



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
Institutionen för socialt arbete

# ”Biskopsgårdsmodellen”

– En kvalitativ studie av en motivationsgrupp inom missbruksvården

Socionomprogrammet

C-uppsats

Författare: Christine Bergström & Pia Jakobsson

Handledare: Leila Billquist

## Abstract

**Titel:** ”Biskopsgårdsmodellen – en kvalitativ studie av en motivationsgrupp inom missbruksvården”

**Nyckelord:** empowerment, KASAM, motivation, missbruk

**Författare:** Christine Bergström & Pia Jakobsson

Detta är en kvalitativ studie som vill undersöka vilka hinder och framgångsfaktorer som finns inom Motivationsgruppen som är en lokal verksamhet inom Socialtjänsten för människor med missbruksproblematik i Biskopsgården. Uppsatsen tar även upp vilka mål deltagarna och drogterapeuterna har med deltagandet i verksamheten. Frågeställningarna besvaras med hjälp av intervjuer och deltagande observationer. I studien medverkar fyra deltagare ur Motivationsgruppen och de två drogterapeuterna som håller i verksamheten. Informanternas svar analyseras med hjälp av tidigare forskning, empowerment, KASAM samt ett relationellt maktperspektiv. En viktig komponent i Motivationsgruppens verksamhet är att det inte ställs något krav på drogfrihet under gruppmötena vilket är ovanligt inom missbruksbehandling. Deltagarna och terapeuterna i Motivationsgruppen är positiva till att det inte ställs något krav på drogfrihet och menar att deltagarna blir mötta där de befinner sig och får hjälp utifrån sina egna förutsättningar. Deltagarnas mål med deras medverkan i gruppen är ett drogfritt och fungerande liv. Droгterapeuterna tycker att det är viktigt att deltagarna själva sätter upp egna individuella mål och menar att det är en lång process att bli av med sitt missbruk. De anser att varje drogfri dag är en framgång. Verksamhetens största hinder är tid och pengar då det idag saknas resurser att möta stadsdelens behov. Bidragande framgångsfaktorer i gruppen är den gynnsamma behandlingsrelationen mellan droгterapeuterna och deltagarna samt den avslappnade stämningen i gruppen.

## Tack

Till deltagare och terapeuterna i Motivationsgruppen för att vi fått ta del av er verksamhet, att ni har tagit emot oss med värme och entusiasm och låtit oss inspireras av er. Ett extra stort tack vill vi rikta till de deltagare som ställde upp och blev intervjuade och delade med sig av sina upplevelser.

Vi vill även tacka vår handledare Lelia Billquist för den konstruktiva kritik och motivation vi fått.

Tack!

## Innehållsförteckning

Prolog.....	1
1. Bakgrund och syfte.....	2
1.1 Missbruk och missbrukbehandling.....	2
1.2 Motivationsgruppen.....	3
1.3 Syfte och frågeställningar.....	4
2. Definitioner av begrepp.....	5
3. Tidigare forskning.....	6
3.1 Internationell forskning.....	6
3.2 Svensk forskning.....	8
4. Teoretiska perspektiv.....	11
4.1 Empowerment.....	11
4.2 KASAM.....	12
4.3 Makt och kontakt.....	13
5. Metod.....	15
5.1 Ämnesval och förförståelse.....	15
5.2 Tillvägagångssätt.....	15
5.2.1 Avgränsningar och informationsinsamling.....	15
5.2.2 Urval och genomförande av observationer och intervjuer.....	16
5.2.3 Hantering av material.....	18
5.2.4 Bearbetning och analysmetod.....	18
5.3 Etiska överväganden.....	18
5.4 Tillförlitlig.....	19
6. Resultatredovisning.....	20
6.1 Presentation av informanterna.....	20
6.2 Varför deltar man i gruppen och vad tycker man om verksamheten.....	20
6.2.1 Sammanfattande analys.....	23
6.3 Terapeuternas och gruppdeltagarnas betydelse.....	25
6.3.1 Sammanfattande analys.....	28
6.4 Mötena och dess form.....	30
6.4.1 Sammanfattande analys.....	31
6.5 Hinder och framgångsfaktorer i Motivationsgruppen.....	33
6.6 Deltagarna och terapeuternas mål med deltagandet i Motivationsgruppen.....	34
7. Diskussion.....	35
Referenslista.....	36
Bilagor.....	39
Bilaga 1 Intervjuguider.....	39
Bilaga 2 Samtyckesblankett.....	41

## Prolog

Den här uppsatsen handlar om drogterapeuternas och deltagarnas upplevelse av Motivationsgruppen inom Biskopsgårdens socialtjänst. Vi inleder med att beskriva ett av de Motivationsgruppsmöten som vi deltog i en morgon i mars. Detta gör vi för att måla upp en bild av verksamheten.

