

UTVÄRDERING AV LEVA LIVET

Öppenvård för missbrukande kvinnor



Länsstyrelsen
Västerbotten

INNEHÅLLSFÖRETECKNING

SAMMANFATTNING	1
INLEDNING	2
Projektet Leva Livet	2
Utvärderingens syfte	4
Avgränsning	4
DISPOSITION	5
AKTUELL FORSKNING	6
Bakgrund och orsaker till missbruk	6
Kvinnornas levnadssituation och psykiska hälsa	6
Kvinnoperspektivet i behandling	7
METOD	9
ASI och dokumentanalys	9
Intervjuer och observation	10
Operationalisering av begrepp	11
Missbrukssituation	11
Levnadssituation	11
Psykisk hälsa	11
RESULTAT	12
Kvinnornas missbruks- och levnadssituation innan Leva Livet	12
Missbrukssituation	12
Levnadssituation innan Leva Livet	12
Psykisk ohälsa.....	13
Förändrad missbruks- och levnadssituation efter Leva Livet	13
Förändrad missbrukssituation	14
Avbrott.....	14
Förändrad levnadssituation	16
Förbättrad psykisk hälsa.....	17
Vad har varit betydelsefullt för kvinnornas förändring	18

KBT	18
Lära känna självet.....	19
Bryta destruktiva tankar och få tankeredskap.....	20
Prioriterar självet	21
Konkreta ändringar i vardagen	21
Helhetsperspektiv	21
Kvinnoperspektiv	22
Personalens kompetens och gruppinteraktionen.....	23
Eftervården.....	24
Arbete fortsätter livet ut	25
Samverkan – studentuppsats	26
SLUTSATSER OCH UTVECKLINGSMÖJLIGHETER.....	28
LITTERATURFÖRTECKNING.....	29

SAMMANFATTNING

Föreliggande utvärdering syftar till att utvärdera Leva Livet, ett öppenvårdsprojekt för kvinnor med missbruksproblematik. Där Leva Livets syfte är att utarbeta en behandlingsmodell utifrån följande perspektiv: kognitiv beteendeterapi (KBT), kvinnoperspektiv, helhetsperspektiv samt samverkan med kvinnans professionella- och privata nätverk. Utvärderingen syftar till att besvara följande frågeställningar: i vilken utsträckning upplever de inskrivna kvinnorna att Leva Livets behandling har förändrat deras missbruksituation och levnadssituation, samt vad med Leva Livet som har varit betydelsefullt för kvinnornas eventuella förändring. Dokumentanalys av befintlig dokumentation, observation samt djupintervjuer med fem kvinnor och personalgruppen har använts för att besvara utvärderingens syfte. Utvärderingsresultatet redovisas i följande tre huvudsakliga delar: hur var kvinnornas missbrukssituation och levnadssituation innan Leva Livet, hur har kvinnornas missbruks- och levnadssituation förändrats till följd av Leva Livet samt vad med Leva Livet upplever kvinnorna har varit betydelsefullt för deras förändring. I resultatet redovisas även kort om Leva Livets eftervård och samverkan.

Gällande de inskrivna kvinnornas missbrukssituation innan Leva Livet, framkommer att kvinnornas missbruksbakgrund varierar samt att många har deltagit i tidigare behandling. Gällande kvinnornas levnadssituation framkommer att alla utom en kvinna har haft en "tung bakgrund", med uppväxt i dysfunktionella familjer, sexuellt övergrepp samt psykisk- och fysisk misshandel innan eller/och under missbrukstiden. Majoriteten av kvinnorna har förutom sitt missbruk även omfattande psykisk ohälsa. De intervjuade kvinnorna upplever att både deras missbrukssituation, levnadssituation och psykiska hälsa har förändrats till följd av Leva Livets behandling. Även dokumentationen visar att många kvinnor har fått förbättrad missbruks- och levnadssituation, där även kvinnor som har fått återfall upplever en positiv förändring. Vidare visar intervjuerna att KBT delen i Leva Livets behandling har varit mest betydelsefull för kvinnornas förändrade missbrukssituation, levnadssituation och psykiska hälsa. Även kvinnoperspektivet, helhetsperspektivet, personalen och gruppinteraktionen framhålls som nödvändiga förutsättningar för behandlingens positiva effekt. Gällande Leva Livets eftervård framkommer att kvinnans sociala nätverk och sysselsättningsmöjligheter utgör viktiga faktorer för att kvinnorna ska kunna bygga upp sin vardag och inte falla tillbaka i en negativ tanke- och beteendespiral. Generellt visar resultatet att Leva Livets behandling har förbättrat kvinnornas psykiska hälsa, vilket i sin tur har gett kvinnorna kraft att förändra sin levnadssituation exempelvis genom att avbryta destruktiva relationer och bygga sunda relationer. Ökad psykisk hälsa och förändrad levnadssituation, har i sin tur gett kvinnan förutsättningar och förmåga att förändra sin missbrukssituation.

INLEDNING

Leva Livet är ett öppenvårdsprojekt för kvinnor med missbruksproblem, i Umeå kommun. Livet har utvärderats av Prema Utvärdering & Företagsutveckling, som har anlåtats av Utvecklings- och fältforskningsenheten (UFFE) vid Umeå socialtjänst. Utvärderingen har skett mellan september 2008 och juni 2010 och varit formativ med regelbundna återkopplingsmöten med personal vid Leva Livet. Utvärderingen har huvudsakligen varit mål- och resultatinkriktad, med visst inslag av utvärderingsmodellen processutvärdering.

Projektet Leva Livet

Leva Livet är ett öppenvårdsprojekt för kvinnor med missbruksproblematik, som startade i början av 2008 och avslutas december 2010. Projektet ägs och drivs av Socialtjänsten, Umeå kommun, och finansieras med medel från Umeå kommun och Länsstyrelsen Västerbotten. Bakgrunden till projektet är en översyn av missbruksvården som genomfördes i kommunen under 2007, av Jan Brännström vid UFFE. Översynen visade att de institutions- och familjehemsplaceringar som genomförts under 2006, bestod av mer än en tredjedel kvinnor. Översynen visade även att kvinnor i högre utsträckning än män, utsattes för fysiskt- och psykiskt våld och sexuell misshandel av närstående. I Umeå kommun fanns det ingen tidigare öppenvårdsbehandling riktad enbart till kvinnor och i översynen drogs bland annat slutsatsen att detta var nödvändigt. Leva Livet initierades som ett resultat av översynen. Syftet med Leva Livets behandlingsmodell är att utarbeta en behandlingsmodell med kognitiv beteendeterapi (KBT) och kvinnoperspektiv samt med ett helhetsperspektiv där alla kvinnans individuella problemområden beaktas. Förutom behandlingsmodellen arbetar Leva Livet även med samverkan med andra aktörer som är involverade i kvinnan, både aktörer inom kommunen, landstinget och andra statligt styrda aktörer, samt samverkan kring kvinnans privata nätverk i form av exempelvis anhörigutbildning.

I praktiken sker Leva Livets behandling genom enskilda samtal, gruppbehandling, sociala aktiviteter och träffar med det professionella nätverket runt kvinnan. Vid de enskilda samtalen behandlas den enskilda kvinnans problemområden, där kvinnan med handledning identifierar sina problemområden och får verktyg att hantera sina problem. Verktygen kan både vara tankeredskap och konkreta lösningar på hur kvinnan skall avleda sina tankar och ångest exempelvis med en promenad, musik eller annat. Gruppbehandlingen utgår från block med olika inriktningar, där deltagarna sitter i grupp och får föreläsningar, med dialog kring respektive block samt individuella övningar. Hur lång tid ett block tar att genomföra varierar utifrån kvinnornas behov och antalet kvinnor som deltar i Leva Livet. Blocken handlar exempelvis om fakta kring: biologi och beteenden, vad som händer med kvinnans kropp vid missbruk, självförtroende, självkänsla och dysfunktionell familj. De sociala aktiviteterna är en gång i veckan, under kvällstid där de exempelvis: går ut i skogen och bowlar. På fredagar avslutas veckan med sopplunch där de summerar veckan och talar om vad de skall göra under helgen. Tanken var även att behandlingen skulle innehålla nätverksträffar med kvinnans personliga nätverk och anhörigutbildning, detta har Leva Livet vid skrivandets stund inte fullt hunnit utveckla på grund av

tidsbrist. Leva Livet har dock kommit igång med nätverksträffar med ett antal kvinnor och planerar att starta en anhörigutbildning under hösten 2010.

Leva Livets behandlingsprogram pågår under sex månader med möjlighet till sex månaders eftervård. Tiden kan dock variera utifrån kvinnornas behov eftersom Leva Livet är en individanpassad behandling. Eftervården läggs upp individuellt mellan kvinnan och hennes kontaktperson och innebär att kvinnorna får enskilda samtal, delta vid kvällsaktiviteter och fredagens sopplunch. Kvinnor i eftervård deltar således inte i "gruppbehandling" under eftervården. Behandlingen vänder sig till kvinnor över 20 år med tung missbruksproblematik. För att behandlingen skall vara "ultimat" har Leva Livet ett maxintag på åtta kvinnor vid samma tillfälle, i praktiken har de dock stundtals haft mer än tio inskrivna kvinnor vid samma tillfälle. Leva Livet utgörs av två anställda och en projektledare där alla tre arbetar med planering och genomförande av behandlingen, i Leva Livets delrapporter lyfts behov av ytterligare en personal. Personalen har tillgång till handledning och utbildning inom KBT och har genomgått KBT utbildning steg 1. Leva Livet permanentades hösten 2009 som en del av socialtjänstens Individ och familjeomsorg i Umeå kommun, och är idag Umeå kommuns enda öppenvårdsbehandling som enbart riktar sig mot kvinnor med missbruksproblematik.

Utvärderingens syfte

Som tidigare nämnt har utvärderingen antagit ett mål- och resultat inriktat fokus, med visst inslag av processutvärdering. Utvärderingen syftar till att undersöka i vilken utsträckning de inskrivna kvinnorna upplever att Leva Livets behandling har förändrat deras missbrukssituation och levnadssituation, och i så fall vad med Leva Livets behandling som har haft betydelse för en förändring. Utvärderingens syfte preciseras i följande frågeställningar:

1. I vilken utsträckning har Leva Livet inneburit en förändring för de inskrivna kvinnornas missbrukssituation?
2. I vilken utsträckning upplever de inskrivna kvinnorna att Leva Livets behandling har förändrat deras levnadssituation?
3. Vad med Leva Livets behandling upplever kvinnorna har haft betydelse för en eventuell förändrad missbrukssituation och levnadssituation?

Avgränsning

Utvärderingen har fokuserat på följande delar av Leva Livets behandling: KBT, kvinnoperspektivet och helhetsperspektivet. Utvärdering av Leva Livets organisation har avgränsats. Däremot har en undersökning av Leva Livets samverkan med andra aktörer inom Umeå kommun, Landstinget och andra statliga aktörer, genomförts av en magisterstudent. Resultatet från studentuppsatsen presenteras i slutet av utvärderingen. Det var även tänkt att involvera en student för att undersöka Leva Livets arbete med kvinnans personliga nätverk, anhörigutbildning, eftersom Leva Livet inte fullt kommit igång med "nätverksarbetet" och anhörigutbildningen har ingen studentuppsats genomförts.

DISPOSITION

Utvärderingen av Leva Livet har följande disponering. Inledningsvis ges en kort översikt av aktuell forskning, som efterföljs av en metod, där det framgår vilka insamlingsmetoder som har använts för att besvara utvärderingens syfte. Därefter följer resultatet som inledningsvis ger en bakgrundbild av kvinnornas missbruks- och levnadssituation vid inskrivning. Vidare ges en bild över hur kvinnornas missbruks- och levnadssituation har förändrats till följd av Leva Livet. Därefter presenteras vad med Leva Livet som har varit betydelsefullt för en förändring, utifrån kvinnornas upplevelser. Detta efterföljs av en kort redogörelse för kvinnornas upplevelse av eftervården samt kort redogörelse för Leva Livets arbete kring samverkan, utifrån resultat från studentuppsatsen. Avslutningsvis förs en diskussion kring vilka utvecklingsmöjligheter och slutsatser som utvärderaren drar utifrån datamaterialet.

