belysa kvinnors situation när det gäller alkoholmissbruk och -beroende för att uppmärksamma kvinnors situation, öka kunskapen och för att minska fördomarna.



Min studie har jag gjort genom att be kvinnor som har varit fast i ett alkoholberoende att kontakta mig och berätta sin egen historia.

## 2 Definitioner

I boken *Kidnappad hjärna* av Miki Agerber (2004, 83) framkommer det att alkoholberoende helt klart är en av våra stora folksjukdomar. När man har gjort undersökningar om beroendet av alkohol har det visat sig att cirka 6 % av männen och 2 % av kvinnorna är beroende. Kvinnornas andel har ökat.

Om man slår man upp orden i FASS (Farmaceutiska Specialiteter i Sverige), får man veta att alkoholmissbruk är när man gång på gång ställer till det för sig genom att använda alkohol och att alkoholberoende är när man själv inte klarar av att styra intaget av alkohol längre. (Lyngstam, 2010)

Enligt DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) innebär beroende att man under en tolv månadersperiod haft en toleransökning, det vill säga att man har behövt en större dos av drogen för att uppnå samma effekt och att man får abstinens när man avbryter konsumtionen. Kontrollförlust visar sig på det sättet att man dricker under en längre tid än vad man har avsett och misslyckas med att avsluta drickandet. Dessutom går en stor del av ens tid till att skaffa, konsumera och återhämta sig från drickandet. På grund av detta faller tidigare aktiviteter bort eller överges och man fortsätter dricka även om det påverkar ens liv negativt med både fysiska och psykiska besvär. (Lyngstam, 2010)

Missbruk enligt DSM-IV innebär en funktionsnedsättning eller lidande under en tolv månadersperiod. Det innebär att man genom upprepad droganvändning misslyckas med att utföra sina uppgifter på arbetet, i skolan eller hemma. Man nyttjar drogen på ett sätt som medför risker, exempelvis vid bilkörning (rattfylleri). Man har flera gånger kontakt med rättvisan till följd av drickandet och fortsätter att använda drogen trots de återkommande problemen som den medför. (Lyngstam, 2010)

Det finns olika sätt att beskriva alkoholmissbruk och alkoholberoende. Ofta blandas de två begreppen ihop, men skillnaden är ändå väsentlig. Enligt AI-anon beskrivs alkoholism som följer: "Alkoholism är ett progressivt beroende av alkohol

som påverkar alkoholisten både mentalt, känslomässigt och fysiskt. Om sjukdomen inte hejdas kan den leda till sinnessjukdom eller död.”

Huruvida alkoholism är en sjukdom eller inte diskuteras mycket både i forsknings-sammanhang och av allmänheten. Det finns de som håller fast vid att det är en sjukdom som vem som helst kan drabbas av, förutsatt att man konsumerar alkohol, och de som ser det hela som självförvållat och en följd av dålig karaktär eller dålig självkontroll. Ärftlighet och uppväxtmiljö är andra saker som också diskuteras i sammanhanget.

I Miki Agerbergs bok *Kidnappad hjärna* (2004, 67-75) finns det ett kapitel om forskaren och professorn Michael Bohman, som har undersökt om alkoholmissbruk går i arv eller om miljön som man växer upp i är orsaken. Detta har han gjort genom att göra tvillingstudier och adoptionsstudier. I hans forskning framkom det att både uppväxtmiljön och arvet har betydelse. Studien visar att arvet ensamt inte är avgörande, för av de pojkar vars biologiska fäder var alkoholister blev mer än hälften inte alkoholister. Detta visar med all tydlighet att uppväxtmiljön har stor betydelse. (Agerberg, 2004, 68-70). Michael Bohman har tillsammans med forskaren Robert Cloning kunnat urskilja två olika slag av män med alkoholproblem. Den ena gruppen var en liten grupp som började missbruka tidigt och det ledde till andra droger samt till våld och kriminalitet. De kallar dem typ 2. Den andra gruppen, som är betydligt större (omkring tre fjärdedelar), började dricka betydligt senare. De hade redan familj och arbete och hade inga problem med övriga droger eller kriminalitet. Denna grupp kallas typ 1.

Nuförtiden är forskarna eniga om att det finns olika slag av alkoholism. Det gäller att inse att det här finns stora olikheter människor emellan. (Agerberg, 2004, 70). På La Jolla veteransjukhus finns en professor i psykiatri, Marc Schuckit. Han har tillsammans med genetiker försökt hitta genen som skulle vara orsaken till alkoholmissbruk. Enligt honom är detta inte möjligt, eftersom alkoholism inte beror på en enda gen utan på flera som arbetar tillsammans, precis som vid till exempel cancersjukdomar. Han slår fast att alkoholberoende beror på flera gener i samverkan med miljön som man växer upp i. (Agerberg, 2004, 72)

### 3 Könskillnader vid missbruk och beroende

I en artikel på rikslänkarnas hemsida finns information av Fredrik Spak, som är forskare i socialmedicin vid Göteborgs universitet. Han har skrivit en doktorsavhandling om kvinnor och alkohol. I sin avhandling slår han hål på flera myter som cirkulerar om kvinnors alkoholvanor. Bland annat skriver han att alkoholismen förvisso har ökat bland kvinnor de senaste tjugo åren, men att det inte är fråga om någon stor ökning. Enligt hans undersökning rör det sig om ett antal på 3 % av kvinnorna som skulle vara beroende. En annan sak som han tillbakavisar är att unga kvinnor skulle ha börjat dricka som män. Unga kvinnor dricker rätt mycket under en tidsperiod i åldern 20-25, men sedan avtar konsumtionen markant. Hur som helst poängterar han att tidig behandling är av största vikt, men att det har visat sig att kvinnliga alkoholister söker hjälp väldigt sent. Detta bottnar i deras skamkänslor och i rädslan över att mista sina barn. (Rikslänkarna, [u.å.]

I samma artikel som ovan berättar Lena Dahlgren, som är chefsöverläkare vid EWA-enheten i Stockholm, att kvinnors problem med alkohol uppmärksammas i vården men sällan åtgärdas. Detta beror på att de söker hjälp för andra besvär. EWA-mottagningen är en behandlingsenhet på Karolinska sjukhuset som riktar sig enbart till kvinnor. Kvinnor från alla samhällsgrupper och i alla åldrar söker sig hit för att erhålla hjälp. Hon bekräftar också att blandmissbruket har ökat bland kvinnor. De här kvinnorna, som sökt sig till EWA-mottagningen, gör det ofta för att de inte vill ha behandling på enheter som tar emot båda könen. Hon nämner att Minnesotamodellens huvudbudskap kan kännas helt fel för vissa. Man skall erkänna att man är "maktlös inför alkoholen" och att man "har förlorat kontrollen över sitt liv". Detta kan vara nog så deprimerande i denna livssituation. På EWA-enheten har man istället gått in för att stärka kvinnornas självförtroende. En stor skillnad som finns mellan manliga och kvinnliga alkoholister nämner Lena Dahlgren också. Det är att en manlig alkoholist ofta har en stöttande kvinna bakom sig, medan en missbrukande kvinna ofta har en missbrukande man i bakgrunden. Hon påpekar särskilt att för att få ett bra resultat skall en tidig kontakt, en lång behandlingstid och en individuellt anpassad vård sättas ihop. (Rikslänkarna,[ u.å.]

När det tar cirka 20-25 år för en man att utveckla ett beroende, går det på fem år för en kvinna. Det som är besvärligt med kvinnors missbruk är att de upprätthåller

bilden utåt väldigt bra, månar om sitt utseende osv, så det är väldigt svårt för de närstående att upptäcka att något skulle vara fel. (1,6 miljonerklubben, 2006, 77)

I en artikel i NAD (*Nordic studies on alcohol and drugs*) 28/2011, skriver Jessica Storbjörk om könsskillnader vid missbruk, problem, sociala situationen och behandlingsupplevelser hos klienter som kommit in för beroendebehandling i Stockholm. Hon har låtit intervju 1 865 respondenter i början av deras behandling åren 2000-2002 i Stockholms län. I sin forskning har hon kommit fram till några skillnader som verkar existera mellan män och kvinnor vid ett missbruk/beroende. Det som skiljde män och kvinnor åt var till exempel att kvinnor oftare hade mentala problem och blandmissbruk. Däremot hade kvinnorna en stabilare social situation än männen. Kvinnorna hade mer ansvar hemma men levde ofta med en missbrukare. De hade eget boende, utbildning och vänner som inte missbrukade. Männen var oftare hemlösa, utan arbete och ensamma. Männen var mera socialt marginaliserade. När kvinnor kunde medge att alkoholen hade orsakat problem i deras familjeliv, ansåg männen att den orsakat ekonomiska problem. Det verkar vara så att könsrollerna ännu spelar stor roll. Normen tenderar fortfarande vara att kvinnan ansvarar för hemmet och familjen, medan männen ansvarar för ekonomin.

### 3.1 Biologiska skillnader

Att det feminina könet är skörare och lättare får besvär av diverse slag kommer tydligt fram inom alkoholforskningen. Det är bara att konstatera fakta som har framkommit. Kvinnor löper större risk än män att utveckla alkoholhepatit. Risken för inflammationer, skrumplever och levercancer ökar. Här finns en skillnad mellan kvinnor och män. När män slutar dricka förbättras deras leverstatus, medan kvinnors inte tar igen sig lika bra och levern försämras på lång sikt. (Stuttaford, 1997, 114)

Kvinnor tål alkohol sämre än män och blir berusade snabbare, bland annat för att kvinnor oftast väger mindre än män. Kvinnans kropp har större andel kroppsfett och mindre kroppsvätska (vatten och blod), vilket gör att alkoholen, som är vattenlöslig, inte späds ut lika mycket. Kvinnan får då en högre promillehalt än mannen. Vid forskning har det kommit fram att kvinnor snabbare och tidigare får

problem vid alkoholkonsumtion. Hormoner kan vara en annan sak som inverkar. (*National institute on alcohol abuse and alcoholism, 2011*)

Kvinnor har visat sig vara mer utsatta för alkoholskador av olika slag, bland annat leverskador och högt blodtryck. Ämnesomsättningen hos kvinnor gör att de får höga halter av acetaldehyd som ger biverkningar så som huvudvärk, illamående samt kraftig rodnad. Var kvinnan befinner sig i sin menstruationscykel påverkar koncentrationen av acetaldehyd och kan vara anledningen till att de lättare får skador i levern och andra organ. Halten av östrogen är extra hög strax före mens och det samverkar med acetaldehyd på ett vanskligt sätt. (Agerberg, 2004, 105)

En stor konsumtion av alkohol leder ofta till hjärtbesvär. Vid berusningsdrickande ökar faran för oregelbunden hjärtverksamhet. Kvinnor har anlag att fortare få hjärtbesvär vid drickande, även om de dricker mindre under en livstid än män. Hjärtmuskeln kan ta skada och ge hjärtsvikt. Samtliga hjärnfunktioner störs av alkohol på ett negativt sätt. Tänkande, känslor, omdömet, minnet samt balans och muskelrörelser påverkas och detta sker redan vid små mängder alkohol. Om konsumtionen är hög kan kroniska neurologiska skador uppstå. Det finns ett samband mellan alkoholkonsumtion och utvecklande av bröstcancer. Kvinnor som dricker ca en drink per dag löper 10 % större risk att utveckla bröstcancer än kvinnor som inte dricker alls. Risken ökar också för en rad andra cancerformer. (*National institute on alcohol abuse and alcoholism, 2011*)

Bukspottskörteln kan drabbas av inflammationer som kan medföra bl.a. risk för diabetes och förmågan att kunna tillgodogöra sig födan. Detta leder i sin tur till undernäring. Vid alkoholkonsumtion kan benstommen bli skörare, med högre risk för till exempel frakturer. Alkoholen kan också medföra magkatarr, vilket innebär smärtor och kräkningar. Magsäcken har ett skyddande enzym, ADH, som fungerar som en skyddande barriär. Vid kroniskt och högt intag av alkohol försvinner skyddet i magsäcken och effekten blir att en större del av alkoholen går direkt ut i blodomloppet. Det har visat sig att alkoholiserade kvinnor totalt saknar denna skyddsmekanism. (Stockholms läns landsting, [u.å.])