För drogterapeuterna i Motivationsgruppen börjar mötesdagarna med att göra ordning och ställa fram frukost vid halv nio på morgonen. Därefter börjar gruppens deltagare att en efter en droppa in och slå sig ner i soffgruppen och småprata över frukost. Frukosten fyller en miljöterapeutisk funktion menar terapeuterna. Det är en form av social träning berättar en av deltagarna. När klockan är tio sätter man sig i ringen som består av stolar kring ett litet bord med ett ljus och några böcker. På bordet ligger även ett papper i en plastficka, det är gruppens regler. Mötet inleds med att alla hälsas välkomna och att någon läser gruppreglerna.

”Motivationsgruppens regler är:

Anonymiteten: vilka som går här och som säger vad stannar i detta rum

Att hålla tiden

Att lyssna och ta emot

Att vara respektfull mot varandra

Att vara ödmjuk

Att vara ärlig

Att tala i jagform

Att stänga av mobiltelefonen och inte sms:a under tiden”

Efter att gruppreglerna lästs upp går man en så kallad runda där deltagarna får berätta hur de mår, vad som hänt dem sedan sist och om det är något de vill lyfta till gruppen. Terapeuten och de andra deltagarna ställer frågor och kommer med reflektioner kring det som sägs. När ungefär halva tiden har gått blir det en paus i mötet då tar man mer kaffe och äter lite mer frukost som fortfarande är framdukad. De flesta deltagare och terapeuten går ut och tar en cigarett och det småpratas under pausen. Ibland händer det att Motivationsgruppens möten består av att terapeuterna har föreläsningar kring olika teman men idag består mötet av rundan. Efter pausen fortsätter rundan och denna gång får vi känna på hur det kan vara att få frågor av terapeuten kring vår relation till droger och alkohol och vi får även kommentarer av gruppen. Mötet avslutas med att vi håller varandra i handen och gemensamt ber sinnesrobönen:

*Gud,*

*ge mig sinnesro att acceptera*

*det jag inte kan förändra*

*Mod att förändra det jag kan*

*Och förstånd att inse skillnaden*

## 1. Bakgrund och syfte

Motivet till vårt ämnesval är att vi båda två gjorde vår socionompraktik inom Biskopsgårdens socialtjänst och då fick kontakt med enheten för vuxna utförare som erbjuder verksamheten Motivationsgruppen. Under vår praktiktid blev vi uppmuntrade av deras samordnare, Håkan Johansson, att välja Motivationsgruppen som uppsatsämne. Vi fick flertalet gånger under vår praktik höra människor berömma Motivationsgruppen i olika sammanhang och blev därför nyfikna på vad det var som fungerade så bra med denna grupp. Då missbruksproblematik är närvarande i många områden inom socialt arbete ser vi det som viktigt att försöka ta reda på vad det finns för hinder och vad som bidrar till framgång i en verksamhet som arbetar med denna problematik. Som bakgrund har vi valt att först redogöra för socialstyrelsens tankar om missbruk och missbruksbehandling för att göra en allmän introduktion till ämnet för att sedan mer specifikt berätta om Motivationsgruppen som verksamhet.