AKTUELL FORSKNING

Bakgrund och orsaker till missbruk

Idag finns det ingen forskning som kan peka ut en isolerad faktor som orsaken till missbrukets uppkomst. I *Alkohol* skriver författarna att det inom alkoholforskningen finns en polarisering mellan den biologiska och den psykologiska alkoholforskningen. Medan den biologiska forskningen försöker förklara missbruk ur ett patologiskt förlopp, det vill säga defekt gen, biokemisk rubbning, störning på nervsystemet m.m., försöker den psykologiska forskningen visa på bland annat tidiga relationsstörningar, som så småningom kan ta sig uttryck i ett specifikt personlighetsdrag (Leissner 1997:81). Forskare menar dock att orsaken till varför vissa människor får problem med alkohol, bör ses som en sammansatt process där biologiska, psykologiska, sociala och kulturella faktorer samverkar (se tex. Leissner 1997:81; Melin & Näsholm 1998:24). Där arvet, den egna situationen och samspelet med de effekter som droger ger, tillsammans avgör om en missbruksutveckling påbörjas eller ej (Melin & Näsholm 1998:24).

Alkohol- och narkotikamissbruk är vanligare bland män än kvinnor. Mellan var tredje och var fjärde alkohol- och narkotika missbrukare är kvinna. Karin Trulssons (2003:37) forskning om kvinnor och missbruk visar att det finns vissa riskfaktorer till missbruk som skiljer sig mellan män och kvinnor. Kvinnor som missbrukar har ofta en bakgrund av problem i uppväxtfamiljen. Faktorer i barndomen och tonåren samt bristfälliga familjerelationer kan öka risken och har en större betydelse för alkoholberoende och missbruk bland kvinnor än för män. Fler missbrukande kvinnor har även varit utsatta för sexuella övergrepp under uppväxttiden. Kvinnor som missbrukar har ofta en bakgrund av uppbrott, konflikter, missbruk inom familjen och övergrepp (Trulsson 2003:37; Grufman Kalén 2002:179-182). Trulsson nämner även låg självkänsla och depression som riskfaktorer för att kvinnor skall få missbruksproblematik. Där narkotikamissbrukande kvinnor i större utsträckning än män, känner sig värdelösa och vill begå självmord. Vidare visar forskning att kriminalitet är lägre bland kvinnor än män som missbrukar, medan prostitution är vanligare bland missbrukande kvinnorna (Trulsson 2003:37). Trulsson (2003:37) skriver även att samhällets mer uttalade fördömande av kvinnors missbruk, leder till stigmatisering och fler psyksiska problem bland missbrukande kvinnor än män.

Kvinnornas levnadssituation och psykiska hälsa

Forskning visar att många missbrukande kvinnor lever väldigt ensamma och saknar ofta relationer i ett fungerande nätverk (Socialstyrelsen 2004:116). Kvinnornas relationer är oftast destruktiva och självutplånande till såväl män, familj och barn. Kvinnor som missbrukar lever i större utsträckning än män tillsammans med en partner som missbrukar, och har mindre stöd i sina parförhållanden och av sina föräldrar än vad män har (Trulsson 2003:37).

De flesta tunga missbrukare har förutom missbruket även flera andra problem såsom sociala problem, psykiska störningar och somatisk ohälsa. En majoritet av de tunga drogmissbrukarna och nästan 40 procent av alkoholmissbrukarna har, förutom missbruket, någon form av psykiatrisk störning (Leissner 1997:147). Enligt Arne Gerdner (SOU 2005:82:94) visar flera forskningsundersökningar att behandlingar som både fokuserar på missbruket och de andra problemen integrerat, ger bättre resultat än behandlingar som endast hanterar missbruket och behandlar de andra problemen senare. Samtidigt som alkohol- och drogmissbruk kan leda till psykiska skador och störningar, är även graden av psykisk problematik också starkt relaterad till risken att utveckla missbruk och beroende. Vidare menar Melin och Näsholm att kvinnors missbruk kan te sig mer "stört", på grund av att deras missbruk avviker mer från normen för hur kvinnor bör bete sig än vad missbrukande mäns beteende gör (Melin & Näsholm 1998:76; se även Leissner 1997:147).

Kvinnoperspektivet i behandling

Under 1980-talet började forskning allt mer uppmärksamma och fokusera kvinnors missbruk, och deras villkor samt utsatthet i behandlingssituationer (Trulsson 2002:70; Socialstyrelsen 2004:11). Behandlingsarbete i könsuppdelade grupper har visat sig överlägsen, där undersökningar av behandlingar riktade mot endast kvinnor har resulterat i ett signifikant bättre behandlingsresultat gällande långsiktigheten i behandlingen och eftervården. I studier av könsuppdelade behandlingar talar kvinnor bland annat om större självkänsla, vikten av att dela erfarenheter och få stöd av andra kvinnor, behovet av trygga relationer, långsiktighet, men framförallt gemenskapen med andra kvinnor. Att dela erfarenheter med andra kvinnor ses som det kanske mest betydelsefulla i behandlingen. Kvinnorna uppger att de aldrig skulle vare sig våga eller vilja lämna ut sig på samma sätt i en grupp med män. I könsblandade behandlingsgrupper upplever många kvinnor att de inte blir hörda och att de lär sig leva kvar i sin dåliga självkänsla (Grufman Kalén 2002:194; Trulsson 2003:215). Anette Grufman Kalén och Karin Trulsson har i sina olika studier av behandlingar riktade mot kvinnor, funnit vissa inslag i behandlingen som framförallt visat sig vara värdefulla. Bland dessa inslag kan bland annat långsiktigheten i behandlingen, eftervård, den kollektiva kvinnogemenskapen, barnen som drivkraft samt individuella samtal nämnas (Trulsson 2002; Grufman Kalén 2002).

Det genusteoretiska perspektivet som brukar användas vid forskning om kvinnors missbruk och deras villkor och utsatthet, är Yvonne Hirdmans teori om genussystemet (se tex. Trulsson 2002:211). Hirdman menar att genussystemet är ett socialt mönster som kan ses i varje samhälle, och som tenderar att påverka människors handlingar i vissa givna riktningar. Genussystemet styr synen på manligt och kvinnligt och bygger på att mäns och kvinnors områden hålls isär, samt att det är mannen som norm som råder i samhället (Hirdman 1990). Utifrån genussystemet kan samhällets idealbild av kvinnan förstås och enligt Karin Trulsson kan de missbrukande kvinnornas liv ses och förstås som motbilden till denna ideala bild av att vara kvinna (2003:211). Genussystemet kan ge en förståelse av hur missbrukande kvinnor förhåller sig till föreställningarna om kvinnorna i samhället.

I studier av missbrukande kvinnor har Trulsson funnit att det är tydligt att missbrukande kvinnor är medvetna om samhällets idealbild, och krav på traditionella roller som de mer eller mindre framgångsrikt försöker leva upp till. För kvinnan som är huvudansvarig för hem och barn, är strävan av att bli som "vilken familj som helst" ledstjärna. Moderskapet innebär en möjlighet till socialt

värde, medan misslyckanden att leva upp till en traditionell modersroll innebär en stark upplevelse av degradering (Trulsson 2002:85-87). Trulsson (2002:85-87) skriver att kvinnornas berättelser visar på de svårigheter som de upplever att inte leva upp till idealbilden i samhället och att många av dem istället ser sig med omgivningens ögon som motbilden till den nyktra, kontrollerade kvinnan, som håller hemmet samman. För männen innebär faderskapet inte samma omvälvning i deras liv och missbruk som för kvinnan. Detta kan kanske framförallt förklaras med att idealbilden av mannen och dennes roll i samhället framförallt är förknippat med livet utanför hemmet. Många missbrukande kvinnor upplever en känsla av skam och skuld av att inte kunna leva upp till rollen som en "god mamma", vilket blir en extra belastning som riskerar att låsa kvinnorna och öka deras missbruk (Trulsson 2003:194; Skårner 2001:171). Många kvinnor har även uttryckt att förutom skuld känslor för det som har varit och för det som de har utsatt barnen för, har de en skuldtyngd oro för att barnen kommer att fara illa i framtiden. Att det ska gå illa för dem i deras vuxna liv och inte minst att de ska hamna i samma tillvaro som sina föräldrar (Skårner 2001:175-176). Trulsson (2003:216) skriver att kvinnornas berättelser handlar om ett utanförskap, där de känner sig utpekade, har svag självkänsla och skäms över missbruket. Kvinnor som missbrukar har också ofta en rädsla för socialtjänsten, som i många fall bottnar i deras rädsla av att förlora sitt barn, på grund av sitt missbruk (Socialstyrelsen 2004:116). Kvinnorna är medvetna om att "barn och missbruk går inte ihop", och tvingas därför lära sig för hur de ska skydda sin familj från insyn från samhället (Trulsson 2003:107).

METOD

Den ursprungliga tanken var att använda ASI Addiction Severity Index (ASI), som kvantitativ material för att ge en övergripande bild av vilken förändring Leva Livet har inneburit för kvinnornas missbrukssituation, samt ge en möjlighet att fånga in material för *alla* inskrivna kvinnor. Vidare var tanken att använda kvalitativ metod för att ge en djupare och mer nyanserad bild av vilken betydelse Leva Livets behandling har haft för kvinnornas missbrukssituation och levnadssituation. Kvalitativ metod kan även ge information kring *vad* med Leva Livets behandling och Leva Livets process som har haft en betydelse för en eventuell förändring av kvinnornas missbruks- och levnadssituation. Av diverse orsaker fanns det ingen möjlighet att använda ASI som kvantitativt material, detta har i den mån det är möjligt kompenseras av annan dokumentation som Leva Livet har fört under projektiden.

ASI och dokumentanalys

Som nämnt ovan var den ursprungliga tanken att använda ASI. ASI är en standardiserad bedömningsmetod som har använts i Sverige sedan mitten av 1990-talet inom behandlingsforskning och uppföljning inom missbruksvården. Numera används ASI även av praktiskt yrkesverksamma i socialtjänstens missbruksvård, landstingens beroendevård och i kriminalvården. Vi valde att använda ASI eftersom det har använts under lång tid inom uppföljning av missbruk. ASI bygger på två intervjuer, en grundintervju och en uppföljningsintervju, som innehåller frågor av relevans för klienter med missbruksproblem inom sju livsområden.¹ I intervjuerna får dels klienterna själva uppskatta och svara på frågorna, dels får intervjuaren uppge sin sammanfattande bedömning av den intervjuade personens problem och behandlingsbehov (Armelius mfl. 2009:6). När en grundintervju och sedan en uppföljningsintervju har genomförts ges möjligheten att jämföra olika klienter och grupper med varandra för att på så vis urskilja om någon förändring har skett.

Under utvärderingens gång, har det dock visats sig att flera av de inskrivna kvinnorna, antingen genomfört endast grundintervjun alternativt ingen intervju alls. Detta har resulterat i att det endast finns ASI grundintervjuer för 14 kvinnor och ASI uppföljning för sex kvinnor. Anledningen till att ASI saknas för ett flertal kvinnor är bland annat att vid uppstarten av Leva Livet var endast en av tre behandlare vis Leva Livet auktoriserad att genomföra ASI, vilket innebar att ingen grundintervju genomförts med de första kvinnorna som skrevs in på Leva Livet. Detta löstes dock med att de två anställda utbildade sig för att genomföra ASI. Ytterligare problem kring ASI materialet har handlat om missförstånd med socialtjänsten. Där Leva Livet har fått uppgifter om att de kan ta del av "nygjorda" grundintervjuer från socialtjänsten för några kvinnor. När Leva Livet fått ta del av grundintervjuerna har de i vissa fall inte varit nygjorda, vilket har inneburit att Leva Livet själva inte kunnat genomföra intervjuerna. I andra fall har några kvinnor endast varit inskrivna en kort tid, varpå Leva Livet inte

¹ De sju livsområdena är: fysisk hälsa, arbete/försörjning, alkohol- och narkotikaanvändning, rättsliga problem, familj/umgänge samt psykisk hälsa.

hunnit genomföra grundintervjun. Under utvärderingen har problemet kring ASI-intervjuerna påtalats av utvärderarna och på grund av att vi, vid utvärderingens datainsamlingsstopp, endast har 14 grundintervjuer och sex uppföljningsintervjuer, har vi valt att utesluta ASI jämförelsen från utvärderingen. Genom att endast jämföra sex kvinnor, får vi en väldig skev bild av behandlingens effekter och för att inte äventyra utvärderingens reliabilitet² har vi därför valt att utesluta ASI jämförelsen.