Om man dricker stora mängder alkohol under en lång tid påverkas köns-hormonerna. Hos kvinnor ökar halten av manligt könshormon medan halten av kvinnliga könshormoner sjunker. Därför kan kvinnor som dricker mycket under lång tid få ett maskulint utseende. (Stockholms läns landsting,[u.å.])

En stor konsumtion av alkohol stör det sexuella umgänget och ger ett kaotiskt känsloliv, som i sin tur leder vidare till ett samliv som inte blir tillfredsställande. Kvinnans förmåga att få orgasm kan rubbas och det minskar hennes intresse för sex. Hos den kvinnliga alkoholisten förekommer också menstruationsrubbingar och sterilitet. (Holopainen, 2006)

Att konsumera alkohol över huvudtaget under en graviditet är riskfyllt. En kvinna som dricker mycket under graviditeten utsätter fostret för risken att få inlärningsproblem och problem med uppförandet samt avvikande ansiktsdrag (FAS-syndrom). Alkoholkonsumtionen ökar också risken för att föda för tidigt.

Kvinnor som över huvudtaget inte borde dricka alkohol är:

-kvinnor under 21 år

-kvinnor som använder mediciner som interagerar med alkohol

-gravida, ammande och de kvinnor som ämnar att snart bli gravida

(*National institute on alcohol abuse and alcoholism, 2011*)

### 3.2 Sociala skillnader

Karin Trulsson är en kvinnlig forskare i Sverige som har intresserat sig speciellt för missbrukande kvinnor och som har varit aktivt med i utvecklandet av missbrukarvården för kvinnor. I ett kapitel i boken *Kön, behandling och kunskap* (Hilte, 2005, 79-80) skriver hon om kvinnobehandling. När hon intervjuade kvinnor som har varit in för behandling lade hon märke till att kvinnorna gärna ville gå i terapi efteråt. De hade ett behov av att prata om problemen också och med andra kvinnor. Hon startade då Sofia behandlingshem i Malmö i början på 1990-talet. Man hade endast kvinnlig personal och lade särskild vikt vid nära relationer, föräldraskap, individuella samtal och terapi. Man visade förståelse när kvinnorna fick återfall och såg till eftervården och långsiktigheten vid missbruksbehandlingen. Den könsneutrala behandlingen som funnits tidigare var mer lämpad för män och fokus hade varit på gruppsamtal, arbete och olika aktiviteter. Numera har man mer och mer kommit fram till att behandling och eftervård skall vara individuellt anpassad. Jämlikheten har hunnit ikapp också inom missbrukarvården och

behandlingsmetoderna. Det går inte att bara se till könet. Det finns män som vill ha mer "kvinnlig" behandling med inriktning på nära relationer och familj samt kvinnor som hellre ser en behandling med fokus på arbete och aktiviteter. Detta för att alla kvinnor inte har barn och familj som första prioritet längre. (Hilte, 2005, 79-82; Trulsson, 2006, 144-145)

Kvinnan i dagens samhälle skall vara stabil, nykter och inneha kontroll över både hemmet och barnen. Hon har dessutom ofta ett arbete utanför hemmet. Detta klarar hon av utan större problem. Den missbrukande kvinnan klarar vanligen inte av allt detta, inte över tid i alla fall, och när detta inte går ger det henne skuld- och skamkänslor. Missbruket gör henne instabil, osäker och gör att hon ser ner på sig själv, när hon inte klarar av att leva upp till samhällsidealet. Missbrukande kvinnor lider ofta av svåra skuld- och skamkänslor. (Hilte, 2005, 81)

När en kvinna påbörjar sin resa tillbaka ut ur ett missbruk/beroende, erhåller hon det viktigaste och bästa stödet från sin ursprungsfamilj, sina vänner och de professionella. Däremot får kvinnor sällan något vidare stöd från sina partners. Syskon kan också vara kritiska. Annat som är relevant i uppbrottsperioden är i huvudsak tre saker: Kvinnan behöver hitta en ny roll i arbete eller utbildning, höja självkänslan och erhålla en ny syn på sig själv samt stöd i sökandet efter sin identitet. Därtill skall gamla nätverk, i mån av möjlighet, repareras och väckas till liv. Det krävs helhjärtade insatser av alla inblandade för att detta skall bli bra och leda till ett varaktigt nyktert leverne. (Trulsson, 2006, 216-217)

Kvinnor har oftare psykisk ohälsa men ett lättare missbruk. Det sociala livet är för det mesta också stabilare. Ofta klarar de av ett socialt drickande länge. De dricker hemma och i ensamhet och de upplever det ofta förnedrande. För kvinnor leder drickandet ofta till konsekvenser på det emotionella planet. Kvinnor är oftare blandmissbrukare. Ett bensodiazepinmissbruk förekommer ofta hos kvinnor, oberoende av om de konsumerar mycket eller litet. För män förekommer detta oftast bara vid ett tyngre missbruk. (Dahlgren, 2002)

För missbrukande kvinnor med barn är viljan att rehabilitera sig och tillfriskna en stark drivkraft. Ingen mamma vill sitt barn illa. Deras partner har ofta själv ett missbruk eller beroende och kan vara ett hinder till att kvinnan söker hjälp, genom att vara negativt inställd. En kvinna däremot är ofta både stöttande och positivt

inställd till sin partners behandling. Tillfrisknandeprognozen är bättre och stabilare för kvinnor än för män. Någon behandlingsmodell som skulle vara speciellt bra för kvinnor existerar inte, utan behandlingen bör grunda sig på missbrukets omfattning och sociala, psykiska och fysiska faktorer. (Dahlgren, 2002)

#### 4 Belöningssystemet

Det är bra att känna till vad belöning egentligen är och hur det fungerar. Vårt belöningssystem är gammalt och alldeles livsnödvändigt. Alkoholen reagerar med receptorer i hjärnans olika belöningssystem. Det är dessa som gör att man kan uppnå olika tillstånd i och med konsumtion av alkohol. (Erlanson-Albertsson & Wingren, 2008, 25-26)

Om man drar saken till sin spets så har belöningssystemet fyra uppgifter. Till att börja med används det till livets uppehåll och fortbestånd. När vi äter eller har sex är detta kopplat till en stark belöning. Denna uppgift har dopaminet. Det andra belöningssystemet skyddar oss mot hot och faror. Dessa är stressreaktioner och när stressen är över hjälper nervsignalen acetylkolin oss att slappna av och ge oss nödvändig vila. För det tredje skyddar belöningssystemet oss mot sjukdom. Vid sjukdom framkallas en smärtreaktion och det är kroppens försvar mot det som har angripit oss. Opiater har som uppgift att ge smärtbefrielse. Det fjärde belöningssystemet får oss att vara sociala och stabila. För att vara sociala skall vi kunna samtala, umgås, skämt, kunna ta kritik och så vidare. Här hjälper oss nervsignalen serotonin. (Erlanson-Albertsson & Wingren, 2008, 9-10)

Dessa fyra belöningssystem är naturliga, men det finns också belöningar som inte är naturliga och det är här droger kommer in i bilden. De onaturliga drogerna aktiverar samma belöningssystem, men är mycket kraftfullare. Detta leder senare till beroende om man inte hejdar det i tid. (Erlanson-Albertsson & Wingren, 2008, 9-10)

Vi dricker alkohol av olika anledningar och den påverkar oss på olika sätt. Alkoholen gör oss på gott humör, den får oss att slappna av, hämningar släpper och får livet att kännas behagligt. Den kan också vara lugnande och dämpar ångest och oro. Många använder den i smärtstillande syfte, eftersom den kan



lindra värk och spänningar. Vad som får oss att dricka kan vara något av ovanstående orsaker eller flera i kombination. På kort sikt får alkoholen oss att må bra, men i förlängningen påverkar den oss enbart negativt. Alkoholen påverkar våra naturliga känslor menligt och invagar oss i en falsk känsla av välbehag. Den moderna människan vill inte kännas vid obehagligheter och tar till snabba sätt att "fixa" tillståndet med hjälp av droger. Alkoholen är den allmännaste drogen. (Erlanson-Albertsson & Wingren, 2008, 21-22).

## 5 Var kan man söka vård för sitt missbruk/beroende?

Om man behöver hjälp med sitt missbruk eller beroende kan man vända sig till bashälsovården i sin hemkommun. Kommunen har skyldighet att upprätthålla vård och omsorg i detta ärende. De akuta avgiftningarna sköts ofta på sjukhusets vårdavdelning eller på en akutvårdsstation. (Saarto, 2006)

Man kan också vända sig till A-kliniken för att få hjälp. Avgiftningen och abstinensperioden går att sköta på egen hand t.ex. med hjälp av läkemedel och stöd från A-kliniken på hemorten. A-kliniken är en öppenvårdsenhet som ger hjälp vid missbruksproblematik och andra problem i samband med det. Behandling på kliniker med 12-stepsprogram är också vanliga, men inte möjliga för alla. Mentalvårdsbyrån är ett annat ställe dit man kan vända sig. (Saarto, 2006)

Ur kommunalpolitisk synpunkt har öppenvården, bl.a. i Jakobstad, visat sig vara effektivare och billigare än intagning på en vårdavdelning vid en tillnyktringsbehandling. (personlig kommunikation, socialterapeut Hällund-Myntti, A-kliniken i Jakobstad, febr. 2010)

Det finns olika rehabiliteringsanstalter som bjuder ut vård för missbrukare och beroendepersoner. Upplysningar om dessa får man via A-kliniken eller de sociala myndigheterna på sin hemort. Dessutom finns det serviceboenden för missbrukare som behöver ett tillfälligt eller permanent boende. Stödbostäder och dagverksamheter finns på vissa orter. Dagcentralerna och/eller kyrkliga församlingar kan erbjuda gruppverksamhet, mat- och tvättservice etc. I Träskända finns Järvenpää socialsjukhus, där man arbetar under ledning av en läkare. Sjukhuset har specialiserat sig på missbruks- och beroendefrågor. Här erbjuds

enskilda samtal, gruppsamtal, hälsofrämjande åtgärder, arbetsterapi och planering av eftervården. (Saarto, 2006)

Anonyma Alkoholister är en frivillig organisation dit man kan vända sig för att tillsammans med andra komma till rätta med sitt missbruk eller beroende. De finns på de flesta större orter. Nedan följer information direkt från AA:s webbsida:

”AA, Anonyma Alkoholister, är en gemenskap av män och kvinnor, som delar sina erfarenheter, sina förhoppningar och sin styrka med varandra för att söka lösa sitt gemensamma problem och hjälpa andra att tillfriskna från alkoholism. Det enda villkoret för medlemskap i AA är en önskan att sluta dricka. Organisationen kräver inga inträdes- eller medlemsavgifter. De är självförsörjande genom egna frivilliga bidrag. De har heller ingen anknytning till någon religion, politisk organisation eller institution, inte heller till annan rörelse av något slag. AA deltar inte i offentliga debatter och framträder varken som förespråkare för eller motståndare till något annat. Deras främsta syfte är att hålla sig nyktra och hjälpa andra alkoholister att uppnå nykterhet. AA finns över hela världen.” (Anonyma Alkoholister, [u.å.]