### 1.1 Missbruk och missbruksbehandling

Socialstyrelsen menar, i *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård* från 2007, att behandling av missbruksproblematik är en kontroversiell fråga då det finns skilda uppfattningar och forskningen delvis är vag. Åsikterna går isär kring om behandlingen anses ha någon inverkan, om det går att säga vilka tekniker eller metoder som fungerar och under vilka förhållanden i så fall. En faktor som försvårar behandlingen och möjligheten till kunskapsutveckling är det faktum att narkotikainnehav och då även narkotikabruk är olagligt. En tvistefråga är synen på så kallad skadelindring ("harm-reduction"), vilket innebär insatser som exempelvis sprututbytesverksamhet. Ytterligare ett ämne där det finns skilda åsikter är huruvida läkemedelsassisterad behandling, även kallad substitutbehandling, bör användas för att behandla opiatmissbrukare. Det finns de som anser att denna typ av behandling är kontraproduktiv och oförenlig med drogfrihet. Att heroin ersätts av ett annat narkotikaklassat medel endast konserverar missbruket menar de. Av alla de faktorer som påverkar den enskildes verklighet är den specifika behandlingen endast en mindre del. Vid granskning av större förändringar i någons liv verkar medvetna interventioner mot missbruksproblematiken vara av mindre betydelse, bedömt mellan 15 till 20 procent av resultatet beror på behandlingen. En annan faktor som försvårar i sammanhanget är att begreppet behandling definieras på olika sätt inom olika verksamhet och yrkeskårer (Socialstyrelsen 2007a).

I Socialstyrelsens rapport *Att mäta effekter av socialtjänstens insatser*, även den från 2007, diskuteras hur resultat från olika åtgärder att minska missbruket kan jämföras. Insatserna som kan vara både förebyggande och behandlande bör kunna jämföras trots att de kostar olika mycket och har olika effekter menar de. Frågan är dock hur effekterna ska jämföras. Det går att mäta hur drogkonsumtionen har påverkats men om drogfrihet är den enda definitionen av en lyckad behandling är detta en väldigt snäv bedömning. Om förändringen av bruket ska mätas i mängd blir problemet hur detta ska ses då den negativa påverkan som droger har på människan inte är linjär. Samma minskning av intag kan därför ge olika effekter. Behandlingseffekterna är dessutom inte detsamma när droger kombineras på olika sätt. Effekterna påverkas även av hur lång tid missbruket har pågått, personens ålder och kön samt civilstånd. De resurser som individen har i form av exempelvis utbildning, inkomst, familj och boende influerar också resultatet. När ett intag minskar händer det att det ersätts av något annat exempelvis heroinmissbruket ersätts med cannabis, lugnande tabletter eller alkohol. Om detta är bättre eller ej kan vara svårt att värdera. Det socialstyrelsen ser som gynnsamma effekter av behandlingsinsatser är en bättre hälsa, mindre kriminalitet och våld, bättre

relationer till vänner och familj, en förbättrad livskvalitet samt bättre möjligheter att kunna försörja sig (Socialstyrelsens 2007b).

## 1.2 Motivationsgruppen

Presentationen bygger på intervjuer med en av Motivationsgruppens drogterapeuter då skriftligt material om gruppen saknas. Båda terapeuterna har sedan läst och godkänt textens innehåll.

Verksamheten är ett bistånd som riktar sig till vuxna missbrukare i åldern 20 och uppåt i Biskopsgården. Gruppen startades utifrån att den manliga drogterapeuten anställdes för att arbeta med strukturerad tolvstegsbehandling som utformats av en annan terapeut. Men intagningskraven var väldigt hårda; man skulle vara drogfri, fullt motiverad och det fanns därför helt enkelt inget underlag. Då gav den manliga drogterapeuten som förslag att de borde tänka annorlunda, att de inte skulle ha en manualstyrd behandling utan istället anpassa behandlingen utifrån Biskopsgårdens unika behov. Han menar att tolvstegsbehandling inte fungerar för alla och då socialtjänsten ska rikta sig till alla bör man erbjuda en annan form av behandling. Drogterapeuten fick stöd från vuxna utförarens samordnare och två veckor senare, i juni 2009, startade Motivationsgruppen. Efter semestrarna ville den andra terapeuten dra sig ur och den nuvarande kvinnliga terapeuten tillfrågades och tackade ja. Att verksamheten heter just Motivationsgruppen kommer från att de arbetar med att skapa allianser och relation samt att motivera människor till ett förändringsarbete. Terapeuterna har funderat på att byta namn på gruppen då de menar att det är en behandlingsgrupp med processbehandling egentligen. Dock är det ju fortfarande en motiveringsprocess för de nya deltagarna i gruppen. Namnförslag som har varit aktuella är Trerösemodellen (verksamheten ligger i före detta Treröseskolan) eller Biskopsgårdsmodellen då det syftar till att verksamheten är utformad för Biskopsgårdens behov. Vi har därför valt att namnge vår uppsats ”Biskopsgårdsmodellen”.