För bakgrundsdata och en bild av kvinnornas missbrukssituation innan Leva Livet, har grundintervjun i ASI använts och kompletterats med Leva Livets grunddata³. På så vis har vi skapat en ”ny” bank med information om de 29 inskrivna kvinnorna. Med hjälp av ASI grundintervju har vi även kunnat komplettera den mer generella bilden som den ”nya” banken har gett, med djupare information om ett flertal av kvinnorna. För att kunna undersöka om Leva Livet har inneburit någon förändring för kvinnornas missbrukssituation och levnadssituation, har vi valt att även genomföra en kvalitativ dokumentanalys av Leva Livets daganteckningar och sammanfattningar över de inskrivna kvinnorna (Svenning 2003: 150). Denna dokumentanalys ingick inte i de ursprungliga planerna, men på grund av bristerna i ASI materialet, valde vi att genomföra analysen för att komplettera den kvalitativa metoden. Vid dokumentanalysen har ett antal koder plockats ut ur texterna genom meningskoncentrering för att tillsammans skapat en bild av de inskrivna kvinnorna, därefter har en meningstolkning utförts för att tolka underliggande meningar och betydelser utifrån ett större perspektiv (Kvale 1997).

Leva Livet har fört ett flertal olika dokumentationer och i genomgången av all data, framkommer att dokumentationen har vissa brister. En översyn över de kvinnor som saknar ASI grundintervju, visar att dessa kvinnor har blivit inskrivna i Leva Livet vid samma tidpunkter. Detta kan bero på att Leva Livet har haft väldigt fullt i verksamheten vid dessa tidpunkter. Det framkommer även att vissa delar av dokumentationen överlappar varandra, vilket innebär att det finns samma information i två eller fler dokumentkällor. Leva Livet arbetar idag med en uppdatering av sin dokumentation och kan i detta arbete beakta att syftet med dokumentation är dels, få material för uppföljning och utvärdering, dels fungera som ett hjälpmedel i behandlarnas arbete med kvinnorna där dokumentationen skall ge upphov till diskussion inom arbetsgruppen (Leissner 1997). För diskussion kring dokumentation kan Leva Livet beakta frågor som: vilken dokumentation ska föras, vad ska dokumentationen användas till och hur ska dokumentationen ska användas. Dokumentationen bör även fånga in material kring Leva Livets verksamhetsmål. Gällande fungerande dokumentation, kan det även finnas en poäng i att initiera en diskussion med socialtjänsten om missförstånden dem emellan, för finna fungerande sätt att samarbeta kring dokumentationen.

Intervjuer och observation

För att nå djupare och mer nyanserad information om vilken förändring och betydelse Leva Livet har inneburit för kvinnorna har följande material samlats in: en observation av gruppbehandling vid Leva Livet, personalintervju samt fem djupintervjuer med kvinnor som fullföljt primärvården. Observationen var kvalitativ, icke deltagande och genomfördes med en observationsguide som stöd.

² Reliabilitet innebär förenklat att utvärderingens resultat är tillförlitligt (Svenning 2003:57).

³ Grunddata är statistik från UFFE som Leva Livet för för varje inskriven kvinna.

Observationen syftade till att ge utvärderarna information om verksamheten och missbruksområdet, samt ge en grund för resterande utvärderingsarbete. Personalintervjun genomfördes med semistrukturerad intervjuguide i ett tidigt skede av utvärderingen, och syftade till att ge en överblick över kvinnornas missbruks- och levnadssituation, samt fånga in personalens perspektiv på kvinnornas förändring. Personalintervjun bandades, transkriberades och kodades utifrån Kvaless (1997) meningskoncentrering och meningstolkning i likhet med dokumentanalysen.

De fem intervjuade kvinnorna valdes ut genom snöbollsurval utifrån information från personal och genomförda intervjuer (Ritchie & Lewis 2003:80; Svenning 2003:111). Urvalet har skett kontinuerligt under utvärderingsarbetet, där informanter har valt för att ge en spridning av gruppen samt utifrån urvalskriterier som: ålder, barn, hur lång tid kvinnan haft missbruksproblematik, multiproblem eller ej, kriminalitet, sexuellt utsatt. Innan intervjutillfället fick deltagarna ta del av ett informationsblad med information om utvärderingens syfte, anonymitet samt att intervjun spelas in förutsatt att de ger sitt medgivande. Intervjuerna genomfördes i ett avskilt rum vid *Leva Livet*, med hjälp av en semistrukturerad intervjuguide och följdfrågor. Intervjuerna transkriberades och kodades med inspiration av grundad teorins⁴ tre kodningsfaser: öppen fas, selektiv fas och teoretisk fas. Kodningen inleds med den öppna fasen, där utvärderaren kodar materialet med öppen utgångspunkt. Därefter genomfördes en selektiv fas, där koderna sorteras ur och behålls utifrån dess relevans för utvärderingens frågeställning. I den selektiva fasen sorteras även liknande koder in i kategorier. I den slutliga teoretiska fasen disponeras kategorierna med dess koder utifrån hur respektive kategori står i relation till varandra (Hartman 2001; Dahlgren mfl. 2004:121). Vid utvärderingsarbetet har etiska aspekter beaktats löpande, bland annat har kvinnorna informerats om utvärderingen och gett sitt medgivande vid observation, deltagande i intervju samt bandinspelning (Kvale 1997:105-107).

Operationalisering av begrepp

Missbrukssituation

Gällande kvinnornas missbrukssituation avses i denna utvärdering: hur länge kvinnorna levt med beroendeproblematik av narkotika eller alkohol, vilken form av drog samt tidigare behandling för narkotika- och/eller alkoholproblematik.

Levnadssituation

Gällande kvinnornas levnadssituation avses i denna utvärdering de övriga delar i kvinnans liv förutom deras missbruk, däribland: relationer, sysselsättning, andra problemområden. Även kvinnornas psykiska hälsa hänger samman med deras levnadssituation, men har i denna utvärdering särskilts när resultatet presenterats eftersom kvinnornas psykiska hälsa har en central roll i kvinnornas berättelser och förändring.

Psykisk hälsa

Psykisk hälsa ses i utvärderingen som synonymt med att uppleva till exempel välbefinnande eller mening med livet samt som en process som ständigt är föränderligt och påverkbart. Psykisk ohälsa ses som motsatsen till psykisk hälsa (Medin & Alexandersson 2000:69-70).

⁴ Grundad Teori är en metodologisk forskningstradition.

RESULTAT

Kvinnornas missbruks- och levnadssituation innan Leva Livet

Missbrukssituation

De inskrivna kvinnornas missbruksproblematik handlar både om alkohol och narkotika. 13 kvinnor har missbrukat alkohol, 11 stycken har missbrukat narkotika och fem kvinnor har missbrukat både alkohol och narkotika. För kvinnorna som missbrukat narkotika har amfetamin och subutex varit vanligast, många av dem har dock missbrukat flera olika typer av droger. Utifrån ASI dokumentationen framgår det att av de kvinnor som genomfört ASI grundintervju, varierar missbruksbakgrunden. Samtidigt som flera av dem har missbrukat i stort sett hela sitt vuxna liv, har andra "endast" några år av missbruk bakom sig.⁵ Flera av de yngre kvinnorna har börjat missbruka under tonåren.

En majoritet av de inskrivna kvinnorna har genomgått tidigare behandlingar. 19 av de 29 inskrivna kvinnorna har de senaste två åren genomgått insatser gällande missbruk från Socialtjänsten, både i sluten- och öppenvårdsbehandling. För 13 av de inskrivna kvinnorna har Leva Livet utgjort en fortsättning från andra behandlingar, flera av kvinnorna har även parallella insatser för sitt missbruk. Endast fyra kvinnor har aldrig tidigare haft någon form av stöd eller behandlingsinsatser från Socialtjänsten. Utifrån intervjuerna framkommer att två kvinnor har genomgått tolvstegsbehandling för missbruk, dessa upplever att tolvstegsbehandlingen inte gav dem någon förändring. En kvinna säger så här: *det där med tolvstegs det funkade då inte för mig, fick ju bara sitta själv.* Den andra kvinnan förklarar att tolvstegs inte funkade för henne eftersom:

det var så mycket fokus på att man skulle leva efter deras tolvsteg och sen skulle allt vara bra med så funkade det ju inte och så kändes det som en sekt eftersom man skulle se till en högre makt... sen så betraktade de ju mig som en levande sjukdom medan på Leva Livet där skulle jag helt plötsligt bli en individ där betraktade dom mig som en människa

Levnadssituation innan Leva Livet

I likhet med forskning visar dokumentation och intervjuerna att många av kvinnorna har haft en "tung bakgrund" (Trulsson 2003:37). Av de 29 kvinnor som varit inskrivna i Leva Livet har 13 stycken av dem, förutom missbruk, även annan dokumenterad problematik av bland annat psykiatri, övergrepp och/eller kriminalitet. Utifrån ASI dokumentationen är det även tydligt att endast ett fåtal av kvinnorna arbetar. Majoriteten av kvinnorna har fått sin huvudsakliga försörjning från Försäkringskassan och Socialtjänsten.

Många av de inskrivna kvinnorna är uppväxta i dysfunktionella familjer med exempelvis missbrukande föräldrar. Bland annat visar ASI dokumentationen att av de 14 kvinnor som genomfört ASI grundintervju, har 12 av kvinnorna uppgett att de har någon/flera i familjen eller närmsta släkten som har problem med alkohol och/eller narkotika. Många kvinnor har blivit fysiskt- och psykiskt misshandlade samt sexuellt utsatta antingen av någon i sin familj, partner eller annan närstående

⁵ Av de kvinnor som genomfört en ASI grundintervju och som missbrukar alkohol har tre kvinnor uppgett att de har druckit sig berusad tre gånger i veckan eller mer, under ett och två år. Tre kvinnor har uppgett att de under fyra år har druckit sig berusad tre gånger i veckan eller mer.

person, där även incest förekommit. ASI dokumentationen visar att 12 kvinnor har varit utsatta för misshandel, alla de 12 kvinnor har utsatts för psykisk misshandel, nio av dessa har även varit utsatta för fysisk misshandel och sju av dem har också varit utsatta för sexuella övergrepp. Många kvinnor har blivit utsatta under uppväxten, men även under sitt missbruk. Resultatet överensstämmer med forskning som visar att kvinnliga missbrukare ofta har problematik i uppväxtfamiljen med uppbrott, konflikter, missbruk och sexuella övergrepp under uppväxttiden (Trulsson 2003:37, Socialstyrelsen 2004:115-116). Vidare visar dokumentationen att ingen av de inskrivna kvinnorna uppger att de har prostituerat sig under missbruket, vilket inte överensstämmer med tidigare forskning som visar att prostitution är vanligt förekommande bland missbrukande kvinnor (Trulsson 2003:37).⁶ ASI dokumentationen visar att åtta av de inskrivna kvinnorna har kriminell bakgrund, vilket överensstämmer med forskning som visar att kriminalitet är mindre förekommande bland kvinnliga missbrukare (Trulsson 2003:37). Sammanfattningsvis har majoriteten av kvinnorna tidigt levt i dysfunktionella familjer, och kan utifrån detta fått en känsla av utanförskap och stigmatisering redan innan de fick missbruksproblematiken. De inskrivna kvinnorna har troligtvis inte haft tillfredsställande och goda sociala förutsättningar som grund i livet.