AA:s Tolv Steg kan ses i bilaga 1

## 6 Behandlingsmetoder

Det finns många framgångsrika behandlingar för alkoholism, men den egna viljan och motivationen är en nödvändighet för att lyckas. Alkoholism betraktas av Al-anon som en sjukdom som går att hejda, men som inte kan botas. Det enda sättet man idag känner till för att stoppa sjukdomen alkoholism är att avstå från alkohol. Får man inte stoppat bruket av drogen, förvärras den gradvis och kan leda till sinnessjukdom eller en för tidig död. (Al-Anon, [u.å])

I Lagen om missbrukarvård 17.1.1986/41 framgår det att centrala principer för servicen inom missbrukarvården skall vara ordnade så att klienten skall kunna anlita den på eget initiativ och så att klienten stöds att klara sig på egen hand, får vara konfidentiell och ta vara på både missbrukaren och dennes närstående personer. Om behov föreligger skall klienten ges hjälp att lösa sina problem när

det kommer till utkomst, boende och arbete. Myndigheter och samfund uppmanas att samarbeta med varandra. En missbrukare kan oberoende av sin vilja förordnas till vård förutsatt att det föreligger hälsorisk eller våldsamt. Vård av detta slag skall avslutas när behov ej längre föreligger.

Vård mot klientens vilja används inte ofta i Finland. Under 1990-talet togs i medeltal fyra beslut/år om tvångsåtgärder. (Kaukonen, 2006)

### 6.1 Minnesotamodellen

Minnesotabehandlingen är en utvecklad form av AA:s 12-stegsprogram och den används allmänt på behandlingshem och kliniker. Den utgår ifrån att alkoholismen är en sjukdom, men att individen är ansvarig för sitt drickande. När man kommer till en klinik som jobbar enligt Minnesotamodellen skall man vanligen redan vara nykter. Det som också ingår i denna modell är att man involverar familjen i behandlingen och anser att detta är viktigt för behandlingsresultatet. Behandlingen är 4-6 veckor och innehåller både gruppterapi och individuell terapi. Därefter har man eftervård och uppföljande möten under ett år. På Minnesotahemmen arbetar ofta före detta alkoholmissbrukare som själva har blivit hjälpta genom programmet. Minnesotamodellen har gett mycket bra resultat vad gäller alkoholism. (Nämndemansgården, [u.å.])

### 6.2 Läkemedel vid behandling av alkoholism

Läkemedel används allt mer vid behandling av alkoholberoende. Under 1990-talet började två nya läkemedel användas; Revia och Campral. Det ena medlet blockerar opiatreceptorn och gör att euforin minskar vid drickande och det andra stabiliserar glutamatsystemet och minskar suget efter alkohol. Dessa kan hjälpa till att förhindra återfall och hjälpa personen till att kunna leva nyktert. (Agerberg, 2004, 53)

*Revia (naltrexon)* är ett relativt nytt läkemedel som används mot alkoholism. Medicinen reducerar de positiva effekterna av alkoholen och inverkar på det centrala nervsystemets lustcentrum. När medicinen tar udden av de positiva känslorna erhåller personen inte samma längtan efter alkohol och det kan hjälpa till att förhindra återfall eller förkorta en period av drickande. Revia används som en del av ett behandlingsprogram mot alkoholberoende. Medlet har ingen

säkerställd effekt på alkoholbegäret, men reducerar alkoholeuforin. (Mäkelä, 2006; Åhrén, 2006)

*Antabus* är ett läkemedel som används mot alkoholberoende. Om man tar medicinen tillsammans med alkohol får man mycket obehagliga och ibland farliga symptom. Man måste avstå helt från alkohol för att inte bli dålig. I regel ska man ta medicinen under övervakning i samband med besök på mottagning och kombinera den med någon annan behandling, exempelvis psykoterapi. Medicinen innehåller det verksamma ämnet disulfiram. Symptom som illamående, rodnad av huden, svindel, hjärklappning och huvudvärk kan uppstå. Kvinnor skall inte använda *Antabus* vid graviditet eller amning. Medicinen kan vara bra när man försöker lära sig att leva utan alkohol. (Mäkelä, 2006; Björkman, 2011)

*Campral* är ett läkemedel som används som en del av en behandling för att minska risken för att man ska få återfall i alkoholberoende. Medicinen innehåller det verksamma ämnet akamprosot. Den förebygger återfall och bör kombineras med psykosociala insatser. *Campral* påverkar vissa signalämnen i hjärnan och gör så att suget efter alkohol minskar. (Holmgren, 2011; Björkman, 2011)

### 6.3 Miniintervention

Miniintervention är en kort rådgivning som används inom primärvården och främst är menat att fungera i förebyggande syfte vid misstanke om eventuellt alkoholmissbruk. Av de kvinnor som besöker en läkarmottagning är var tionde storkonsument av alkohol. Speciellt om symptomen som de söker hjälp för sammanfaller med biverkningar av alkoholkonsumtion är det skäl att ställa frågor. Sådana symptom kan vara depression, ångest, sömnlöshet, störningar i det sexuella livet, högt blodtryck, obestämbara magbesvär, problem med balans, minne eller känsel. Läkaren/vårdaren kan be patienten att fylla i ett AUDIT-formulär och/eller ta några blodprover. Om dessa ger indikationer om en olämplig alkoholkonsumtion, ger läkaren information om sambandet mellan patientens symptom och alkoholens biverkningar. Genom information och råd hur man skär ner på konsumtionen kan man förebygga ett framtida missbruk eller beroende. Patienten avgör själv på vilken konsumtionsnivå han/hon vill stå på. Meningen är

att informera utan att moralisera. Agerberg skriver i sin bok *Kidnappad hjärna* (2004, 144) att sett ur kostnadssynpunkt så är det bästa sättet att minska alkoholkonsumtionen att ställa några enkla frågor till patienterna inom basvården. Om detta gjordes skulle en person på tio dra ner sin alkoholkonsumtion till en ofarlig nivå.

Undersökningar världen över har visat att miniintervention är en effektiv vårdmetod. (Päihdelinkki, 2008)

AUDIT-formuläret finns till påseende i bilaga 2

#### 6.4 Prime for Life

I Sveriges tv:s program Skavlan som visades 16.9.2011 kom det fram uppgifter om ett drogförebyggande program kallat Prime for Life. Detta program är evidensbaserat. (Evidensbaserad vård är vård som utforskats vetenskapligt och innebär professionell erfarenhet i förening med de bästa vetenskapliga forskningsrönen. Kunskapen fås med randomiserade, kontrollerade studier, där man antingen jämför en behandlingsform med att man inte ger någon behandling alls eller jämför behandlingsformer sinsemellan.) Man arbetar för att personen ska inse farorna med riskkonsumtion av alkohol och trappa ner sitt drickande i tid, förrän man hinner utveckla ett beroende. Fokus ligger på att nå unga vuxna. De säger: "Att förebygga är aldrig för sent!". (Prime4life, [u.å.]

#### 6.5 Psykosocial behandling

Det finns ett flertal psykosociala behandlingsformer. Man pratar om terapi, psykoterapi, socialterapi, stödjande samtal och så vidare. Ibland kombinerar man psykosocial behandling med läkemedel. Vad terapin går ut på hörs ofta på namnet, till exempel systemisk familjeterapi, nätverksterapi eller kognitiv beteendeterapi. Ett stort antal undersökningar ger vid handen att behandling av alkoholberoende är bättre än att lämna människan åt sig själv. Det gäller att hitta den behandlingsform som lämpar sig för den individ som det handlar om och aktivt stöda interaktionen mellan hans/hennes anhöriga och nätverk. Om det är så att det finns psykiska problem med i bilden, bör dessa behandlas samtidigt för bästa

resultat. Det är dessutom viktigt att hela tiden följa upp hur behandlingen framskrider för att göra nödvändiga ändringar när det behövs. Det hela går i stort sett ut på att lära sig att hantera vad som kommer emot i livet utan att ta till alkohol. (Mäkelä, 2006)

#### 6.5.1 Kognitiv beteendeterapi

Begreppet kognitiv beteendeterapi eller KBT fokuserar på att förändra tankar, vanor och beteenden för att hjälpa människor att leva ett bättre liv. Terapin utgår ifrån att problemen sitter i hur personen ser på sig själv och sin situation samt hur man sedan reagerar på det. Man anser att tankar, känslor och beteende samverkar och påverkar varandra. Behandlingen går ut på att först analysera och komma på var problemet ligger och sedan sätter man upp ett mål för hur man skall göra. Människan får lära sig att hjälpa sig själv och får lära sig nya tankesätt och jobba med nya beteenden. Genom att få mera kunskap om sig själv lär man sig att handskas med det som möter en i livet. Denna terapiform används allmänt vid missbruks- och beroendeproblematik. (Signäs, 2010)

#### 6.5.2 Motiverande samtal

Motiverande samtal används ofta inom missbrukarvården och det innebär att man strävar till att bemöta klienten med respekt, medkänsla och visa att man bryr sig. Målet är att stärka personens motivation att ändra sitt skadliga beteende (att dricka för mycket) till att utveckla en förändring i levnadsvanorna, för att inte hamna i ett beroende. Genom motiverande samtal försöker man förstärka klientens känsla av att klara av saker själv och få kontroll över sitt liv. Grundtanken är ju att styrkan till förändring finns inom människan själv. Med dialogisk växelverkan menar man ett jämlikt bemötande mellan parterna (terapeuten och klienten) så att båda blir hörda (påverka) och att själva lyssna (bli påverkad). Klienten gör det egentliga arbetet med att förändra sina tankar, känslor och handlingar medan personalen med ett motiverande handlingssätt gör det möjligt och stöttar förändringen. (Salo-Chydenius, 2006)

#### 6.5.3 Familjeterapi

Familjeterapi kan vara bra när en familjemedlems problem orsakar skada åt de övriga medlemmarna i familjen. Denna form kan vara motiverad när familjen har

genomgått en kris av något slag, till exempel som följd av alkoholbruk, problem med barnen, skilsmässotankar eller självmordsförsök. Vid familjeterapi försöker man få till stånd en dialog mellan alla inblandade så att alla får säga sin åsikt och blir lyssnade på. Det handlar inte om att hitta "den felande parten" utan om att hitta ett sätt som passar den familjen att hantera sin situation, förstå varandra och komma fram till en lösning. Man hjälper helt enkelt familjen att kommunicera fram nya modeller att lösa problemen. Många gånger handlar det om att ingjuta hopp i familjen att det nog finns en lösning och att det kan bli bättre. (Mäkelä, 2006)

## 6.6 Självhjälp

Största delen av människor som har börjat ifrågasätta sitt drickande kan ta itu med det själva. Det går att ändra sitt sätt att använda alkohol. På droglänkens hemsida finns information om hur man kan mäta sin promillehalt, föra dagbok över sin alkoholkonsumtion och jämföra det med referensvärdena. Genom att sätta upp mål och planera går det att kontrollera sitt drickande. Konkreta metoder om hur man kan gå tillväga finns på droglänkens hemsida. Där finns tips för hur man kan minska drickandet eller sluta helt och hållet. T.ex. är det bra att hålla en alkoholfri månad då och då, så att kroppen hinner återhämta sig. (Ollikainen, 2006)