Idag har Motivationsgruppen cirka 25 deltagare som träffas två gånger i veckan, dock är inte alla med på samtliga möten. I snitt är det ungefär tio deltagare på varje möte. Deltagarnas drogproblematik består främst av olika former av tabletter, amfetamin, heroin, GHB, andra opiater och alkohol. Motivationsgruppen har inget krav på drogfrihet vilket är väldigt ovanligt för behandlingsarbete för missbrukare. Terapeuterna är båda för substitutionsbehandling och menar att Motivationsgruppen kan vara en del av en sådan behandling. Verksamheten har inte heller något krav på närvaro och hur aktiv man är under mötena är beroende på dagsformen. Tanken med gruppen är att det ska vara en plats där deltagarna kan vara sig själva och det viktiga är att de deltar i mötet oavsett skick.

Motivationsgruppen leds av två drogterapeuter men ingen dokumentation förs. Tidigare ringde någon av terapeuterna till deltagaren för att uppmuntra denne att närvara vid mötet men det är något de på prov har slutat med. Eftersom det är ett bistånd har alla deltagare i gruppen en handläggare inom socialtjänsten som kontaktas vid hög frånvaro eller om något annat särskilt hänt. Inskrivning i grupp sker genom ett trepartsamtal mellan en av terapeuterna, handläggaren och den blivande deltagaren. Dock tas inga nya deltagare in i gruppen då den för närvarande har nått sin maxkapacitet.

Motivationsgruppen har ingen egen verksamhetsplan utan faller under Vuxna utförarens verksamhetsplan. Terapeuterna ser verksamhetens mål som att stödja deltagarna i riktningen mot ett minskat missbruk och att detta är något som ska få ta tid. Motivationsgruppen är till

för att ge människor en tro på att förändring är möjligt däremot har alla deltagare individuella mål. Verksamheten har ett så kallat *sofjäderstänkande* det vill säga att deltagarna kan gå vidare på olika vis till exempel till arbetslivet, studier eller vidare behandling. Det är många olika metoder och teorier terapeuterna använder sig av i verksamheten. Det centrala är dock att möta deltagarna där de är. En av terapeuterna beskriver verksamhetens metod som *individanpassad behandling i grupp*. Verksamheten har ett miljöterapeutiskt inslag genom den gemensamma frukosten. Den är även inspirerad av tolvsteg, KBT, lösningsfokuserat då de fokuserar på den lösning som fungerar för individen, systemteori samt narrativ terapi. Terapeuternas syn på missbruk är att beroende är en sjukdom, som det går att tillfriskna från, men som missbrukare är du alltid sårbar. De generalisera inte droger, som missbrukare är du inte i riskzonen för att bli beroende av andra saker. Terapeuterna tror alltså inte på det så kallade gatewayssystemet som innebär att om man är beroende av en drog finns risken att man lättar utvecklar ett beroende av någonting annat och bör därför stänga dörren till allt beroendeframkallande. Trots att sinnesroböen bes under mötena är verksamheten inte andlig.

### 1.3 Syfte och frågeställningar

Vårt syfte med uppsatsen är att ta reda på vad det är som gör att Motivationsgruppen anses vara en så bra fungerande verksamhet. Vi vill se till vad både brukarna och terapeuterna tycker är positivt och negativt med verksamheten. Vidare ska vi undersöka vad det betyder för brukarna att det inte ställs något krav på drogfrihet i gruppen. Våra frågeställningar blir därför:

- Vilka hinder och framgångsfaktorer finns det i verksamheten?
- Vad har deltagarna respektive drogterapeuterna för mål med deltagandet i Motivationsgruppen?



## 2. Definitioner av begrepp

Här definieras begreppen motivation och tolvstegsbehandling som vi ser som centrala för vår uppsats då de är en viktig del av arbetet i Motivationsgruppen.