Psykisk ohälsa

I likhet med forskning (SOU 2005:82:94) har många⁷ av de inskrivna kvinnorna vid Leva Livet omfattande psykisk ohälsa och multibeteendeproblematik,⁸ i form av exempelvis ätstörningar, problematiska relationer till pengar och sex. Även om kvinnornas beteendeproblematik är ytterst individuella, kan utvärderarna se ett mönster av relativt liknande beteendestörningar exempelvis: perfektionism, dålig självkänslan och självförtroendet, suicidal, destruktivt levnadssätt, destruktiva relationer samt att kvinnorna inte älskade sig själva. ASI sammanställningen visar att 10 kvinnor har haft allvarliga självmordstankar, av dessa har sex kvinnor försökt begå självmord. Även Trulssons (2003:37) forskning lyfter fram psykisk ohälsa, och menar att bland annat låg självkänsla och depression är riskfaktorer för utveckling av missbruk. Utvärderingens datamaterial antyder att kvinnornas psykiska ohälsa och beteendestörningarna troligtvis fanns innan missbruket, och att beteendestörningarna tillsammans med otillräckliga sociala förutsättningar är orsaker till kvinnornas missbruk. Där samhällets fördömande och stigmatisering av missbrukande kvinnor, samt missbruket i sig "bygger vidare" på kvinnans beteendestörningar, och ger eventuellt nya beteendestörningar och psykisk ohälsa.

Förändrad missbruks- och levnadssituation efter Leva Livet

Både intervjuer och analys av dokumentation visar att Leva Livet har inneburit positiv förändring för kvinnornas missbrukssituation, levnadssituation och kvinnornas psykiska hälsa. Den positiva förändringen som diskuteras nedan, gäller främst kvinnor som har fullföljt primärvården. Materialet antyder även en förändring bland de kvinnor som inte har fullföljt primärvården och som exempelvis

⁶ Att Leva Livets resultat inte överensstämmer med forskning, kan möjligtvis handla om att begreppet "prostitution" kan vid ASI grundintervjun vara relativt otydligt gällande "när är man prostituerad". Prostitution kan även vara förknippat med viss skam i att erkänna sig som prostituerad. Begreppets otydlighet och känslan av skam, kan göra det svårt att fånga en sanningsenlig siffra på prostitution.

⁷ Utifrån statistikbanken har 10 kvinnor annan känd problematik och har bland annat uppgett psykiatri.

⁸ Multiproblem är ett begrepp som Leva Livet använder och innebär att kvinnornas problem omfattar flera livsområden.

har fått återfall. Där kan förändringen handla om att kvinnorna genom Leva Livet har nått insikten i att de måste få hjälp av sluten vård eftersom öppenvård inte fungerar för deras nuvarande missbrukssituation. En kvinna berättar att även om hon tagit återfall så har hon genom Leva Livets behandling *fått en klocka som ringde att det här var fel, jag vill inte tillbaka till missbruket och klarar inte att ta mig ur själv.*

Förändrad missbrukssituation

Från att Leva Livet startade sommaren 2008 och fram till mars 2010 har 29 kvinnor varit inskrivna i behandlingen. Av dessa 29 kvinnor har 11 kvinnor fullföljt primärbehandlingen, tre är fortfarande i behandling och 15 kvinnor har av olika anledningar avbrutit behandlingen. Majoriteten av de kvinnor som har avbrutit behandlingen har skrivits ut på verksamhetens begäran, vissa av dem har även blivit utskrivna på egen begäran, flyttat från orten eller varit tvungen att avbryta på grund av annan problematik. Kvinnornas fördelning i åldern har varit jämt utspritt med kvinnor från "unga vuxna" upp till äldre medelåldern, de inskrivnas medelålder har varit 37 år. 17 av kvinnorna har egna barn, av dessa bor endast sex av dem tillsammans med barnen. Övriga kvinnor har uppgett att deras barn antingen bor tillsammans med släktingar, är placerade eller att barnen har uppnått en ålder där de har eget boende. Majoriteten av kvinnorna bor i eget boende, men fyra av dem har vid tiden i Leva Livet bott i stödboende.

Av de 11 kvinnor som har fullföljt primärbehandlingen, framgår det av dokumentationen att tre har fått återfall i eftervården och avbrutit den. Utifrån dokumentationen framgår att även om kvinnorna inte har fullföljt Leva Livets behandling, har de fått ett annat förhållningssätt till missbruket och kan se vilka negativa konsekvenser missbruket har fört med sig. Av de intervjuade kvinnorna fanns det ingen som levde i missbruket efter primärvården. Utifrån intervjuerna framkommer att kvinnorna själva, upplever att deras missbrukssituation har förändrats avsevärt. Kvinnorna beskriver att missbruket känns väldigt avlägset idag, och säger att en skillnad är att de inte längre betraktar sig själva som missbrukare. På frågan: hur har din missbrukssituation förändrats sedan du började vid Leva Livet säger en kvinna: *jättestort, jag är ju inte missbrukare någe mer.* Många kvinnor uttrycker även att de *idag inte ser någon framtid i missbruket och jag känner till min missbrukspersonlighet och vet så mycket om mig själv att jag kan förhindra det om det kommer fram.* Vidare beskriver kvinnorna sin förändrade missbrukssituation med att allt inte längre kretsar kring missbruket. Där en kvinna beskriver sin förändrade missbrukssituation med att: *livet handlar inte bara om drogen, tidigare handlade allt om att få tag på drogen och dölja den, nu har jag har fått mitt liv tillbaka.* De intervjuade kvinnornas identifierar sig inte längre som missbrukare, vilket antyder att de genom Leva Livet har påbörjat processen av att släppa den stigmatisering som missbrukande kvinnor ofta bär på (Trulsson 2003:221). Många kvinnor beskriver även att deras missbrukssituation har förändrats på så vis att de inte behöver ljuga för sina nära och kära om sitt missbruk, eftersom de genom behandlingen vid Leva Livet har kunnat berätta om sitt missbruk till sina nära anhöriga. Alla intervjuade kvinnor lyfter även fram att deras anhöriga i form av barn, mamma och pappa, vänner och dylikt har påtalat kvinnornas förändring.

Avbrott

15 kvinnor har på egen, eller verksamhetens begäran, avbrutit Leva Livets primärvårdsbehandling. Åtta av dessa 15 kvinnor har, enligt dokumentationen, avbrutit behandlingen på grund av återfall i missbruk. De övriga sju kvinnorna har avbrutit behandlingen, bland annat på grund av att de upplevde att Leva Livets behandlingsupplägg inte kändes rätt för dem. En av kvinnorna kände, innan

de sex månaderna passerat, att hon kände sig redo att fortsätta på egen hand, och valde därför att avsluta behandlingen. Två kvinnor var tvungna att avsluta behandlingen, på grund av flytt från orten och på grund av fysisk sjukdom. Av kvinnorna som fått återfall finns alla ålderskategorier representerade. Den tid som kvinnorna har varit inskrivna vid Leva Livet, har varierat från endast ett par dagar, till flera månader.

Missbruksforskning har visat att vägen ut ur ett missbruk nästan alltid kantas av återfall, och majoriteten av de som deltar i behandling, har ett eller flera återfall innan de lyckas bli fri från sitt missbruk. Återfall kan ses som en del av normalförloppet och under behandlingens gång eller efter avslutad behandling minskar antalet återfall (Melin & Näsholm 1998:238-239; Johansson & Wirbing 1999:164, SOU 2005:82). I genomgången av återfall vid Leva Livet kan vi se att ett flertal av de kvinnor som fullföljt Leva Livets behandling har vid något/några tillfällen under inskrivningen tagit återfall. Tre av de fem kvinnor som intervjuats har haft någon form av avbrott i behandlingen och i dessa fall poängterade kvinnorna att återfall inte innebar att de föll tillbaka till missbruket, utan att de genom Leva Livet fått verktyg och kunskap om att de ska söka hjälp istället för att falla tillbaka i gamla vanor. Åtta kvinnor har dock vid upprepande tillfällen tagit återfall och har som ett led av detta skrivits ut från Leva Livet.

Dokumentanalysen visar att den främsta orsaken till kvinnornas återfall är att kvinnorna inte var redo för Leva Livets öppenvårdsbehandling, där några av kvinnorna har varit inne i ett aktivt missbrukande och där öppenvård inte har varit den rätta behandlingsformen för dem, utan snarare avgiftning och slutenvård. Några av kvinnorna har i dokumentationen själva uttryckt att de inte känner sig redo för Leva Livet och skulle föredra en annan behandlingsform. Flera av dessa har skrivits ut från Leva Livet och sedan blivit inskrivna vid behandlingshem. Två av dem har sedan återkommit till Leva Livet för utslussning, men även då varit tvungna att avbryta. Tidigare studier av återfall och behandlingsresultat har visat att effekterna av en behandling snarare beror på matchningen av missbrukare och behandling, än på behandlingens utformning (Leissner 1997:179). Eftersom det i textanalysen är tydligt att åtminstone fem kvinnor inte har varit redo för Leva Livet, kan det finnas en poäng att diskutera matchning med socialsekreterare för att minska risken för att kvinnorna får "fel" typ av behandling när de söker hjälp. Det är viktigt att matchningen fungerar när kvinnorna har motivation och är inställda på att börja en behandling, eftersom en felmatchning i sig kan innebära ett återfall och "personligt misslyckande" för kvinnan, och kan minska kvinnans motivation när de får rätt behandling (SOU 2005:82).

I analysen av daganteckningarna och sammanfattningarna har det även framkommit att några av de kvinnor som avbrutit behandlingen, inte var motiverade att bli fri från sitt missbruk. Exempelvis framgår det att en kvinna ville delta i Leva Livet för att *ha någonting att göra*. En annan kvinna uppgav att hon var *beredd att gå in för behandlingen* eftersom hon fick ett ultimatum från Socialtjänsten. Annika Grufman Kalén (2002:189) har i sin studie av tre behandlingshem, funnit att kvinnor beskriver den egna motivationen som viktigare än vilken behandling de går. Även Melin och Näsholm (1998:152) har funnit att det skiljer sig mellan missbrukare som kommer till behandling med egen önskan om förändring, och de som kommer i huvudsak under yttre press. Även de intervjuade kvinnorna och personalen nämner vikten av motivation och säger att: *man kommer själv till en punkt då man inte kan fortsätta behandlingen om man inte är beredd att ta steget fullt ut*.

Förändrad levnadssituation

De intervjuade kvinnorna upplever att deras livssituation har förändrats avsevärt, på så vis att de har fått tillbaka sitt liv. En kvinna säger: *jag har fått tillbaka mitt liv och mina drömmar och vill inte längre ta självmord*. Kvinnorna beskriver den förändrade livssituationen med att deras psykiska hälsa har förbättrats, och att missbruket inte längre står i centrum av deras liv. Konkret har den förändrade livssituationen inneburit att kvinnorna, genom Leva Livet, har börjat bygga upp sitt liv och en fungerande vardag med rutiner. Där en kvinna säger:

det är svårt att säga vad som har förändrats, det är mer en känsla i mig och sen så är det sånt som kanske är småsaker för andra men stora steg för mig till exempel att jag stiger upp varje morgon oavsett vad och att jag borstar håret och borstar mina tänder och att jag har fått struktur på vardagen som saknades de senaste åren när jag levde i missbruk. Även såna här saker som att få ordning på saker kring kost och motion och hur man sover och alla de saker jag vet att man ska göra men inte gjort under missbruket

Kvinnorna har genom Leva Livet lärt sig att bygga upp sin vardag genom att sortera och prioritera och bygga upp en vardag med kontinuitet och struktur. Genom Leva livet har kvinnorna alltså påbörjat arbetet med att ändra sin livsstil och bygga upp sitt liv, en kvinna säger: *Leva Livet har hjälpt mig att bygga upp och upprätthålla min vardag efter missbruket, nu vet jag också hur viktigt det är att hänga upp dagen på någonting*. Leva Livets dokumentation styrker resultatet från intervjuerna, då det är tydligt att många av kvinnorna har skapat bättre rutiner i sin vardag, både kring sysselsättning och aktiviteter. Vissa har även uppgett att deras kontrollbehov har minskat och att de har bättre rutiner kring träning och mathållning. Leva Livets behandling har hjälpt kvinnorna att bygga upp sin vardag till en formad struktur med tydliga rutiner. Leva Livets arbete med att bygga upp en strukturerad vardag gör att kvinnorna kan betrakta sin omgivning som en "formad struktur", vilket i sig är en viktig känsla för kvinnornas ontologiska trygghet. Giddens begrepp ontologisk trygghet utgör en nödvändighet för alla människor och innebär att vi måste betrakta omgivningen som en formad struktur för att vi ska kunna förstå omgivningen och kunna leva i omgivningen utan en känsla av kaos. Genom Leva Livet har kvinnorna lärt sig vikten av att upprätthålla rutiner, där rutiner utgör en viktig faktor för att människans ontologiska trygghet (Giddens 1997).