### 6.6.1 Stresshantering

Många kvinnor (och män) använder sig av alkohol för att varva ner efter en stressig dag. Alkoholen har en ångestdämpande effekt, men endast tillfälligt. Att slappna av med hjälp av alkohol leder lätt till en ökad konsumtion. Lever man i en stressig situation är det bättre att hitta andra metoder att slappna av än med alkoholens hjälp. Hur man hanterar stress är individuellt. Viktigast är det att lära sig känna igen stressen och hitta vad som ger avslappning för just en själv. Exempelvis olika avslappningsövningar, promenader i naturen, att läsa eller lyssna på musik kan vara bra sätt. (Stressad, 2007)

## 6.7 Behandling för kvinnor

EWA-mottagningen är en mottagning för kvinnor. Den finns vid Karolinska sjukhuset i Stockholm och är till för kvinnor med alkoholproblem och som har barn under 18 år. (Stockholms läns sjukvårdsområde, 2008)

Vid EWA-mottagningen anpassar man behandlingen individuellt med hänsyn till kvinnans livssituation och hälsa. Vid ett första besök har man ett inledande samtal och gör en bedömning på basen av samtal, frågeformulär, läkarundersökning och provtagning. Inom några veckor får man en tid till en medicinsk bedömning och samtidigt får man reda på sina provsvar. Utifrån bedömningen och provsvaren ger man information om olika behandlingsalternativ och tillsammans gör man upp en vårdplan som passar kvinnan. På EWA-mottagningen kan man erbjuda bland annat individuella samtal av olika natur, medicinsk behandling, gruppverksamhet samt familjeterapi (både par- och familjeterapi). (Stockholms läns sjukvårdsområde, 2008) Behandlingen går ut på att stärka kvinnornas självförtroende och det är både omtyckt och bra. (Dahlgren, 2002)

## 7 Var går riskgränserna för alkoholkonsumtion?

Det finns några tumregler som är bra att veta när man dricker alkohol. För kvinnor räknas den trygga konsumtionen vara 5 flaskor mellanöl, en två tredjedels vinflaska eller en tredjedels flaska brännvin per gång. Att dricka sig berusad bör undvikas för att inte skada hälsan. Dessa riskgränser gäller friska, vuxna människor. Man ska undvika att införa rutiner i vardagen som omfattar drickande. Vänjer man sig vid att dricka regelbundet, höjs toleransen och man måste dricka mer och mer för att den skall ha någon effekt. (Saarto, 2005)

I Agerbergs bok, Kidnappad hjärna (2004, 101) berättas det om enheten standardglas som är internationellt accepterad. Ett standardglas är ca 12 gram ren alkohol och det motsvarar till exempel en liten starköl (33 cl) eller ett glas vin (15 cl), alternativt en fyra starksprit (4 cl). För kvinnor går övre risken för ofarlig alkoholkonsumtion vid 7 standardglas per vecka, 8-13 standardglas räknas som riskkonsumtion och dricker man denna mängd en längre tid riskerar man att utveckla ett beroende. Ligger en kvinna över denna nivå är det klart överkonsumtion och kan man inte dra ner på förbrukningen på egen hand är det skäl att söka hjälp. Rekommendationerna varierar lite från land till land. Viktigast är det att ge akt på sig själv och hur man reagerar och i vissa lägen skall man se till att inte alls dricka alkohol. Detta är till exempel när man är gravid eller skall framföra ett fordon.



Att dricka på arbetsplatsen eller under arbetstid räknas alltid som stor konsumtion. Detta gäller också i trafiken. Om personen själv eller dennes anhörig uttrycker bekymmer över personens drickande finns det skäl att stanna upp och tänka efter. Märk väl att drickande *aldrig* är enbart vår egen sak. (Saarto, 2005)

Engångsdrickande med kraftig berusning kan skada hälsan. Bland annat ökar olycksrisken kraftigt. Dagligt drickande över en längre tid kan leda till ett beroende. (Saarto, 2005)

### 7.1 Alkohol och viktkontroll

En annan sak som är bra att veta om alkohol är hur pass mycket kalorier det finns i den. Alkoholen ökar också aptiten. Speciellt kvinnor tänker ju ofta på vikten och då gäller det att se upp med alkoholen. Det går så enkelt att dricka ett glas vin och det känns inte så mycket, men faktum är att ett vinglas innehåller lika mycket kalorier som ett wienerbröd. Så om man har för vana att dricka alkohol och har besvär med övervikt, kan det vara en god idé att minska sitt drickande. (Kaukua, 2006).

Nedan lite kaloriinformation från droglänkens hemsida.

100 g alkoholhaltig dryck innehåller:

Gräddlikör	1250 kJ	(299 kcal)
Konjak/ rom/ whisky/ gin	957 kJ	(229 kcal)
Vodka	919 kJ	(220 kcal)
Likör	1196 kJ	(286 kcal)
Rödvin eller vitt vin	274 kJ	(65 kcal)
Starköl	299 kJ	(71 kcal)
A-öl	180 kJ	(43 kcal)
Mellanöl	178 kJ	(42 kcal)
Lättöl	75 kJ	(18 kcal)
Cider, söt	235 kJ	(56 kcal)
Cider, torr	170 kJ	(41 kcal)
Vin, alkoholfritt	82 kJ	(20 kcal)

(Kaukua, 2006)

## 8 Mödrar med missbruk

Förbundet för mödra- och skyddshem har drivit projektet "Pidä kiinni" (1998-2004). Detta projekt är riktat till blivande mammor och småbarnsfamiljer med missbruksproblematik. Det väsentliga är att försöka erbjuda hjälp och stöd i ett tidigt skede. Enligt bedömningar så förekommer olika former av missbruk, främst alkohol-, läkemedels- och narkotikaproblem hos inte mindre än 6 % av föderskorna. Andelen har ökat och därför har behovet av vårdplatser också ökat. Pidä kiinni vårdsystemet har mödra- och skyddshem över hela Finland och enheterna betjänar klienter från hela landet. Dessa mödrahem har som specialitet att kombinera barnskydd med drogrehabilitering. Målet är att stöda mamman till drogfrihet och få henne att växa in i moderskapet på ett bra sätt. Detta gör man genom att fostra mamman att ta hand om sin hälsa och på detta sätt samtidigt fostrets och barnets hälsa. När mödrar erbjuds vård och hjälp, kan många bli fria från sitt missbruk och bli goda föräldrar åt sina barn. (Andersson, 2005)

En studie om att vara missbrukare och mamma visade på att mödrarna hade stora förväntningar inför moderskapet och såg en chans att komma ur sitt missbruk och få en bättre social status. En stor del av förstföderskorna berättade att de såg sin möjlighet att komma ur missbruket via moderskapet. De satte mycket hopp till det väntande barnet genom vilket de också skulle komma att få närhet och kunna bli betydelsefulla. Att vara maka och mor var för alla en viktig uppgift liksom det visat sig vara för kvinnor i allmänhet. Missbruket ger också mycket skuld känslor, liksom rädsla för att skada barnet. (Trulsson, 1998, 226) Trulssons studie ger vid handen att mammorna verkligen gjorde stora ansträngningar för att hålla sig drogfria under graviditeten, dels för att inte skada barnet, och dels också för att inte förlora vårdnaden av det. Totalt 50 % av kvinnorna höll sig från droger efter att de hade fått sin graviditet bekräftad. (Trulsson, 1998, 227)

Missbrukande kvinnor, liksom kvinnor i allmänhet, söker ofta stöd från sin mamma och andra kvinnor under graviditeten, troligen är detta ett sätt att förbereda sig för moderskapet. Däremot framkommer det att relationen till papporna under motsvarande tidsperiod inte är så intensiv. Fadern verkar vara lite satt på undantag och relationen verkar vara konfliktfylld, utan att lösas. Detta beror delvis på fädernas eget missbruk. Dock inför förlossningen brukar han finnas till hands och enligt mammorna har han en viktig stödfunktion då. Födelseögonblicket och

de känslor som det medför har stor betydelse för mamman. Kvinnorna som har lyckats med att avhålla sig från droger under graviditeten brukar klara av de första månaderna av moderskapet som nyktra. Barnet överskuggar, i denna känsliga period, allt annat. För mammor som hade fortsatt sitt missbruk genom hela graviditeten hade problem med anknytningen när barnet väl var fött. Flera studier visar på att drogfrihet under graviditeten verkar ha en gynnsam effekt på att hålla sig drogfri också efteråt, men att missbruk under graviditeten ökar risken för missbruk efter att mödrarna har kommit hem. Depressioner och svårigheter att hantera den nya rollen som mamma är överhängande. (Trulsson, 1998, 229)

I ett pressmeddelande 21.4.2010 skriver omsorgsminister Paula Risikko på Social- och hälsovårdsministeriet att det borde vara lätt för missbrukarmammor att söka och få vård för sina problem. I meddelandet uppmanar hon kommunerna att se till att ha samarbetsorganisationer med god kunskap om missbruk och rehabilitering för den här gruppen av mammor. Hon framhåller speciellt barnrådgivningarnas roll i att se gruppen och erbjuda hjälp vid missbruk och beroende. Eftersom de flesta använder barnrådgivningens tjänster, är det lätt att nå alla grupper och det är viktigt att ta upp alkoholanvändningen vid samtalen. Allt för att ta tag i problemet förrän barnen och familjen tar skada. Detta är viktigt eftersom ca sex procent av gravida kvinnor idag konsumerar alkohol i stora mängder.

Doula är en verksamhet som finns att tillgå inom Förbundet för mödra- och skyddshem rf. Doulan är en person som har utbildat sig och som fungerar som en stödperson åt en föderska när ingen anhörig finns att tillgå. Familjen träffar doulan några gånger före förlossningen och de bekantar sig med varandra. Hon diskuterar med familjen om eventuella önskemål och andra saker av både praktisk och emotionell natur. Hennes viktigaste uppgift är att finnas till hands för föderskan under förlossningen, uppmuntra och stöda under skedets gång. Efteråt kan doulan träffa familjen vid behov och enligt överenskommelse. Doula-verksamheten baserar sig på frivillighet och de utbildas inom ramen för Förbundet för mödra- och skyddshem rf. Dessa kvinnor kan vara bra för ensamstående mammor eller mammor med andra problem. (Ensi- ja turvakotien liitto, [u.å.]