### **Motivation**

Motivationsarbete är en central del av det arbete som terapeuterna initialt gör med nya deltagare i gruppen. Enligt Revstedt definieras motivation ”...som en strävan hos människan att leva ett så meningsfullt och självförverkligat liv som möjligt. Denna strävan är sammanfattningen av människans innersta natur: att vara konstruktiv, målinriktad, social och aktiv” (Revstedt 2002 s 39). För Revstedt innebär ett självförverkligat och meningsfullt liv att välja att se till sina möjligheter och ta eget ansvar. Motivationsarbete handlar främst om en inre förändring hos individen som kan leda till ökad livskraft. Det kan dock dröja innan motivationen visar sig i form av yttre förändringar, det vill säga innan det destruktiva beteendet ändras (Revstedt 2002). En förutsättning för motivationsarbete är en bra relation mellan behandlare och klient. En annan definition av motivation bidrar Jenner med nedan.

Enligt Jenner (1987) kan man definiera motivation utifrån tre beståndsdelar. Motivation kan ses som en inneboende drivkraft som startar och påverkar vårt handlande. Ett annat sätt att se på motivation är något som måste ses i förhållande till ett mål, det vill säga att handlingen har ett inre eller yttre mål. Exempel på inre mål kan vara att uppleva stolthet eller lycka. Yttre mål kan vara bekräftelse från andra och pengar. Det tredje sättet att se på motivation är en kombination av de tidigare, en interaktion mellan den inneboende drivkraften och den konkreta situationen och dess mål (Jenner 1987).

### **Tolvstegsbehandling**

En av Motivationsgruppens inspirationskällor, även om det finns en del olikheter, är den tolvstegsinriktade behandlingen. Anonyma alkoholister (AA) utvecklade de tolv stegen men många andra självhjälpsgrupper använder sig också av ett tolvstegsprogram som består av tolv principer/steg. Det första steget består i att man ska erkänna att man är beroende av alkohol och att man accepterar att man är maktlös gentemot den. Man accepterar att man inte kan hantera sin alkoholkonsumtion. Längre in i behandlingen består stegen av att erkänna en ”högre makt” och att man ska lägga ens liv i händerna på den högre makten, man ska genomgå en moralisk självrannsakan, erkänna sina fel och söka gottgörelse. När man når det tolfte och sista steget är man redo att själv förmedla budskapet om de tolv stegen vidare till andra som har en problematik kring alkohol. Enligt tolvstegsprogrammet kan man som alkoholist aldrig mer dricka alkohol. Tillfrisknandet sker ”en dag i taget” och med hjälp av tolvstegsprogrammet och gruppen erbjuds nya nätverk. Olika tolvstegsbehandlingar kan skilja sig åt men det de har gemensamt är att de utgår från de tolv stegen (Helmersson Bergmark 2009).

### 3. Tidigare forskning

I Motivationsgruppen finns deltagare som både varit i behandling och de som ser det som ett steg mot behandling vilket har påverkat vår sökning och val av tidigare forskning. Gruppen är tolvstegsinspirerad och det mesta av den internationella forskningen som gjorts och som vi funnit på gruppverksamheter inriktade på missbruk är forskning om AA och NA. Den svenska forskning vi hittat på ämnet var i många fall äldre. Först presenteras den internationella forskningen i form av artiklar om studier och forskningsrapporter kring amerikansk och kanadensisk forskning sedan följer den svenska forskningen som består av två utvärderingar av motivationsgrupper samt Sandells artikel om behandlingsrelationen.