Gällande kvinnornas förändrade livssituation framkommer både i intervjuer och i dokumentationen att många av kvinnorna har ändrat sina relationer, genom att helt eller delvis avsluta kontakten med vänner som missbrukar eller andra destruktiva kontakter. Kvinnorna har börjat bygga upp sunda relationer med sin familj, barn, nära vänner som inte missbrukar eller andra anhöriga. Att avsluta destruktiva relationer med vänner från missbruket beskrivs krävande och svårt. En kvinna berättar att: *min värsta mardröm var att stöta på dem på stan, jag kan ju klara mig bra här på Leva Livet, men så när jag träffar på dem på stan så ja...* Denna kvinna jobbade bort sina destruktiva relationer genom att passera sina missbruksvänner med ett kort *hej* och fortsätta gå förbi dem utan att stanna. En annan kvinna tryckte bort missbruksvännerna när de ringde på telefonen och öppnade inte dörren när de knackade på, till slut slutade de ringa på telefon och slutade att knacka på dörren, då raderade hon dem från kontaktlistan en efter en. En annan kvinna har satt en gräns för sin pojkvän: *när han drog får han inte vara hos mig, så är det bara*. Det framkommer även att kvinnorna har fått styrka och självförtroende, av att ha brutit med de destruktiva relationerna. Flera av de intervjuade kvinnorna har även börjat bygga på sina befintliga relationer till sin familj, barn och vänner utanför missbruket. Fyra av de intervjuade säger att de kan märka en stor skillnad i att deras familj, barn eller vänner mår mycket bättre, där kvinnorna säger att: *man märker att när jag mår bra så mår även min*

familj bra. Kvinnorna upplever att de nu vågar känna tillit till andra människor och trygghet i andra personer samt att de nu vågar släppa in andra människor. När kvinnorna mår bättre känner familjen och andra nära en större tillit och tilltro på att "detta är på riktigt", då kan familjen kliva in och fungera som ett stöd i kvinnans vardagliga kamp i att bygga upp ett liv utan missbruk. Bara det faktum att kvinnan är på väg eller har byggt upp en fungerande relation med sina nära, ger i sig styrka och energi till kvinnan och lyfter henne. Även dokumentationen framgår att flera kvinnor har brutit destruktiva relationer och "städat" i sina bekantskapskretsar, genom att välja bort umgänge som tidigare har varit förknippade med deras missbrukssituation. Flera av kvinnorna uppger även att de tack vare Leva Livet har fått bättre relationer till sina barn, sina familjer och släkt samt att de försöker skapa relationer till människor som inte missbrukar. I intervju har en kvinna uppgett att hennes förändrade levnadssätt har inneburit att hon numera får ett mer positivt bemötande från människor i hennes omgivning och hon har fått kommentarer om att hennes barn har blivit mer harmoniska, vilket hon tolkar som ett resultat av hennes egen förändring.

Samtliga av de intervjuade poängterar att det "nya" levnadssättet och arbetet med en strukturerad vardag, relationer och att prioritera sig själv är någonting som kommer att fortsätta livet ut. Kvinnorna förklarar att de idag har påbörjat arbetet och att deras intentioner att strukturera och prioritera i vardagen inte alltid uppfylls, men menar att de nu har verktyg och vet hur de skall göra. Utifrån intervjuerna framkommer även att många av de intervjuade kvinnorna talar om att de vill leva *ett normalt svenssonliv*, och använder detta som en ledstjärna att eftersträva i sitt arbete. Exempelvis säger en kvinna: *man har fått insyn i ett annat liv och hur en vanlig fungerande människa är och strävar efter det.* En annan kvinna säger: *nu umgås jag bara med normala svenssonfamiljer, där droger inte är inblandade, och som kan hantera att dricka vin.* Vissa kvinnor har även börjat arbetsträning, börjat söka arbete eller funderar på studier.

Förbättrad psykisk hälsa

Utifrån intervjuerna framkommer, att den främsta förändringen som Leva Livet har inneburit är att kvinnornas psykiska hälsa har förbättrats avsevärt och att en kognitiv ändring har skett på så vis att kvinnorna har ändrat sitt sätt att tänka. Som tidigare nämnt hänger kvinnornas förbättrade psykiska hälsa ihop med deras förbättrade levnadssituation. Gällande den förbättrade psykiska hälsan upplever kvinnorna att de mår mycket bättre sedan de började vid Leva Livet. De intervjuade kvinnorna säger att det är svårt att beskriva i ord på vilket sätt det har skett en förändring, men säger att både de själva och deras anhöriga märker skillnad i deras välmående från när de började vid Leva Livet till idag. Många av kvinnorna refererar till känslodagboken⁹ och säger att de kan se skillnad i sitt välmående i känslodagboken.

när man läser i känslodagboken och går tillbaka och ser hur man mådde tidigare och ser att det man kämpade med då inte alls känns jobbigt idag och bara av att se att det skett en sån förändring stärker ju en

Nedan beskrivs mer ingående kring på vilket sätt kvinnornas psykiska hälsa har förbättrats. Här beskrivs endast kortfattat vilka delar i kvinnornas psykiska hälsa som har förändrats. De intervjuade kvinnorna upplever att de har fått *ett annat sätt att tänka* och att detta tankesätt nästan sitter automatiskt. Kvinnornas psykiska hälsa har förbättrats på så vis att kvinnorna har fått ett nytt sätt att tänka med olika tankeredskap, och en ideal bild att eftersträva. Kvinnorna upplever även att de har

⁹ Leva Livet använder sig av "känslodagbok" som en del av behandlingen.

fått vad de beskriver som *en enorm styrka i mig själv*, lärt sig att prioritera sig själv, sätta gränser, fått bättre självförtroende och självkänsla vilket tidigare var väldigt bristfälligt, lärt känna sig själv, lärt sig att *gå in i djupet på mig själv* och ta tag i sina problemområden. Även dokumentationen visar tydligt att kvinnornas psykiska hälsa har förbättrats genom ökad självkänsla, prioritera självet, lärt sig att inte vara lika sträng mot sig själv och lära sig lyssna till sina egna behov. I dokumentationen har exempelvis en kvinna uppgett att hon inte längre känner sig lika mycket som en *duktig flicka*.

Sammanfattningsvis framkommer att de som har fullföljt Leva Livets behandling har fått en positiv förändrad missbrukssituation och livssituation. Det framkommer även att kvinnornas psykiska hälsa har förbättrats avsevärt, vilket i sig har gett dem styrka, redskap och möjligheten att förändra sin levnads- och missbrukssituation. Utan den psykiska hälsan hade kvinnorna troligtvis inte haft förutsättningarna att långsiktigt förändra sin levnads- och missbrukssituation, även om psykisk hälsa och levnadssituation hänger samman. En förändrad levnadssituation framstår i detta fall och för dessa kvinnor som en nödvändig förutsättning för att kvinnorna skall kunna förändra sin missbrukssituation. Gerdner (SOU 2005:82:94) skriver att *de allra flesta missbrukare har förutom missbruket även omfattande sociala, psykiska och somatisk ohälsa som de behöver hjälp med för att kunna hantera missbruket*, detta citat styrker tanken om att kvinnornas välmående och psykiska hälsa måste fungera för att kunna hantera missbruksproblemet.

Vad har varit betydelsefullt för kvinnornas förändring

I denna del kommer det diskuteras vilka olika delar i Leva Livets behandling som enligt kvinnorna har varit betydelsefullt för att förändra deras missbruks- och levnadssituation. Leva livets behandlingskoncept består som tidigare nämnt av KBT behandling, helhetsperspektiv, kvinnoperspektiv och samverkan. Utifrån intervjuerna framkommer att följande delar har alla varit betydelsefulla för kvinnornas positiva förändring: KBT, helhetsperspektiv, kvinnoperspektiv, gruppen och personalen. Utifrån intervjuerna framkommer att KBT delen har haft störst betydelse för kvinnornas förändrade missbruks- och livssituation eftersom KBT delen har förbättrat kvinnornas psykiska hälsa. Leva Livets helhetsperspektiv, kvinnoperspektiv, fungerande gruppdynamik och personalens kompetens, har alla varit för sig varit väldigt betydelsefulla förutsättningar för att KBT delen skall fungera och för att kvinnorna skall vara mottagliga för Leva Livets behandling. Nedan följer en kort genomgång av de olika betydelsefulla faktorerna, samt en beskrivning av på vilket sätt kvinnorna upplever att respektive del har varit viktig för deras förändrade missbruks- och livssituation.

KBT

I denna del ges ett försök att beskriva och förklara vilken betydelse KBT har haft för kvinnorna, och på vilket sätt KBT har hjälpt kvinnorna att vända sin missbruks- och livssituation. Utifrån intervjuerna har det framkommit att kvinnorna har erhållit både beteendemässiga- och vissa kognitiva förändringar av KBT behandlingen. De kognitiva och beteendemässiga förändringarna som har framkommit är: lära känna sig själv, bryta destruktiva tankar med tankeredskap, prioritera självet samt genomföra konkreta förändringar i vardagen. Nedan följer en närmare beskrivning av de olika kognitiva- och beteendemässiga förändringarna.

Lära känna självet

Genom Leva Livets KBT behandling upplever kvinnorna att de har *lärt känna sig själva och sitt beteende* och lärt sig att gå in på djupet i sig själva. Att lära känna sig själv har även hjälpt kvinnorna att bli medveten om och kunna uttrycka sina känslor, hur de mår och vilka behov de har för andra, någonting de inte kunde innan Leva Livet. Kvinnorna har lärt känna sig själva, genom Leva Livets arbete med att *identifiera problemområden och triggers*. Där kvinnorna genom gruppövningar och individuella samtal har blivit medvetna om hur de själva fungerar och i vilka situationer, vilka känslor eller vilka personer som trigger igång just dem. Många gånger har Leva Livets kontaktperson identifierat ett beteendemönster som de pedagogiskt lägger fram till kvinnan, detta upplever kvinnorna som positivt och som *ögonöppnare*. Genom att identifiera sina problemområden, har kvinnorna fått förståelse för sin situation och lära sig känna igen när de befinner sig i en riskzon. En kvinna beskriver det så här: *nu vet jag varför jag gör som jag gör och vilka känslor som trigger igång mig*. Utifrån intervjuerna framkommer några exempel på kvinnornas problemområden och triggers, där ibland *svek* som handlar både om att svika andra och att svika sig själv och de mål man har uppsatt för sig. En kvinna berättar om svek och säger: *det brister för mig när jag sviker mig själv och inte gör det jag tänkte att jag skulle göra*. Överlag handlar de intervjuade kvinnornas problemområden om perfektionism (Freeman & Dewolf 2007). Där kvinnorna själva beskriver att de lider av duktig-flicka-syndrom på så vis att de: sätter andra människors behov och välmående före sig själv och tänker på alla andra utom sig själva, de har höga krav på sig själv och rädda för att misslyckas samt dåligt självförtroende och självkänsla. Vissa kvinnor uttrycker även ett visst katastroftänkande som är kopplat till svek och misslyckande (Freeman & Dewolf 2007). Många kvinnor beskriver även en "svek föreställning" av vilka krav som förväntas på dem, och upplever ett personligt misslyckande i mindre vardagliga situationer, vilket innebär att de ofta upplever sig misslyckade. Genom Leva Livets KBT behandling har kvinnorna fått hjälp med sina problem, dels hjälp i att identifiera vad som är problematiskt. Dels fått information om vilka känslor som är "normalt" och som alla känner, samt "lärt sig" att saker som de upplever som misslyckanden, inte är ett misslyckande utan någonting som händer "alla" och är en naturlig del av livet. Två kvinnor upplever även att KBT har fungerat för dem eftersom *man inte gräver för djupt in det förflutna för det orkar man inte utan det handlar om att vara här och nu, även om man måste kolla lite på det som varit*. En kvinna saknar dock att Leva Livet inte *gräver djupare i varför det blev som det blev* och eftersökte mer diskussion kring orsaken till hennes missbruk och vad det var som gjorde att hon hamnade i missbruk.