Den 1.10.2011 fick vi en uppdatering av Barnskyddslagen i Finland. Nytt i den är att den innehåller en paragraf om förebyggande barnskyddsanmälan. Den innebär att om det finns grundad anledning att misstänka att ett ofött barn genast efter sin

födelse kommer att behöva stödåtgärder inom barnskyddet skall de personer som nämns i 25§ 1 mom. utan hinder av sekretessbestämmelserna före barnets födelse göra en föregripande barnskyddsanmälan. (Barnskyddslagen 13.4.2007/417)

## 9 Blandmissbruk

Det är känt att blandmissbruk är vanligt förekommande bland kvinnor. Ibland händer det att man blandmissbrukar för att man inte känner till vissa läkemedels effekter på nervsystemet. Detta kan inträffa till exempel vid användning av sömnmedel och lugnande medel. Blandmissbruk betyder att man tar flera droger i kombination. Att regelbundet missbruka lugnande medel och alkohol leder snabbt till toleranshöjning och läkemedelsberoende, vilka är svåra att bli fria ifrån. Blandmissbruk är något som drabbar kvinnor i högre utsträckning än män. Om det används mediciner i akt och mening för att få ett högre alkoholrus, är riskerna stora för exempelvis en extremt stark berusning, beteendestörningar och minnesförluster, som i sin tur kan leda till överdosering med mera. Huvuddrogen, som ger den goda effekten som man är ute efter, kombineras med andra droger. Alkohol är det som man oftast tar tillsammans med något annat preparat. Att bli fri från dessa beroenden kräver en lång avvänjning. Det är viktigt att trappa ner medicinen långsamt, eftersom ett plötsligt avbrytande av medicinen kan vara direkt livshotande. Det kan vara säkrast att göra nedtrappningen på ett sjukhus eller behandlingshem som har erfarenhet av detta. Abstinenssymptom som medvetlöshet och kramper kan uppstå veckor efteråt. Klienten/patienten behöver mentalt stöd under hela perioden för att lyckas. (Holopainen, 2005)

Ofta har blandmissbrukarna rätt stor kontroll över kombinationer och användningen av dem. Det finns stora risker med att kombinera olika preparat. Förstärkning av dämpande effekter kan leda till andnings- och hjärtstillestånd med överdoser och död som följd. När man avbryter användningen av flera droger samtidigt får man svåra abstinenssymptom. Vid användning av alkohol i kombination med intravenöst narkotikamissbruk utsätts speciellt levern för enorma påfrestningar. Också andra inre organ kan ta skada. Det har visat sig att det är

mycket svårare att rehabilitera ett blandmissbruk än ett "rent" missbruk. (CAN, 2008)

I Britt-Louise Thorbergs bok *Våld, vin & lugnande medel* får man läsa om kvinnor som har upplevt misshandel i sitt hem via vården kommit in i ett blandmissbruk och när vårdpersonalen inte förstått vad grundproblemet till deras ångest eller depressioner berott på. Misshandel av olika slag är starkt nedbrytande och för den misshandlade är det skamligt. Man berättar ofta inte om det till någon. När kvinnorna då får sig tillskrivet lugnande medel, sömnmedel och så vidare för att orka med sin livssituation hemma, är det lätt hänt att de halkar in i ett blandmissbruk som får ödesdiga konsekvenser och som är svårbehandlat.

Thorberg (1993, 222) skriver om en kvinna som kommer till vård efter en misshandel och av sin läkare får benzodiazepiner utskrivna utan att vårdpersonalen tar avstånd från våldet som hon har varit utsatt för. Kvinnan fick då en känsla av att vara sjuk och att hon hänvisades till att lösa sina relationsproblem med tabletters hjälp. Det hjälper ju inte att offret konsumerar tabletter. Om hon däremot skulle få hjälp att lösa sina bekymmer med sin våldsamma sambo/man, boende med mera och polisen och andra inblandade ser det brottsliga i misshandeln av kvinnan, slipper den misshandlade kvinnan känslan av att våldet som hon har varit utsatt för skulle vara hennes fel. Alla borde aktivt visa motstånd mot allt våld.

## 10 Våld mot missbrukande kvinnor

I en studie som har kommit till på uppdrag av MOB (Mobilisering mot narkotika) har man undersökt missbrukande kvinnors vardag när det gäller att bli utsatta för våld. Studien heter *Mäns våld mot missbrukande kvinnor ett kvinnofridsbrott bland andra*. Undersökningen har gjorts i så kallade Tre-stad (Stockholm, Malmö och Göteborg) år 2005. I denna studie framgår det med all tydlighet att missbrukande kvinnors vardag är riklig på våld av alla sorter. I rapporten framkommer det att de inte bara är utsatta i sina förhållanden, utan också av samhället och vårdinstanserna. Den här kategorin av kvinnor har det mycket svårt idag. (Mäns våld mot missbrukande kvinnor ett kvinnofridsbrott bland andra, 2005, 29).

Svårigheterna med dessa kvinnor är till exempel att när de söker hjälp vid kriscentra eller kvinnojourer blir de inte mottagna på grund av sitt missbruk. Tyvärr finns det också rapporter om att de inte blir väl bemötta av socialtjänst, polis och akutmottagningar när de har vänt sig dit för att få hjälp. De har blivit utkörda för att de har varit påverkade, polisen har inte tagit emot deras anmälan för att de har varit förvirrade och otydliga osv. (Mäns våld mot missbrukande kvinnor ett kvinnofridsbrott bland andra, 2005, 30)

Vad gäller typen av övergrepp mot missbrukande kvinnor är det vanligast med kränkande eller nedvärderande ord, hot, knytnävsslag eller dylikt. Därutöver framkom det att kvinnor blir utsatta för sexuellt våld. (Mäns våld mot missbrukande kvinnor ett kvinnofridsbrott bland andra, 2005, 40)

När man har frågat kvinnorna om var övergreppen har ägt rum visade det sig att de flesta skett i den egna bostaden. Utifrån det här kan man säga att en egen bostad inte nödvändigtvis ger trygghet. Undersökningen ger dess värre vid handen att de också blir utsatta för våld på allmänna platser. När man granskade resultaten noggrannare visade det sig att vissa kvinnor riskerar att varken ha trygghet hemma eller på allmänna platser. (Mäns våld mot missbrukande kvinnor ett kvinnofridsbrott bland andra, 2005, 46)

## 11 Medberoende

Att vara medberoende är vanligt när någon lever nära en missbrukare eller en person med beroende. Medberoende betyder att man är tvångsmässigt beroende av en missbrukande person.. Bland annat på droglänkens hemsida finns det skrivet hur det tar sig i uttryck. I detta sammanhang är det viktigt att tänka på att det är fråga om en familjesjukdom. Finns det i familjen en beroendeperson så finns det för det mesta också de som är medberoende. Det förekommer individuella skillnader på medberoende. En människa som lider av medberoende kan vara osäker på sig själv, osjälvständig och rädd. En sådan person försöker vara alla till lags och styrs ofta av andras behov än sina egna. En annan kan istället vara precis det motsatta, såsom stark, kontrollerande, allvarlig och dominerande. De är ofta väldigt förståndiga. En sådan person kräver mycket av

sig själv och tar tvångsmässigt ansvar för andra. Båda medberoendetyperna blir på sikt ofta stressade, deprimerade och tappat livslusten. Här gäller det att inse sin situation och börja påverka händelserna genom att ändra sitt eget beteende. Det är en balansgång att ha en relation till någon, att visa hänsyn och att sköta om någon utan att man går under själv. (Taitto, 2006)

Det som driver en medberoende är i alla fall att känna sig behövd och vara en viktig person för någon annan. Det de inte är medvetna om alla gånger är att de har del i att en människa kan fortsätta missbruka, eftersom den missbrukande har någon som ser till att det reder upp sig i slutändan. Den medberoende ser till att allt fungerar trots att man har en anhörig som inte fungerar som en ansvarskännande person. I en familj med en beroende och en medberoende finns det ofta flera barn. Den närhet och kärlek som de inte kan få av sin missbrukande partner skaffar de sig genom barnen, men det går inte att leva så här i längden och tur är det att det går att förändra när man väl blir medveten om läget. (Iverus, 2008, 137-138)

Medberoendet varierar från person till person. En människa som har en klar och säker identitet faller sällan in i ett medberoende. Blir man medberoende är orsaken vanligen en svag självuppfattning och ett dåligt självförtroende. Man tror att människor som utvecklar ett medberoende, har upplevt otrygghet, saknat stöd och/eller uppmuntran i sin barndom. De kan också ha haft en känsla av att ha blivit övergivna. Höga krav från föräldrarna, för lite eller för mycket frihet kan också ha påverkat. Vanligt är det att de själva har varit barn till en missbrukande eller beroende förälder. (Taitto, 2006)

På alkoholproblem.nu:s hemsida lyder definitionen på medberoende som följer: *"Medberoende 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 istället anpassar sig till den"*. (Sällskapet länkarna, [u.å.]

Om man förklarar medberoende riktigt enkelt kan man beskriva det som om en person är emotionellt osjälvständig. Det innebär att han/hon inte förstår sina egna känslor och behov. Däremot kan de vara väldigt självständiga rent praktiskt sett. De får familjen och hushållet att fungera och så vidare. Som medberoende håller

man ofta upp en fasad som döljer känslorna som finns där bakom. Man går omkring och är arg eller ser sig som ett offer. Situationen upplever man som hopplös. Allt detta leder till psykosomatiska besvär som exempelvis magproblem, sömnsvårigheter eller hjärtbesvär. (Sällskapet länkarna, [u.å.]

Det går att bli fri från sitt medberoende, men det kräver att man inser sanningen och aktivt börjat arbeta med det egna jaget och framför allt blir klar över sina egna känslor och behov. I denna process kan man få god hjälp via anhörigrupper och föreningar. Al-Anon är en sådan grupp som finns tillgänglig för alla intresserade. Inom missbrukarvårdens allmänna tjänster får man också hjälp med att hitta vägen ut ur sitt medberoende. (Taitto, 2006)

## 12 Metod och tillvägagångssätt

När jag planerade mitt lärdomsprov ville jag belysa missbrukande kvinnors situation, informera och minska fördomarna. Min metod gick ut på att få kvinnor att berätta sin egen alkoholhistoria till mig, antingen genom att skriva brev till mig eller också berätta den vid en träff. De kunde också e-posta sina berättelser. Via Marianne Siermala på Stödförening för närstående till missbrukare r.f och socialterapeuterna vid A-kliniken i Jakobstad fick jag möjlighet att få kontakt med kvinnor som har varit fast i missbruk/beroende. Kvinnorna har varit helt anonyma. Kvinnorna valde själva ifall de ville ta kontakt och de fick berätta på sitt eget språk. Jag har erhållit ett brev och varit och lyssnat på två berättelser. Den ena kvinnan berättade om sitt beroende och den andra om sitt medberoende.

Berättelsen fick jag i maj 2011 och träffarna har skett i maj 2011 samt oktober 2011. Jag erhöll inga kontakter från finskspråkiga.

Att jag ville använda mig av den här metoden, med anonyma berättelser, berodde på att ämnet är känsligt och det skulle ha varit svårt att få tag på kvinnor som skulle vilja vara helt öppna med sitt tidigare missbruk eller beroende. På det här sättet riskerades inte deras anonymitet och det var de själva som valde om de ville ta kontakt med mig. Efter att mitt lärdomsprov är skrivet, kommer jag att förstöra all dokumentation om kvinnorna.



Berättelserna har jag analyserat, för att få fram varför de började dricka, vad som fick dem att sluta och hur de gick till väga när de slutade.

Berättelserna har jag analyserat för att få fram varför de började dricka, vad som fick dem att sluta och hur de gick till väga när de slutade. Från berättelserna har jag försökt hitta något som sticker ut på något sätt eller som skulle upplysa om någon som man inte kommer att tänka på.

### 13 Resultatredovisning

Kvinnornas berättelser i nerkortad version:

Kvinna nr 1, "brevskrivaren".

Kvinnan som skrev brev till mig berättade att hon inte hade någon erfarenhet av alkohol från barndomshemmet. Alkoholen kom in i hennes liv i 22-årsåldern och hon beskriver det som att hon "använde alkoholen på ett naturligt sätt". Hon gifte sig och fick barn. När hon var över 30 år började alkoholen ta allt mer plats och hon fick problem. Hennes vardag styrdes av att skaffa alkohol och gömma den. Hennes man märkte vad som pågick och senare också barnen, när de blev äldre och förstod. Hon drack hemma och menar att hennes vänner, arbetskamrater och föräldrar ingenting visste. När hon skulle träffa dem var det en pärs, för då skulle hon ju hålla sig nykter. Gradvis började hon må allt sämre och till sist fanns även självmordstankar med i bilden. Hon led av skam- och skuld känslor inför vad hon utsatt barnen för och hade mindervärdes känslor och sorg över att inte kunna sluta. "Det var ett helvete", skriver hon. Vändpunkten kom när hon blev fast för rattfylleri och familjen fick nog och ställde ultimatum: Sluta dricka eller flytta! Då först kunde hon tänka sig att söka hjälp. För henne blev det Minnesota behandlingshem. Behandlingen var tuff men lyckosam. Hon blev fri från sitt beroende och har inte haft något återfall. (anonymt brev, maj 2011)

Kvinna nr 2.

Den andra kvinnan, som föredrog att berätta sin historia, hade kommit i kontakt med alkohol redan i sin ungdom när hon började besöka danser. Hon sade att hon blev "kär direkt" och med det menade hon att hon genast fick en stark kärlek till

drogen. Hon utbildade sig, fick arbete, man och barn. Festandet var ändå inget som hon lämnade. Skiftesjobbet gjorde att hon kunde dricka flera dagar i sträck när hon var ledig. Det blev vanligt att dessa dagar fylldes av ett enda långt rus med krogbesök, fester och efterfester. Det var hennes liv. Hennes äktenskap gick i kras av alkoholen och nya relationer blev sällan långvariga. Ändå fortsatte drickandet med samma fart länge. Hennes barn sköttes mest av hennes anhöriga. Till slut gick det ju inte längre och socialen kopplades in och ställde ultimatum: ta emot hjälp eller vi omhändertar ditt barn! Det blev händelsen som fick henne att komma till insikt. Sitt barn ville hon inte mista. Största stödet och bästa hjälpen fick hon via AA. Hon blev fri från alkoholen och har idag varit nykter i tolv år. (berättelse av kvinna nr 2, maj 2011)

Kvinna nr 3.

En tredje kvinna som jag fick kontakt med ville gärna berätta om sitt medberoende. Jag gjorde ett besök hemma hos henne och hon berättade öppet och hjärtligt om sitt liv med en man som drack omåttligt, men höll upp den putsade fasaden utåt. Hon beskrev sina känslor mycket tydligt, så jag fick klart för mig hur påverkad man blir av en sådan situation. Han hade ett bra arbete med mycket representation och fester där alkoholen flödade. Sitt arbete skötte han. Hon var den som fick se till att allt löpte hemma med barnen och så vidare. Hon hade aldrig kunnat lita på att han skulle axla något ansvar ifall hon arbetade kväll eller natt. En morgon när hon kom hem efter ett nattsift och fann honom sloknad på golvet, sade hon, att det var som om något brustit inom henne. Det var nära att hon skulle ha dödat honom där han låg och då insåg hon att hon var tvungen att bryta upp och åtminstone rädda sig själv. Hon insåg att hon inte kunde rädda honom. Han måste själv ta ansvar för sitt liv. Det var inget lätt beslut. Före det hade hon redan på alla sätt försökt söka hjälp och få honom att sluta men han hade ju inga problem, påstod han. Han dog senare utan att ha erkänt sitt beroende av alkoholen och utan att någonsin ha sökt hjälp för sin alkoholism. Det var en mycket tragisk historia.

## 14 Analys

Jag erhöj ju inte så många berättelser att jag kan dra några stora slutsatser utgående från dem. För att kunna göra det skulle det ha behövts mera underlag. Orsakerna till att jag inte fick några fler berättelser kan vara många. Dels kan det vara ett bevis på hur känsligt ämnet kvinnlig alkoholism är och dels kan det bero på att jag inte personligen besökte AA eller något annat ställe för att uppmuntra kvinnor att kontakta mig. Jag kunde också ha kontaktat flera kliniker och via dem ha fått flera berättelser. Ett upprop i tidningar hade kanske gett mera. Jag kunde ha förlängt tiden som de hade på sig för att kontakta mig. Det är dock fråga om en liten grupp i samhället och som jag tidigare sade är ämnet känsligt. Svenska Österbotten är inte så stort om man inte vill gå ut med sin historia. Svenskspråkiga kvinnor med beroende är ju dessutom verkligen en minoriet i minoriteten.

Berättelserna som jag har läst och hört bekräftar det som kommer fram i teorin och i till exempel biografier. Alkoholen är listig, falsk och stark. Alkoholen verkar vara mycket starkare än jag någonsin kunnat ana. Kvinnornas berättelser vittnar om hur starkt begäret till alkoholen är och hur svårt det är att sluta.

. När jag har analyserat berättelserna har jag försökt få fram tre saker:

-Hur uppkom deras beroende?

-Vad fick dem att sluta med sitt drickande?

-Vilken metod använde de sig av för att sluta?

Kvinna nr 1 kom i kontakt med alkoholen först som vuxen. Hon skriver att hon var 22 år när hon första gången drack alkohol. Detta innebär att både levern och hjärnan var färdigt växta och därför inte så känsliga. Hon föreföll också dricka tämligen "normalt". Hon var gift, fick barn och hade ett arbete som hon skötte.

Detta kan man jämföra lite med kvinna nr 2. Hon gjorde sin alkoholdebut tidigare, när hon började gå på danser i tonåren och hon föreföll också "festa till" lite mera än vad man kanske betraktar som normalt. Även kvinna nr 2 hade arbete, var gift och fick barn, men här höll inte äktenskapet och relationerna som kom efteråt tog också alltid slut. Hennes liv bestod av mera festande än vad kvinna nr 1. hade.

För båda smög sig dock beroendet på snabbare för den andra och långsammare för den första kvinnan.

Kvinna nr 1 skötte hela tiden sitt arbete, medan kvinna nr 2 ringde och sjukanmälde sig när hon var bakfull.

Ingen av dem tog tag i sitt beroende självmant. För kvinna nr 1 kom det till en ända när hon blev fast för rattfylleri och familjen ställde ultimatum: sluta dricka eller flytta! Kvinna nr 2 kom till eftertanke först när socialen kontaktade henne och sade: sök hjälp, annars omhändertar vi ditt barn!

Båda blev behandlade enligt Minnesotamodellen. Kvinna nr 1 skrev att behandlingen var tuff men effektiv. Hon skrev också att det var svårt när behandlingen var på finska. Hon upplevde att det är svårt nog att uttrycka sina känslor på svenska och hon skulle göra det på finska, som inte är hennes modersmål.

Här skiljer sig berättelserna åt. Den första kvinnan ville inte fortsätta gå på AA:s möten längre än under behandlingstiden, de bara påminde henne om all uselhet och det fick henne att må dåligt. Kvinna nr 2 går fortfarande på AA:s möten efter tolv års nykterhet och tycker att det gör gott samtidigt som det ger henne goda vänner.

Ingen av kvinnorna har haft några återfall. Den här behandlingsmetoden tycks ha varit bra för dem båda.

Här kan man urskilja det att AA:s möten inte fyller ett behov hos alla. Deras sociala situation har antagligen med saken att göra. Kvinna nr 1 har ju kvar sin familj och sina vänner, medan kvinna nr 2 har förlorat sin man och har tagit avstånd från de tidigare vännerna som fortfarande dricker för mycket. För henne är det säkert bra att få nya kontakter och nyktra vänner via AA.

Det som lite förvånade mig var att det verkade som om omgivningen inte hade reagerat desto mer allvarligt på deras drickande, utan de hade möjlighet att hålla på rätt länge förrän någon ställde ultimatum. Det finns, tror jag, skäl till att påpeka snabbare ifall man upplever att någon i ens närhet dricker för okontrollerat. Då är det ju också lättare för dem att ta itu med det och skadorna hinner inte bli så omfattande.

Kvinna nr 3 berättade om sitt medberoende. Det smög sig sakta på allteftersom hans missbruk accelererade. Hennes man var redan från start bra på att dricka och dessutom svartsjukt lagd och hon stod ofta oskyldigt anklagad för än den ena affären än den andra. Detta tyder på en dålig självkänsla för hans del. Hon slog dock dövörat till och försökte att inte bry sig (ett sätt att hantera det), hon älskade ju trots allt honom. Kvinnan var ung när de började sällskapa och växte in i situationen. Innerst inne kände hon på sig att allt inte var så bra som det skulle kunna vara. Barnen kom och de byggde hus, som de flesta andra gör. Inom henne växte dock en förtvivlan över hur deras liv såg ut. Hon gjorde vad hon tyckte var bäst i den situationen som de hade hamnat i och arbetade på, tog hand om hemmet och barnen. Han fick hållas med sitt. Ensamheten och ansvaret gnagde. Det värsta var att ingen lyssnade eller trodde på henne när hon försökte söka hjälp och berättade om deras problem. Då teg hon hellre. Till sist tog det en ända när hon vid ett tillfälle nästan tog livet av sin man och kom till insikt att så här kunde det inte fortsätta. De skiljde sig, men fastän de var skilda hjälpte hon honom när han insjuknade och hon försökte att barnen skulle ha ett förhållande till honom, så gott det gick. Inte ens som skilda kunde hon släppa taget och leva sitt eget liv. Banden tycks nog vara väldigt starka vid ett medberoende. När han sedan var död hann verkligheten upp henne och hon gick in i en depression. Efter en lång tid av sjukledighet, mediciner och rehabilitering börjar hon vara tillbaka i livet. Detta visar nog på att har man en personlighet som gör att man är stark och vill ta hand om andra, så kan det nog gå galemt när man träffar en missbrukare eller beroende som man blir kär i.

## 15 Slutdiskussion

Kvinnors alkoholvanor har ändrats och är rätt allmänt accepterade i dagens samhälle. Deras konsumtion har gått upp och fått stora följder för deras hälsa. Alkoholrelaterade dödsorsaker toppar statistiken för kvinnor i arbetsför ålder. Det finns skäl för eftertanke. Kvinnor tar fort skada vid storkonsumtion och blir snabbare beroende.

Hur man kommer in i ett missbruk/beroende varierar och beror på olika saker. En vana kan gå över i ett beroende, en kris gör att man bedövar sig med alkohol för

att orka eller få sorgen att kännas lättare, stressen kan hanteras tillfälligt med hjälp av alkohol, men i längden blir allt bara värre. Alkoholen är ett gift och skulle den vara en dryck som kom ut på marknaden med dagens regler, så skulle den inte få tillstånd att säljas.

Hur man tar sig ur alkoholens klor är också väldigt olika, men det står klart att den egna motivationen skall finnas och viljan måste vara stark. Runt omkring sig är det bra att ha människor som förstår och kan stötta när det blir tungt och svårt. I vårt samhälle finns det människor som har lyckats sluta dricka och de är ett bevis på att det är möjligt.

En sak står i alla fall klart efter att ha sett på alla fakta och information, det är väldigt mångfasetterat och komplicerat detta med missbruk och beroende. Är man dessutom kvinna är det hela redan lite mer komplicerat från första början.