När Leva Livet har identifierat problemområden och diskuterar triggers har de inte använd KBT beteendestörningsbegrepp. Det kan, enligt utvärderarna, finnas en poäng i att Leva Livet använder sig av dessa "beteendestörningsbegrepp", eftersom beteendestörningsbegrepp som exempelvis perfektionsim är begrepp som omsluter och förklarar både problemområden och triggers. Beteendestörningsbegreppet förklarar beteenden på en mer övergripande nivå och kan på så vis ytterligare lyfta kvinnornas förståelse för varför de hamnade i missbruk, och varför deras livssituation inte såg så bra ut innan Leva Livet. Gällande identifiering av kvinnornas beteendeproblematik berättar alla intervjuade kvinnor att deras problem och orsaken till sitt missbruk är att de har en missbrukspersonlighet, samma missbrukspersonlighet som Craig Nakken (1996) använder. Kvinnorna beskriver missbrukspersonligheten som en person som är: egennyttig, har inga riktiga kompisar, allt är nattsvart och negativt, har negativa bilder om sig själv, inga rutiner, ingen koll på känslor för det behöver man ju inte när man drog, manipulativ, ljuger och är oärligt, ingen koll på pengar, kan inte

sköta sin hygien sig själv eller någon annan. Med bakgrund av att kvinnorna talar om missbrukspersonligheten som en orsak till missbruket och orsak till att deras livssituation inte var hållbar, kan det finnas en poäng att uppmärksamma hur begreppet "missbrukspersonlighet" används i behandlingen och inte använda begreppet vid diskussion kring problemområden och vid identifiering av beteendeproblem. Utifrån Nakken (1996) utgör missbrukspersonligheten inte en orsak till missbruket. Vidare beskriver kvinnorna missbrukspersonligheten som någonting "fast" som inte går att arbeta bort, ett antagande som enligt utvärderarna upplevs som att det går "stick i stäv" med KBT:s tankar om att man kan ändra på självet. Utifrån Nakkens beskrivning av missbrukspersonligheten, betraktas missbruket dock som något "beständigt". Även om *Leva Livet* inte har anammat denna del av Nakken, så finns denna uppfattning bland kvinnorna, varpå det kan finnas en poäng i förtydligande av begreppet missbrukspersonlighet och på vilket sätt det hänger samman med KBT, för att kvinnorna skall kunna särskilda dessa två.

Bryta destruktiva tankar och få tankeredskap

Utifrån att kvinnorna har identifierat sina problemområden och triggers, har de tillsammans med gruppen och kontaktpersonen funnit tankeredskap för att hantera sina problemområden. Tankeredskapen har hjälpt kvinnorna att bryta de destruktiva tankarna och den nedåtgående spiralen och istället startat en positivt uppåtgående spiral. Kvinnorna upplever sig ha stor användning och hjälp av tankeredskapen eftersom de dels "sitter kvar i bakhuvudet och är med hela tiden", dels kan hjälpa dem i konkreta situationer. Tankeredskapen handlar både om ett övergripande förändrat tankesätt och om konkreta tankeredskap som hjälper kvinnorna hantera sina problem i vardagen. Gällande de övergripande kognitiva tankeredskapen berättar en kvinna att de har *fått ett annat sätt att tänka som nu sitter i ryggraden och kommer nästan automatiskt* eller *jag har ändrat mina tankebanor*. En kvinna säger: *Leva Livet har gett mig verktyg att förändra saker i mitt liv*. De konkreta och individuella tankeredskapen har gett kvinnorna hjälp i hur de skall hantera sina problem i sin vardag. Exempelvis konkreta verktyg kring hur de ska avleda negativa tankar när de kommer, där en kvinna exempelvis använder sig av att *ta tio minuter och ta det lugnt, lyssnar på musik, promenera eller ringa någon eller något som bryter mitt tankemönster när jag blir så där stressad och panikångesten kommer*.

Samtliga intervjuade kvinnor talar mycket om tankeredskapet "tanke-känsla-handling" och upplever att detta har varit hjälpfullt, även om de alla har olika beskrivningar och varianter på hur de förstår och hur de använder redskapet (Kåver 2006:54). En av kvinnorna berättar att hon använder tanke-känsla-handling så här: *först kommer det en tanke, sen en känsla och sen en handling som man ska avleda och göra något annat redan när man får en tanke*. Kvinnorna upplever även att arbetet med "acceptans" har varit väldigt användbart och uppskattat tankeredskap som övergripande verktyg, för att acceptera det som har varit, acceptera missbruket och därifrån fokusera på hur de skall göra för att komma framåt. En kvinna beskriver det så här: *jag tycker inte att det är kul att det är så här, men det är ok att det är som det är, men man får acceptera hur det ser ut och göra det bästa av saken*. En annan kvinna beskriver det så här: *måste acceptera att jag måste göra de här behandlingsdelarna för att kunna gå vidare*. Kvinnorna har även funnit individuella tankeredskap som de använder. Exempelvis har en kvinna ett visuellt tankeredskap kopplat till sina barn där hon tänker *barnen eller drogen*, varje gång hon ställs inför en situation som brukar trigga igång henne. Acceptansen beskrivs även som en svår tröskel att passera, där en kvinna exempelvis berättar *först förstod jag inte acceptansen och tyckte att vadå ska man acceptera allt då, men sen fattade jag att man måste ju acceptera de saker som inte kan ändras*.

Prioriterar självet

En del av tankeredskapen handlar om att bygga upp ett liv där kvinnorna prioriterar självet. Här upplever kvinnorna att de har fått väldigt bra tankeredskap för att tänka exempelvis: *bara för min skull, våga tro på mig själv, våga ta hjälp av andra och sätta sig själv i första rummet samtidigt som man förstår vikten av andra*. En kvinna säger att: *Leva Livet har lärt mig att börja ta hand om mig själv, ta vara på livet, njuta, äta och träna och göra det som är kul och göra saker för mig själv*. Leva Livets arbete med självkänsla och självförtroende hänger samman med kvinnornas förmåga att prioritera sig själv, eftersom ökat självförtroende och självkänsla hänger samman med att kvinnorna värdesätter sig själva och därmed även kan rättfärdiga att sätta sig själv i centrum. Där kvinnorna har fått lära sig att vara snälla mot sig själva och acceptera att det som de själva tycker är ett misslyckande kanske är sådant som "händer alla". Alla kvinnor säger att Leva Livet har gett dem styrka och bättre självförtroende och självkänsla, någonting som tidigare var i botten, vilket överensstämmer med forskning (Trulsson 2003:216). Kvinnorna beskriver att Leva Livet har lyft dem och plockat fram deras styrkor. En kvinna säger att: *det viktigaste var att Leva Livet har trott på mig innan jag själv ens trodde på mig och trott att jag kommer att fixa detta och komma ur missbruket*. Leva Livet har lyft kvinnorna och fått dem att börja se och tro på sin egen kapacitet, vilket i sig har gett kvinnorna en enorm styrka samt bättre självförtroende och självkänsla.

Konkreta ändringar i vardagen

Som nämnt ovan har Leva Livet tillsammans med kvinnorna tagit fram konkreta tankeredskap som de kan använda för att jobba med sina problemområden i sin vardag. Leva Livets arbete med att hjälpa kvinnorna att sortera saker i sina liv och strukturera upp sin vardag, har bland annat handlat om att prioritera sig själv i vardagen för att orka mer och kunna må bra. Vidare har de konkreta ändringarna i vardagen, handlat om hur ska man gå till väga för att exempelvis bryta relationer med vänner från missbrukskretsen och bygga sunda relationer med sin familj och närstående, samt börja fokusera på framtida sysselsättning.

Helhetsperspektiv

Leva Livets helhetsperspektiv handlar om att se hela kvinnan med alla hennes problem, och inte bara ge insatser för kvinnans missbruk. Leva Livet har antagit ett helhetsperspektiv eftersom de utgår från att kvinnorna ofta har multiproblem där missbruk är ett av flera problem, denna utgångspunkt delas även av forskning (SOU 2005:82:94). Utifrån de intervjuade kvinnorna framkommer att Leva Livets helhetsperspektiv har varit väldigt betydelsefullt. En kvinna säger: *missbruket är en bisak kanske en tiondel av behandlingen, Leva Livet handlar inte om missbruket utan om helheten och om att jag levde ett destruktivt liv*. De intervjuade kvinnorna känner stor uppskattning i Leva Livets helhetsperspektiv och säger att detta är enda verksamheten som har sett hela dem och hjälpt dem med alla deras problem. En kvinna berättar att:

här kände jag att de verkligen ser hela mig och att jag blir sedd för alla mina problem, jag har ju haft problem med många bitar som man tidigare inte fått jobba med under samma tak, men här har jag fått jobba och prata om alla bitar

Även om Leva Livet är en öppenvårdsbehandling för missbruk, så har de på olika sätt "tagit tag" i kvinnornas övriga problem. Exempelvis vid ätstörningar har Leva Livet tagit kontakt med aktuell läkare och haft nätverksträffar. Kvinnorna beskriver Leva Livet som en spindel i nätet som följer med dem hela vägen oavsett om det är till läkaren, Arbetsförmedlingen, boendesekreterare eller om de fått återfall. En kvinna berättar:

även om man fått återfall eller har såna problem som inte handlar om missbruket och sånt som Leva Livet kanske inte kan så kan de hjälpa och förmedla vidare till någon annan behandling, de släpper inte taget om en

Leva Livets helhetsperspektiv har troligtvis utgjort en viktig förutsättning för att de intervjuade kvinnorna har fått en positiv förändring av Leva Livet. Eftersom kvinnornas olika problem hänger samman och i många fall även har liknande orsak och bakgrund, bör det finnas många fördelar med parallell behandling av kvinnor med missbruks- och multiproblem. Vikten av ett helhetsperspektiv framhålls även av Gerdners (SOU 2005:82:94) litteratursammanställning där flera forskningsundersökningar har visat att behandlingar som både fokuserar på missbruket och de andra problemen samtidigt, ger bättre resultat än behandlingar som väntar med att behandla de andra problemen till senare.