I Finland finns ett behandlingshem i Malax för svenskspråkiga. Här behandlas både män och kvinnor, vilket forskning har påvisat att inte är så lyckat. För svenskspråkiga kvinnor återstår inte så många behandlingsalternativ då. Tillgång till olika behandlingsmetoder vore bra att tillgå för alla. Är man svenskspråkig missbrukande kvinna i Finland hör man verkligen till en minoritet. Trots det borde man ha tillgång till olika behandlingsalternativ, eftersom det är bra om de anpassas individuellt. En behandlingsmetod som passar för en person behöver inte vara den bästa för en annan. Här finns det utrymme för förbättringar.

I forskningslitteraturen är det ofta kvinnor med svåra missbruk som det skrivs om. De har fått sina barn omhändertagna, de har varit hemlösa, utsatta för våld med mera. Dessa kvinnor är ju kanske inte typiska, om man säger så, när det gäller missbrukande kvinnor överlag. Många återfinns i hemmet och har arbete och familj. De hör till att börja med till de så kallade normalkonsumenterna. Det är denna grupp som ökar i antal när det gäller alkoholmissbruk och -beroende. Utan att kanske vara medvetna om riskerna överskrider de sin konsumtion och utvecklar ett beroende. Det är dessa kvinnor som borde informeras om var gränserna för "riskfritt" drickande går.

Ett enkelt sätt är att ha ett häfte där man under veckans gång antecknar hur mycket man dricker, så att man inte i misstag överskrider gränserna. Det är ju ett sätt att hålla kontrollen. På droglänkens sida finns tips om hur man kan göra.

Dagens kvinnor är ju medvetna och det är lätt att få tag på information om saken. En bra investering kunde vara en alkoholmätare av god kvalitet. Genom att mäta promillehalten ser man tydligt resultat och minskar risken för exempelvis rattfylleri. Speciellt dagen efter en fest kan det vara skäl att mäta promillehalten förrän man sätter sig vid ratten. Polisen bistår med mätning ifall man har möjlighet att gå in till en polisstation. Detta är att ta ansvar.

Broschyrer om alkohol med information om riskgränser och skador kunde placeras ut på alla möjliga ställen där kvinnor rör sig, till exempel på frisörsalonger, simhallen, rådgivningen och så vidare. Då kanske saken kommer till tals med andra och nyfikenheten skulle öka för att skaffa mer information. Diskussioner med alkohol som tema kunde tas upp i olika sammanhang där kvinnor samlas.

En annan sak som har slagit mig är arbetsgivarens roll i en situation när det har kommit fram att någon eventuellt dricker mer än vad som är rimligt. Ta till talsmetoden skulle vara bra för arbetsledare och personalchefer att kunna, att ha god kontakt med sin personal och känna dem så väl att man märker om något inte är som det skall vara. Det sägs i litteraturen att arbetsplatsen är stället där det sist märks att man har bekymmer med alkoholen och då har det många gånger accelererat ganska långt.

När en människa råkar in i en kris av något slag, så som skilsmässa, död eller olyckor, kan det vara skäl för chefer och övriga medarbetare att finnas till hands för en arbetskamrat. Vi tillbringar många timmar på arbetet och en god arbetsgemenskap kan vid vissa tillfällen i livet vara avgörande för hur man tar sig vidare efter en omstörtande händelse i livet.

Sjukvårdspersonal är väl representerad bland missbruks- och beroendepersoner. Därför skulle det vara bra att vara särskilt uppmärksamma på kvinnliga arbetsplatser inom vårdsektorn. Stress och stort ansvar gör att man gärna slappnar av med alkohol när man kommer hem från sitt skift. Om detta blir en vana leder det ohjälpligen till ett problem på sikt. Kvinnor blir ju beroende mycket snabbare än män.

Samarbete mellan arbetstagare, arbetsgivare och olika vårdinrättningar kan vara av stor betydelse. A-klinikerna erbjuder terapi, men får inte diskutera med en arbetsgivare om en enskild person, om man inte kommit överens om detta. Med

ett avtal finns det dock bättre möjligheter att stöda en person som försöker komma till rätta med sitt beroende.

Det är självklart att det finns kritik mot alla typer av behandlingar. Minnesotamodellen har fått kritik för sina religiösa inslag eller andliga om man hellre använder det ordet. Efter avslutad behandling uppmanas klienten att regelbundet besöka AA under, vad jag har förstått, resten av sitt liv. Är detta verkligen vettigt? Jag tror säkert att det behövs under en övergångsperiod, men individen behöver nog uppmuntras till självständighet och detta inträffar väl också, annars vore väl nog AA:s lokaler överbemannade efter en tid. När man har mognat och har hittat ett nyktert sätt att leva sitt liv på, tror jag nog att det är dags att lämna den perioden i livet bakom sig. När man har hittat ett nyktert sätt att leva och har bearbetat sitt tidigare leverne, tror jag personligen att det är bättre att blicka framåt.

Däremot tror jag att i framtiden borde vi satsa på det förebyggande drogarbetet. Inte så mycket mera fokus på ungdomar, de söker ännu sin livsstil och är lite allmänt oemottagliga för "restriktioner" av alla de slag när de är inne i sin frigörelse-process. Däremot tror jag att gruppen unga vuxna, som har hittat sin plats i livet vad det gäller jobb och partner skulle vara angeläget att få kontakt med. De håller då på och utvecklar sin livsstil och i det här ingår ett rikt socialt liv (vilket ju är bra) men där drickandet av alkoholhaltiga drycker ingår vid, mer eller mindre, varje sammankomst faller de raskt in i en storkonsumtion. Här borde man försöka hitta kanaler och ge information till exempel om hur man kan planera och föra en dryckesdagbok. De flesta vet hur den kommande veckan kommer att se ut och vid vilka tillfällen det troligen kommer att ingå alkohol. Genom planering går det då att jämka konsumtionen så att den inte går över gränsen, i varje fall inte för ofta. Lugna veckor kan man passa på att hålla "vita", det vill säga inte dricka alkohol över huvudtaget. En fritid som skänker tillfredsställelse både vad det gäller aktivitet och vila är att eftersträva. Vid middagar där alkoholhaltiga drycker förekommer kan man ta för vana att dricka vartannat glas vatten. Detta späder ut alkoholen och håller konsumtionen nere.

Kurser via Arbis eller MI kunde ordnas, varför inte en Prime for Life-kurs? De som känner för det kan komma och lära sig. Kurserna är väldigt populära i Sverige.



Det är ju bättre att förebygga. Speciellt kvinnor går gärna på kurser i Arbis och MI:s regi.

Inom vården tror jag att det kunde göras en hel del mera än det görs idag. Kanske man kunde ha en särskild sköterska som skulle ha patienten att fylla i ett AUDIT-formulär inför läkarbesöket. Då skulle det inte ta av läkarens tid, men han kunde få tillgång till formuläret och utgående från det se om han behöver ta alkoholkonsumtionen upp till en diskussion. Alla som skulle inse sambandet av symtom och alkoholkonsumtion är ett plus både för individen och samhället. Sjukvårdens kostnader är höga på grund av våra missbruk och beroenden. Alkoholism är en av våra stora folksjukdomar.

Med tanke på hur länge Finland har haft problem med överstor alkoholkonsumtion, borde det göras mera för att ändra invånarnas inställning och attityd till alkohol. Detta tar lång tid att förändra. Alkoholrelaterade sjukdomar och alkoholförgiftning var år 2009 de vanligaste dödsorsakerna för både män och kvinnor i arbetsför ålder. Att kvinnorna ökar i antal i denna statistik är skrämmande. Effekterna av kvinnligt missbruk och/eller beroende blir snabbt synliga i samhället, eftersom det fortfarande är de som värnar om barnens och familjens väl och ve i större utsträckning än männen. Det skulle nog vara av stor vikt att börja lyfta fram detta med kvinnors alkoholkonsumtion mera, men det borde ske på ett sätt som inte skuldbelägger kvinnors drickande eller moraliserar deras drickande. Både män och kvinnor skulle må bra av att börja med alkoholvanor som inte riskerar hälsa och välmående. Inte behöver man förespråka helnykterhet för den skull utan hellre ökad medvetenhet om alkoholens effekter.

Alkoholpriset har ju höjts de senaste åren i flera omgångar och det har fått ner konsumtionen lite. Det har visat sig att priset och tillgängligheten styr vårt drickande i viss mån. Konsumtionen borde fås att hållas på en nivå som inte skulle ge så många negativa effekter på vår hälsa och på vårt välmående, men det behövs nog mera åtgärder ännu förrän vi är där. Skulle vi ta bort mellanölsförsäljningen ur butikerna, så skulle nog Alko få mycket att stå i. Nu är det andra som betjänar och saluför deras produkter. Det kortar av köerna vid Alkos egna betjäningpunkter betydligt.

Det är ingen lätt sak att ändra attityder och inte går det fort att försöka få till stånd några nya vanor. I Finland har vi länge haft en dryckeskultur som är dålig för vår hälsa, men det stora flertalet klarar trots allt av att dricka "lagom".

## Litteratur

1,6 miljonerklubben (red. Ingemo Bonnier). 2006. *Farliga begär. Kvinnan mitt i livet*. Stockholm: Prisma.

AA (2007). "Välkommen till Internetgruppen AA tolv-steg". [online]  
[http://www.aa12-steg.se/aa12-steg.se/steg\\_trad\\_loften.htm](http://www.aa12-steg.se/aa12-steg.se/steg_trad_loften.htm) (hämtad 16.9.2011)

AA [u.å.]. "Alla som har en önskan om att sluta dricka är välkomna till AA". [online]  
<http://www.aa.se/information-om-aa/> (hämtad 12.9.2011).

Agerberg, M. (2004) *Kidnappad hjärna*. Lund: Studentlitteratur.

Al-Anon & Alateen (2011). "Till dig som är ny". [online]  
<http://www.al-anon.se/Om-Al-Anon/till-dig-som-ar-ny/> (hämtad 4.10.2011).

Alkoholproblem [u.å.] "Vad är medberodande?". [online]  
<http://alkoholproblem.nu/beroende/medberoende.html> (hämtad 8.10.2011).

Andersson, M. (2005). "Vård och stöd till blivande mödrar och spädbarnsfamiljer med missbruksproblem". [online]  
<http://www.paihdelinkki.fi/informationssnuttar/165-var-d-och-stod-till-blivande-modrar-och-spadbarnsfamiljer-med-missbruksproblem#> (hämtad 1.11.2011).

Björkman, B. (2011). "Läkemedel vid alkoholberoende". [online]  
<http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Rad-om-lakemedel/Lakemedel-vid-alkoholberoende/> (hämtad 19.9.2011).

CAN (2008). "Blandmissbruk". [online]  
[http://www.can.se/sa/node.asp?node=1500&sa\\_template\\_url=/templa...](http://www.can.se/sa/node.asp?node=1500&sa_template_url=/templa...) (hämtad 16.9.2011).

CAN (2011). "Hur farlig är alkoholen?". [online]  
<http://www.can.se/sa/node.asp?node=1497> (hämtad 2.9.2011).

Dahlgren, L. (2002). "Kvinnor och alkohol". [online]  
[http://www.beroendemedicin.nu/pages/content/kvinn\\_alko.asp](http://www.beroendemedicin.nu/pages/content/kvinn_alko.asp) (hämtad 26.10.2011).

Ensi- ja turvakotienliitto ry [u.å.]. "Doula". [online]  
<http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/tyomuodot/ensikodit-ja-muu-vauvaperheiden-/doula/> (hämtad 1.11.2011).

Erlanson-Albertsson, C & Wingren, A. (2008). *Belöning och beroende*. [u.o]: ICA Bokförlag.

Hilte, M.(red.)(2005). *Kön, behandling och kunskap*. Lund: Studentlitteratur.

- Hjort, P. (2009). "Drick sunt". [online]  
<http://www.varguiden.se/Tema/Alkohol/Drick-sunt/> (hämtad 13.10.2011).
- Holmberg, C. Smirtwaite, G & Nilsson, A. (2005). Publikation. *Mäns våld mot missbrukande kvinnor- ett kvinnofridsbrott bland andra*. [online]  
<http://www.fhi.se/PageFiles/4911/MOB2005-8-mans-vald-mot-missbrukande-kvinnor.pdf> (hämtad 14.9.2011).
- Holmgren, E. (2011). "Alkoholberoende-rekommenderade läkemedel".  
<http://www.varguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Lakemedel/Alkoholberoende---rekommenderade-lakemedel/>  
(hämtad 13.10.2011).
- Holopainen, A. (2005). "234 Blandmissbruk av alkohol och läkemedel". [online]  
<http://www.paihdelinkki.fi/informationssnuttar/234-blandmissbruk-av-alkohol-och-lakemedel> (hämtad 19.9.2011).
- Holopainen, A. (2006). "242 Alkohol och sex"  
<http://www.paihdelinkki.fi/informationssnuttar/242-alkohol-och-sex> (hämtad 13.10.2011)
- Institutet för hälsa och välfärd (2011). "Alkoholkonsumtionen". [online]  
<http://www.stakes.fi/SV/tilastot/aiheittain/alkohol/alkohollage/alkoholkonsumtionen.htm> (hämtad 19.9.2011).
- Iverus I. (2008). *Känner du någon med alkoholproblem?*. Stockholm: Viva.
- Karlsson, T(red.)(2009). "Alkoholläget i Finland i början av 2000-talet". Rapport 39/2009. [online]  
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/527de99b-63a6-4743-917f-30d5913db3b8> (hämtad 26.10.2011).
- Kaukonen, O. (2006). "614 Vård oberoende av egen vilja". [online]  
<http://www.paihdelinkki.fi/informationssnuttar/614-var-d-oberoende-av-egen-vilja>  
(hämtad 27.10.2011).
- Kaukua, J. 2006."247 Alkohol och viktkontroll"  
<http://www.paihdelinkki.fi/informationssnuttar/247-alkohol-och-viktkontroll> (hämtad 12.10.2011)
- KSAN (2011). "Uppmärksamma äldre kvinnors ökade alkoholkonsumtion!". [online]  
<http://www.ksan.se/Start/news.php?sid=1008&actmn=1> (hämtad 4.10.2011).
- Lyngstam, O. (2010). "Beroendetillstånd". [online]  
<http://www.fass.se/LIF/lakarbok/artikel.jsp?articleID=4242> (hämtad 2.9.2011).
- Mäkelä, R. (2006). "274 Psykosocial behandling vid alkoholberoende". [online]  
[online] <http://www.paihdelinkki.fi/informationssnuttar/274-psykosocial-behandling-vid-alkoholberoende> (hämtad 19.9.2011).

- Mäkelä, R. (2006). "647 Familjeterapi". [online]  
<http://www.paihdelinkki.fi/informationssnuttar/647-familjeterapi> (hämtad 27.10.2011).
- Mäkelä, R. (2006). "Farmakologisk behandling av alkoholberoende" . [online]  
<http://www.paihdelinkki.fi/informationssnuttar/273-farmakologisk-behandling-av-alkoholberoende> (hämtad 19.9.2011).
- NIAAA (2011). "Women and alcohol". [online]  
<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/womensfact/womensfact.htm> (hämtad 2.9.2011)
- Nämndemansgården [ u.å.] "Minnesotamodellen". [online]  
<http://www.namndemansgarden.se/minnesotamodellen-1> (hämtad 8.10.2011).
- Prime for life [u.å.] "Prime for Life". [online].<http://prime4life.se/> (hämtad 17.9.2011).
- Päihdelinkki ( 2008). "Mini-interventio eli lyhytneuvonta". [online]  
<http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas/mini-interventio-> (hämtad 8.10.2011).
- Saarto, A. (2005). "231 Hur mycket är för mycket?". [online]  
<http://www.paihdelinkki.fi/informationssnuttar/231-hur-mycket-ar-for-mycket> (hämtad 27.10.2011).
- Saarto, A. (2006). "635 Missbrukarvårdens tjänster". [online]  
<http://www.paihdelinkki.fi/informationssnuttar/635-missbrukarvardens-tjanster> (hämtad 12.10.2011).
- Salo-Chydenius, S (2006). "644 Motiverande intervju/ Motiverande handlingsätt".  
<http://www.paihdelinkki.fi/informationssnuttar/644-motiverande-intervju> (hämtad 27.10.2011).
- Signäs, G. (2010). "Kognitiv beteendeterapi". [online]  
<http://www.varguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Behandlingar/Kognitiv-beteendeterapi> (12.10.2011).
- Statistikcentralen ( 2010). "Dödsorsaker 2009". [online]  
[http://www.stat.fi/til/ksyyt/2009/ksyyt\\_2009\\_2010-12-17\\_sv.pdf](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2009/ksyyt_2009_2010-12-17_sv.pdf) (hämtad 2.9.2011).
- STM (2010). Pressmeddelande 133/2010." Minister Risikko: Lågtröskeltjänster för missbrukarmammor bör säkras". [online]  
<http://www.stm.fi/sv/pressmeddelanden/pressmeddelande/view/149...> (hämtad 31.8.2011).
- Stockholms läns sjukvårdsområde (2008)."Ewa-mottagningen". [online]  
[http://www.slso.sll.se/SLPOtemplates/SLPOPage1\\_\\_\\_\\_\\_14069.aspx](http://www.slso.sll.se/SLPOtemplates/SLPOPage1_____14069.aspx) (hämtad 1.11.2011).

Storbjörk, J. (2011). Gender differences in substance use, problems, social situation and treatment experiences among clients entering treatment in Stockholm. *NAD*, 28/2011, s.185-202.

Stressad (2007). "Att hantera stress. [online]  
<http://www.stressad.se/hantera+stress/> (hämtad 29.10.2011).

Stressad (2007). "Stress och alkohol". [online]  
<http://www.stressad.se/stress+och+alkohol/> (hämtad 29.10.2011).

Stuttaford, T. (1997). *Skål för hälsan*. [u.o]: Wahlströms & Widstrands.

Sällskapen länkarnas riksförbund [u.å.]. "Kvinnliga alkoholister väntar för länge med att söka hjälp". [online] <http://www.rikslankarna.se/varf%C3%B6r-dricker-vi-/kvinnor-och-alkohol-71241> (hämtad 2.10.2011).

Taitto, A. (2006). "415 Medberoende". [online]  
<http://www.paihdelinkki.fi/informationssnuttar/415-medberoende> (hämtad 4.10.2011).

THL (2009). "Suurkulutus ja kohtuukäyttö". [online]  
[http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa\\_terveydesta/elintavat/alkoholi/suurkulutus\\_ja\\_kohtuukaytto/](http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/alkoholi/suurkulutus_ja_kohtuukaytto/) (hämtad 27.10.2011).

Thorberg, B-L. (1993). *Det är i alla fall mitt barn*. Stockholm: Carlssons.

Trulsson, K. (2006). *Dans på lina*. Stockholm: Carlssons.

Åhrén, A. (2009). "Naltrexon-medicin mot alkoholism/alkohol". [online]  
<http://web4health.info/sv/answers/add-alcohol-medicin.htm> (hämtad 8.10.2011).

Finlands författningssamling:

Barnskyddslagen 13.4.2007/417.

Lag om missbrukarvård 17.1.1986/41.

## BILAGOR

### Bilaga 1

1(2)

#### AA:s tolv steg

Dessa steg är ett förslag för det personliga tillfrisknandet.

1. Vi erkände att vi var maktlösa inför alkoholen, att vi förlorat kontrollen över våra liv.
2. Vi kom till tro på 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, såsom vi själva uppfattade Honom.
4. Vi företog en genomgripande och oförskräckt moralisk självrannsakan.
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 skadat och var beredd 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 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.

## AUDIT-FORMULÄR

**Hur mycket dricker du?****1. Hur ofta dricker du öl, vin eller andra alkoholhaltiga drycker?**

- aldrig
- cirka en gång i månaden eller mindre
- 2-4 gånger i månaden
- 2-3 gånger i veckan
- 4 gånger i veckan eller oftare

**2. Hur många portioner alkohol har du vanligen druckit de dagar då du använt alkohol?**

- 1-2 portioner
- 3-4 portioner
- 5-6 portioner
- 7-9 portioner
- 10 portioner eller mer

**3. Hur ofta har du druckit sex alkoholportioner eller mer per gång?**

- aldrig
- mindre än en gång i månaden
- en gång i månaden
- en gång i veckan
- dagligen eller nästan dagligen

**Har du svårt att sluta?****4. Hur ofta under det gångna året har det gått så att du inte kunnat sluta när du väl börjat dricka?**

- aldrig
- mindre än en gång i månaden
- en gång i månaden
- en gång i veckan
- dagligen eller nästan dagligen

**Blev något ogjort?**



**5. Hur ofta under det senaste året har det hänt att du på grund av ditt drickande inte fått något sådant utträttat som vanligen hör till dina uppgifter?**

- aldrig
- mindre än en gång i månaden
- en gång i månaden
- en gång i veckan
- dagligen eller nästan dagligen

**Behöver du återställare?**

**6. Hur ofta under det gångna året har du behövt öl eller annan alkohol för att bättre komma igång på morgonen efter en kväll då du druckit mycket?**

- aldrig
- mindre än en gång i månaden
- en gång i månaden
- en gång i veckan
- dagligen eller nästan dagligen

**Moralisk baksmälla?**

**7. Hur ofta under det senaste året har du haft skuld känslor eller ångrat dig när du druckit?**

- aldrig
- mindre än en gång i månaden
- en gång i månaden
- en gång i veckan
- dagligen eller nästan dagligen

**Blev det luckor i minnet?**

**8. Hur ofta under det senaste året har du upplevt att du inte på grund av drickandet kommit ihåg vad som hänt kvällen innan?**

- aldrig
- mindre än en gång i månaden
- en gång i månaden
- en gång i veckan
- dagligen eller nästan dagligen

**Har du skadat dig själv eller andra?**

**9. Har du skadat dig själv eller har någon annan stött sig eller fått skador till följd av ditt alkoholbruk?**

- nej
- ja, men inte under det gångna året
- ja, under det senaste året

**Har någon haft något att påstå?**

**10. Har någon närstående, en vän, en läkare eller någon annan varit bekymrad över ditt alkoholbruk eller föreslagit att du borde börja dricka mindre?**

- aldrig
- ja, men inte det senaste året
- ja, under det gångna året

**11. Är du:**

- Man
- Kvinna

**12. Ålder**

- |                                     |       |       |
|-------------------------------------|-------|-------|
| <input checked="" type="radio"/> 15 | eller | under |
| <input type="radio"/> 16            | -     | 17    |
| <input type="radio"/> 18            | -     | 24    |
| <input type="radio"/> 25            | -     | 30    |
| <input type="radio"/> 31            | -     | 40    |
| <input type="radio"/> 41            | -     | 50    |
| <input type="radio"/> 51            | -     | 64    |