Kvinnoperspektiv

Leva Livets kvinnoperspektiv har delvis inneburit att behandlingen endast har riktat sig till kvinnor, dels att jämställdhetsfrågor har vävts in i blocken och de enskilda samtalen. I likhet med Trulssons forskning, har det i intervjuerna framkommit att Leva Livets kvinnoperspektiv har varit en nödvändig förutsättning för att kvinnorna skall kunna arbeta och ta emot behandlingen (2003:35, 211). Exempelvis framhåller alla utom en av de intervjuade kvinnor, vikten av att det bara är kvinnor vid behandlingen, eftersom "kvinnor ofta har tyngre ryggsäck än män", på så vis att de har blivit sexuellt utsatta och misshandlade av män. Där de menar att kvinnor som har blivit utsatta av män, har särskilt svårt att öppna sig och tala om sådant, inför andra män eftersom de inte litar på män till fullo. En kvinna säger: *det är bra att få kunna tala ut om våldtäkter och utsatthet och kunna våga ta upp sånt istället för att bara hålla inne det som man gjort tidigare.* Om kvinnorna inte kan tala om alla sina problem i behandling där män deltar, innebär det att behandling med både män och kvinnor inte kan ha ett fullständigt helhetsperspektiv, eftersom kvinnorna då inte kan tala om sexualitetsfrågor och övergrepp på dessa behandlingar. Trulsson (2003:37) skriver att kvinnliga missbrukare ofta har blivit utsatta för sexuella övergrepp, vilket styrker vikten av att ha behandlingar enbart för kvinnor. Vidare upplever de att kvinnor har samma tänkt oavsett ålder och att kvinnor och män uppfattar saker på olika sätt, och menar att det därför inte hade fungerat om män hade deltagit i Leva Livet. Kvinnorna upplever även stor betydelse i att dela med sig och tala ut med andra kvinnor som har liknande problem, beteende och råkat ut för liknande saker, där gemenskapen i att ha liknande upplevelser och erfarenheter har varit betydelsefull för kvinnorna. Resultatet överensstämmer med forskning som visar på vikten av att endast ha behandling med kvinnor eftersom kvinnor inte vill "lämna ut sig" i en grupp med män och för att kvinnor får en betydelsefull gemenskap i att dela erfarenheter med andra kvinnor (Grufman Kalén 2002; Trulsson 2003:194, 215).

Utifrån de intervjuade kvinnornas berättelser framkommer att kvinnorna egentligen inte är särskilt insatta i vad Leva Livets "kvinnoperspektiv" innebär. Under intervjun ställdes frågan vad Leva Livets kvinnoperspektiv innebär och ingen av kvinnorna kunde förklara eller beskriva vad kvinnoperspektivet innebar, alla upplevde att detta var lite luddigt. Alla intervjuade hade uppfattat att kvinnoperspektivet handlade om att det var en behandling som endast riktade sig till kvinnor. Fyra av de intervjuade upplevde att de vid Leva Livet har diskuterat kvinnans samhälliga position och mindre förutsättningar i förhållande till män. Det anmärkningsvärda är dock att de alla upplever att detta är sådant som de redan kunde och som en kvinna beskriver det:

sånt där skit med lägre lön än män och såna orättvisor skulle jag aldrig tolerera, även om ...ja ja visst har jag väl blivit kuvad någon gång men det handlar mer om att hålla käft för annars får vet man att man åker på stryk

Utifrån kvinnornas beskrivning av Leva Livets kvinnoperspektiv och uppfattning om kvinnans sociala förutsättningar, är det viktigt att diskutera om Leva Livets kvinnoperspektiv ska innebära att de endast tar emot kvinnor eller om det finns ett behov av att utveckla kvinnoperspektivet. Där en utveckling av kvinnoperspektivet, kan handla om att utvidga genus- och jämställdhetsdiskussionerna kring synen på mäns- och kvinnors traditionella områden och uppgifter. Både i forskning och utifrån utvärderingens material har det framkommit att många av kvinnorna som har barn, har fått kämpa med sina skam- och skuld känslor gentemot barnen. Utifrån KBT:n har kvinnorna fått acceptans för att hantera sina känslor kring skuld och skam. I detta fall skulle Leva Livet exempelvis även kunna använda sig av ett genusperspektiv som hjälp i att hantera skulden och skammen. Genusperspektivet kan ge kvinnorna en förståelse och tankeredskap, för att en viss del av hennes skuld- och skamkänslor handlar om att samhället lägger vissa krav på kvinnor om att vara en "god moder" (Trulsson 2003). Utifrån genusperspektivet kan kvinnorna nå en förståelse för att mycket av samhällets krav på missbrukande kvinnor är oresonliga. Där all skuld läggs på kvinnan, medan samhället accepterar att barnens pappa exempelvis har varit frånvarande, och i vissa fall till och med har utsatt modern och barnen för misshandel och trakasserier (Trulsson 2003:128, 194; Skårner 2001:171).

Personalens kompetens och gruppinteraktionen

Förutom Leva Livets fokus på KBT, helhetsperspektiv och kvinnoperspektiv framkommer att både personalens kompetens och interaktionen med andra kvinnor i grupp, har haft betydelse för kvinnornas positiva respons på Leva Livets behandling. Gällande personalen framhåller alla intervjuade att kontakten med personalen har varit viktig, där de uppskattar personalens kunskap, kompetens och bemötande. Personalens "personkemi" och förmåga att bemöta kvinnorna, framstår utifrån intervjuerna, som viktiga förutsättningar för att kvinnorna ska vara mottagliga för att KBT skall fungera. Kvinnorna måste kunna lita på personalen för att dels lyssna och "ta in" KBT, dels för att kunna arbeta med sig själv på det sättet som KBT kräver. Personalen har även lyckats skapa en miljö som kvinnorna beskriver som *lugn, trygg och avslappnad stämning där man kan komma som man är*.

Eftersom Leva Livet tar "tag i" alla kvinnornas problem, upplever kvinnorna att Leva Livet verkligen bryr sig om dem och att de verkligen blir sedda av Leva Livets personal. Personalens kompetens har troligtvis utgjort en nödvändig förutsättning, eftersom det får kvinnorna att känna att Leva Livet verkligen bryr sig om dem, vilket i sin tur gör att kvinnorna känner tillit och trygghet till Leva Livets personal och Leva Livets behandling. Att känna sig trygg i miljön och tillit är troligtvis en nödvändig förutsättning för att kvinnorna skall våga och vilja gå in helhjärtat i Leva Livets KBT behandling, och därmed också en förutsättning för att KBT behandlingen skall fungera eftersom kvinnorna måste arbeta helhjärtat för att det ska fungera.

Kvinnorna nämner även Leva Livets grupparbete som en betydelsefull del i behandlingen. Där kvinnorna uppskattar att *man sitter i grupp samtidigt som man bara jobbar med sig själv*. Gruppdynamiken med interaktionen mellan kvinnorna har många fördelar. I likhet med forskning känner kvinnorna en tillhörighet och gemenskap i att de känner igen sina egna problem i andra (Trulsson 2003:35, 211). Även själva interaktionen mellan kvinnorna verkar i sig haft betydelse, eftersom kvinnorna som tidigare varit väldigt ensamma och utan kvinnliga vänner, nu fått känna

samhörighet och delaktigheten med andra kvinnor. Kvinnorna framhåller även vikten i att de alla utkämpar samma kamp, vilket både kan vara fördel och nackdel. Fördel eftersom de kan stärka varandra och nackdel eftersom om en kvinna är negativ kan detta "smitta av sig" till de andra kvinnorna. Kvinnorna kan även hjälpa varandra att förstå olika delar i gruppöreläsningarna, där en kvinna berättar: *man kan ju dela med sig och tillföra mycket till andra som kanske inte förstå eller som kanske inte vågar säga högt vad de tänker*. Gruppbehandlingen innebär även att kvinnorna får se och följa varandras olika framsteg, och på så vis se att förbättring är möjligt.

Det framkommer även att gruppen kan ha negativ betydelse, exempelvis berättar kvinnorna att de håller tillbaka på gruppövningarna när det kommer in nya deltagare. De berättar även att gruppkonceptet inte fungerar, när det kommer in en person som en av kvinnorna känner sedan tidigare från missbrukskretsarna, eftersom de då inte har någon tillit till varandra och därmed inte vågar tala öppet inför varandra. Gruppdynamiken försämras även när det kommer in deltagare som inte frivilligt deltar i Leva Livet. En kvinna förklarar att *de som inte är här på fri basis sitter ju bara och gör narr av allt medan en annan ger järnet, det sprider ju negativism och blir bara dåligt*, detta visar på vikten av att kvinnorna matchas till lämplig behandling. Leva Livet kan i framtiden beakta dessa aspekter när de tar emot nya deltagare, eftersom gruppdynamiken är en betydelsefull del i behandlingen, där kvinnor som känner varandra från missbrukskretsen kanske inte skall skrivas in under samma tidsperioder.

Eftervården

Vid eftervården fortsätter kvinnorna lämna urinprov, delta vid Leva Livets kvällsaktiviteter och fredagens sopplunch. Däremot deltar kvinnorna inte vid gruppbehandlingen. Ett fåtal kvinnor har även nätverksträffar med anhöriga under eftervården, denna del kommer troligtvis utvidgas och gälla även för alla kvinnor men har, som tidigare nämnt, inte kommit igång till fullo. Behovet av eftervård har varierat, även om alla som har gått eftervården uppskattar den och menar att de måste få sina "små doser" och behålla kvar en fot Leva Livet, för att sakta slussas ut. De yngre kvinnorna upplever att eftervårdens insatser är tillräckliga och säger *nu efter snart tre månaders eftervård börjar jag bli mätt och less och vill gå vidare*. De äldre kvinnorna som har varit i missbruket längre tid än de yngre upplever att eftervården har varit väldigt viktig för dem, en kvinna uttrycker det så här: *utan eftervården vete fasen vad jag skulle ta mig till, skulle nog inte börja droga men jag behöver verkligen eftervården*. Vissa av de äldre kvinnorna har även upplevt att eftervårdens insatser var för lite och har antingen fått återfall när primärbehandlingen avslutades, eller har tillsammans med Leva Livet lagt in mer tid i eftervården.

Vidare framkommer det att kvinnornas sociala nätverk och sysselsättningsmöjligheter utgör betydelsefulla faktorer för kvinnornas möjligheter att klara eftervården och livet efter Leva Livet. En av de intervjuade kvinnorna berättade:

jag fick återfall när jag slutade primären på grund av att jag hade inget att hänga upp mitt liv på, inga rutiner att falla tillbaka på, men tack vare Leva Livet kunde jag se att nu har det gått åt skogen och klarade av att söka hjälp själv, det kunde jag inte se innan Leva Livet

Även kvinnor med socialt nätverk framhåller att problemet under eftervården handlar om att "hålla rutinerna", och berättar att det uppstår en "dipp" direkt vid eftervårdens start eftersom de då skall hänga upp sitt liv på någonting och bygga upp en vardag med rutiner. Kvinnor med socialt nätverk, nära anhöriga och möjlighet till sysselsättning, framstår här som fördelaktiga eftersom de kan bygga upp sitt liv med rutiner kring sitt sociala nätverk och sysselsättning. Att kvinnorna integreras i samhället och känner att deras liv är meningsfullt, känner sig delaktiga i sin omgivning är troligtvis väldigt viktigt för att kvinnorna skall kunna bibehålla sin "nya livssituation" och därmed även kunna hantera sitt missbruk. Det är därför viktigt att Leva Livets eftervårdsarbete fokuserar på att kvinnorna skall integreras i samhället, genom att forma en väg mot sysselsättning och börjar bygga upp ett socialt nätverk kring kvinnan. I många avseendet verkar det, utifrån intervjuerna som att Leva Livet redan arbetar med dessa faktorer, exempelvis följer de kvinnorna till Arbetsförmedlingen eller för dem vidare till andra insatser med fokus på sysselsättning. För kvinnor som är sjukskrivna och/eller som saknar socialt nätverk är det extra viktigt att Leva Livet arbetar med social integration, och i dessa fall bör möjligtvis kvinnan fortsätta eftervården och kontakten med Leva Livet tills hon har lyckats bygga upp en grund i sitt liv. Finns möjligtvis en risk för att kvinnorna som deltagit vid Leva Livet "rasar tillbaka" i återfall om de inte har någonting meningsfullt att hänga upp sin vardag på, och inte kan känna sig delaktig i ett sammanhang. Även forskning visar att missbrukande kvinnor ofta lever väldigt ensamma liv och saknar fungerande sociala nätverk (Trulsson 2003), vilket ytterligare visar på vikten av att eftervården har fokus på socialt nätverk och sysselsättning för att stödja kvinnornas arbete med att bygga upp en meningsfull vardag.

Arbete fortsätter livet ut

De intervjuade kvinnorna poängterar alla att de har påbörjat en process och ett arbete som kommer att fortsätta livet ut. Där de säger att *varje dag är nya utmaningar... man får aldrig andas ut och tro att man inte kan falla in i missbruket igen*. Även om kvinnorna idag upplever att de har verktyg och vet hur de skall hantera sina triggers, beteendeproblem och så vidare så kämpar de fortfarande med att genomföra och använda sina verktyg i den praktiska vardagen. En kvinna säger:

man lyckas ju inte alltid i praktiken med det man tänker att man ska göra, kan känna på kvällen att fasen varför la jag ner så mycket tid på den där personen, jag skulle inte ha svarat i telefonen och pratat med den personen

Men kvinnorna har kommit en lång bit eftersom de säger att *idag hinner jag stoppa det mesta tankarna genom att använda tanke-känsla-handling*. Bara det faktum att kvinnorna reflekterar över vad de inte borde ha gjort, och hur de borde ha gjort istället är i sig ett viktigt framsteg. Hur långt kvinnorna har kommit varierar, finns en viss antydning till att det är äldre kvinnor som har levt länge i missbruk och med sina beteendeproblem, också har längre väg att gå än de yngre kvinnorna.

Samverkan – studentuppsats

Samverkan mellan Leva Livet och kvinnornas professionella nätverk har undersökts via en magisteruppsats vid sociologiska institutionen, Umeå Universitet. Uppsatsen genomfördes under vårterminen 2009 av Linda Pettersson. Syftet med uppsatsen var att klarlägga hur samverkan mellan myndighetspersoner och Leva Livet har fungerat, utifrån projektledarens, vuxenhandläggares och klienters perspektiv. Uppsatsen var kvalitativ och intervjuer har skett med projektledaren för Leva Livet, två vuxenhandläggare samt tre klienter. Leva Livet samverkar framförallt med: narkotikaenheten, vuxenhandläggare, ekonomisekreterare samt barn- och ungdomshandläggare.

Uppsatsens resultat har visat att samverkan med klienternas professionella nätverk överlag fungerar bra. Samtidigt som det inte finns någon uttalad planering kring samverkan, fungerar Leva Livet som en spindel i nätet och samverkan genomsyrar hela deras arbete. Faktorer som lyfts fram som viktiga för en lyckad samverkan, har bland annat varit att aktörerna delar samma perspektiv, kommunikation samt att klienten sätts i centrum. Exempelvis har uppsatsen visat att samverkan mellan Leva Livet och vuxenhandläggarna har fungerat bra. I denna samverkan har alla dessa tre faktorer uppfyllts, då det är tydligt att klienten sätts i centrum, aktörerna delar samma perspektiv och kan utbyta värdefull kunskap och synvinklar på hur problem kring klienten kan hanteras samt att kommunikationen mellan aktörerna är god och regelbunden.

I de fall i uppsatsens undersökning där samverkan har fungerat mindre bra har det funnits vissa brister som bidragit till att samverkan inte fungerat. Exempelvis har det visats sig att i de fall där Leva Livet och aktörerna har haft olika perspektiv har samverkan inte fungerat. Exempelvis har samverkan med läkare och psykiatrin fungerat mindre bra, då det medicinska och psykiatriska perspektiven krockat med Leva Livets behandlingsperspektiv och krav på inskrivning. Detta har lett till att klienterna ätit mediciner som gett positiva utslag på urinprov. Även samverkan med barn- och ungdomshandläggarna har fungerat mindre bra. Denna samverkan kan även härledas till skilda perspektiv, då barn- och ungdomshandläggarna utgår från barnen och på grund av sekretesslagen hindras från att dela information med Leva Livet. Medan både Leva Livet och vuxenhandläggarna menar att viss information från barn- och ungdomshandläggarna är nödvändig för klientens tillfrisknande.

Uppsatsen har funnit att möjliga medel för att överbygga samverkansproblemen, kan vara bättre kommunikation mellan berörda aktörer. I de fall där aktörerna känner varandra, har samverkan fungerat bättre. I uppsatsen framkommer det att sjukskrivningar och ständigt ny personal inom olika avdelningar på Socialtjänsten är ett problem för samverkan. Även i utvärderingens intervjuer har det framkommit att kvinnorna har upplevt vissa problem med socialsekreterare som har försvårat deras missbrukssituation. Exempelvis har en klient fått vänta ett år från att hon sökt hjälp tills hon fick börja på Leva Livet, på grund av att hennes handläggare på Socialtjänsten inte arbetade under ett år. En annan kvinna berättar att en socialsekreterare nekade henne hjälp när hennes före detta man utsatt henne och hennes barn för mordhot, kidnappning och trakasserier. I intervjun berättar kvinnan:

jag bad sociala om hjälp och de tyckte att jag hade ansvaret eftersom jag hade vårdnaden om barnen och ställde krav på mig att ordna upp situationen. Tillslut orkade jag inte med alla deras krav och började droga igen

Motivationen till att delta i behandling är inte statiskt och kan lätt försvinna om inte motivationen bemöts och fångas upp av Samhällets insatser. Långa väntetider kan utgöra ett hinder, som gör att den enskildes motivation att söka hjälp försvinner (SOU 2005:42:92). Avslutningsvis har uppsatsen har även funnit att en tydligare ledning från högre nivåer kan underlätta samverkan, då formella överenskommelser, dokument och direktiv uppifrån kan bygga broar mellan de olika aktörerna.

SLUTSATSER OCH UTVECKLINGSMÖJLIGHETER

I denna avslutande del presenteras de centrala erfarenheter som kan dras av utvärderingen och förslag på utvecklingsmöjligheter som Leva Livet kan diskutera vid framtida arbete.

- KBT har varit väldigt framgångsrikt där kvinnorna har identifierat sina problemområden och funnit kognitiva verktyg att hantera sina problemområden. Leva Livet kan här möjligtvis utveckla sina beteendeanalyser och situationsanalyser till att använda mer övergripande begrepp som exempelvis perfektionism eller katastroftänkande. Leva Livet kan även se över hur begreppet "missbrukspersonlighet" används, för att undvika att kvinnorna uppfattar missbrukspersonligheten som en orsak till missbruket.
- Helhetsperspektivet har varit betydelsefullt och viktig eftersom behandlingen inte uteslutande fokuserar på missbruk, utan fokuserar på hela kvinnan med alla hennes problem. Utvärderingen visar på vikten av helhetsperspektiv och parallella behandlingar, eftersom alla kvinnans problem oftast hänger samman.
- Utvärderingen visar att Leva Livets kvinnoperspektiv till stor del handlar om att endast behandla kvinnor. Kvinnorna har inte haft så stor användning av Leva Livets arbete kring jämställdhet, även om det underförstått framkommer att kvinnorna är i behov av ett "genustänk". Utifrån detta kan det finnas en poäng i att Leva Livet diskuterar hur de i större utsträckning kan nå kvinnorna med genuskunskap.
- Kvinnorna upplever att de har haft problem med socialsekreterare, där kvinnorna bland annat inte har fått hjälp med sitt missbruk, trots att de aktivt har sökt hjälp. Detta är ett problem eftersom kvinnornas motivation till att delta i behandling minskar eller helt försvinner.
- Det kan även finnas behov av mer diskussion mellan Leva Livet och socialsekreterare gällande matchning av behandling, då utvärderingen visar att sju kvinnor har avbrutit Leva Livets behandling eftersom de upplevde att Leva Livet inte var rätt behandling för deras missbrukssituation.

LITTERATURFÖRTECKNING

- Armelius, Bengt-Åke, Nyström, Siv, Engström, Christer & Brännström, Jan (2009). *Referensmaterial för bättre användning av ASI-intervjun: slutrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Brännström, Jan (2008). *Översyn av Umeå Socialtjänsts arbete med vuxna personer med missbruksproblematik*. UFFE-rapport. Tillgänglig: <http://www.umea.se/download/18.4f3da07a11a52dd8434800029062/Översynsrapport.pdf>
- Dahlgren, Lars, Emmelin, Maria, Winkvist, Anna & Lindhgren, Maria (2004). *Qualitative methodology for international public health*. Umeå: Epidemiology and Public Health Sciences, Department of Public Health and Clinical Medicine, Umeå University
- Freeman, Arthur & Dewolf, Rose (2007). *De tio dumaste misstagen klyftiga personer gör och hur man undviker dem*. Stockholm: Natur och kultur
- Giddens, Anthony (1997). *Modernitet och självidentitet: självet och samhället i den senmoderna epoken*. Göteborg: Daidalos
- Grufman Kalén, Annika (2002). Att sitta i samma båt. I Leissner, Tom & Hedin, Ulla-Carin (red.). *Könsperspektiv på missbruk*. Bettna: Bjurner och Bruno
- Hartman, Jan (2001). *Grundad teori: en teorigenerering på empirisk grund*. Lund: Studentlitteratur
- Hirdman, Yvonne (1990). Genussystemet. I *Demokrati och makt i Sverige: Maktutredningens huvudrapport*. Stockholm: Allmänna förlaget (Statens offentliga utredningar 1990:44)
- Johansson, Katarina & Wirbing, Peter (1999). *Riskbruk och missbruk: alkohol – läkemedel – narkotika: uppmärksamma, motivera och behandla inom primärvård, socialtjänst och psykiatri*. Stockholm: Natur och kultur
- Kvale, Steinar (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Kåver, Anna (2006). *KBT i utveckling: en introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och kultur
- Leissner, Tom (red.) (1997). *Alkohol: ett psykosocialt, beteende- och samhällsvetenskapligt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur
- Medin, Jennie & Alexandersson, Kristina (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande: en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur
- Melin, Ann-Gerd & Näsholm, Christina (1998). *Behandlingsplanering vid missbruk*. Lund: Studentlitteratur

- Nakken, Craig (1996). *Jaget och missbrukaren: hur en missbrukspersonlighet uppstår: hur ett tillfrisknande kan äga rum*. Stockholm: Proprius i samarbete med Svenska rådet för alkohol- och beroendefrågor
- Ritchie, Jane & Lewis Jane (2003). *Qualitative research practice: a guide for social science students and researchers*. London: Sage
- Skårner, Anette (2001). *Skilda världar? En studie av narkotikamissbrukares sociala relationer och sociala nätverk*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet. Ak. avhandling
- Socialstyrelsen (2004). *Jämställd socialtjänst? Könsperspektiv på socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen
- SOU 2005:82. *Personer med tungt missbruk – stimulans till bättre vård och behandling. Betänkande av utredningen om en vårdöverenskommelse om missbruksvården*. Stockholm: Fritze
- Svenning, Conny (2003). *Metodboken: samhällsvetenskaplig metod och metodutveckling: klassiska och nya metoder i informationssamhället: källkritik på Internet*. Eslöv: Lorentz
- Trulsson, Karin (2002). *Manligt och kvinnligt missbruk*. I Leissner, T & Hedin, Ulla-Carin (red.). *Könsperspektiv på missbruk*. Bettna: Bjurner och Bruno
- Trulsson, Karin (2003). *Konturer av ett kvinnligt fält: om missbrukande kvinnors möten i familjeliv och behandling*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet. Ak. Avhandling

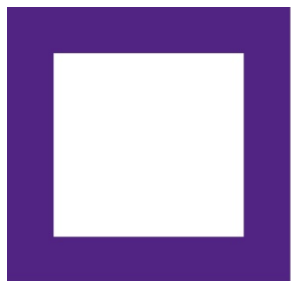
**Prema är utvärderingsföretaget som utvecklar och kvalitetssäkrar
Din verksamhet.**

Vi erbjuder följande tjänster:

- **Summativ och formativ utvärdering**
- **Extern utvärdering**
- **Redskap för intern utvärdering**
- **Kartläggning och analyser**
- **Forskningsnära kvalitativ och kvantitativ metod**
- **Kvalitetsdeklaration**
- **Expertis inom jämställdhet, mångfald och organisation**

För mer information om Prema kontakta oss på telefonnummer

076-223 96 70 eller besök vår hemsida: www.premauf.se



Prema Utvärdering & Företagsutveckling

907 19 Umeå

Tel. 076-2239670

magdalena.sjoberg@premauf.se

www.premauf.se