#### 3.1 Internationell forskning

Det har gjorts väldigt lite forskning kring andra former av självhjälsgrupper än tolvstegsbaserade sådan vilket lyfts fram i en artikel av Humphreys et al. Artikeln granskar och sammanfattar forskningen om hur effektiva självhjälsgrupper är för missbrukare. Slutsatserna kommer i huvudsak från en arbetsgrupp bestående av amerikanska experter på självhjälsgrupper för missbrukare som träffades under 6-7 november 2001. En typ av studie undersöker korrelationen mellan deltagande i självhjälsgrupper och droganvändning. Dessa har genomförts både med och utan kontrollgrupp som inte deltar i grupper och ibland utan att titta på förändringar över tid. Nästan alla dessa studier visar att deltagare i AA möten har mindre alkoholkonsumtion samt att deltagare i NA har lägre drogkonsumtion än de som inte går på möten. Dessa studier visar även att de deltagare som är mer engagerade i verksamheten än att bara gå på mötena avhåller sig från att missbruka i större utsträckning än de som inte gör det. Även om självhjälsgrupper i sig inte kan ses som behandlande finns det studier gjorda på självhjälsinspirerad behandling. Ett exempel på detta är Project MATCH där alkoholberoende slumpmässigt tilldelades antingen manualbaserad tolvstegsterapi, KBT eller motivationshöjande terapi. Ett år efter behandlingen var resultaten i stort sett likvärdiga hos alla tre grupperna sett till antalet nyktra dagar och total alkoholkonsumtion. En annan studie gjord på drogberoende patienter, som fick självhjälsinspirerad eftervårdsbehandling, visar att risken att de skulle få ett återfall under de kommande sex månaderna var 40 procent mindre än de patienter som genomgått en vanlig eftervårdsbehandling. I en annan studie fick alkoholberoende en experimentell behandling som fokuserar på gemensamt ansvar och ömsesidig hjälp. Vid uppföljningen ett år senare var resultatet mer behandlingsengagemang och markant lägre sjukvårdskostnader. Dessa nämnda och andra studier visar att självhjälsgrupper även leder till ökad självständighet, förbättrat socialt stöd, minskad depression och ångest och mer effektiv stresshantering (Humphreys, Wing, McCarty, Chappel, Gallant, Haberle, Horvath, Kaskutas, Kirk, Kivlahan, Laudet, McCrady, McLellan, Morgenstern, Townsend, Weiss 2004).

I en rapport av de amerikanska forskarna Ritsher, Moos och Finney jämförs resultatet av två års behandling med KBT, tolvstegsbehandling och eklektisk behandling med varandra. Forskarna är knutna till Center for Health Care Evaluation, Department of Veterans Affairs Health Care System samt Stanford University Medical Center, Palo Alto i Kalifornien, USA. Studiens underlag består av informationsformulär och uppföljningsformulär baserade på 2805 manliga patienter som deltagit i något av de 15 missbruksprogram i Krigsveteranernas avdelning (vår översättning) regi. Att vara i remission definieras här som avhållsamhet från användning av olaglig drog eller avhållsamhet från alkoholmissbruk senaste tre månaderna. Studien visar att KBT och tolvstegsbehandling är lika framgångsrika i att åstadkomma

drogfrihet. Ungefär en fjärdedel av deltagarna i studien var i remission två år efter utskrivning. Patienter som har blandmissbruksproblematik eller psykisk ohälsa har svårare att uppnå remission. De som fortsätter med regelbunden stadigvarande öppenvårdsbehandling har bättre möjligheter att lyckas hålla sig drogfria. Det viktiga här är inte antalet tillfällen utan kontinuiteten (Ritsher, Moos, Finney 2002).

En kanadensisk forskningsrapport av Brown, Seraganian, Tremblay och Annis undersöker hur två olika typer av eftervårdsbehandlingar påverkar missbruket, återfallsprevention och tolvstegsinspirerad behandling. Författarna har koppling till kanadensiska universitet och rapporten baseras på patienter i Montrealregionen. Studien genomfördes genom att deltagarna fick fylla i enkäter och intervjuades kring sina upplevelser av behandlingen under tiden den pågick. Studieobjekten är vuxna missbrukare som precis fullföljt en intensiv behandling som fördelades slumpmässigt till antingen återfallsprevention eller tolvstegs inspirerad behandling. Utbildade ledare höll i mindre grupper som antingen använde sig av KBT för att skapa förändring genom en individuell behandlingsplan (återfallsprevention) eller Anonyma Alkoholisters tolvstegs program (tolvstegsinspirerad behandling). Rapporten visar att väl genomförd återfallsprevention och tolvstegsinspirerad eftervårdsbehandling ger goda resultat. Med efterbehandlingsprogrammets återfallsprevention uppfattade patienter mindre frestelse och bättre självförtroende i högrisksituationer i slutet av 10-veckorsbehandlingen i jämförelse med de patienter som fick den tolvstegsinspirerade behandlingen. Dessa skillnader kvarstod dock inte efter behandlingsfasen (Brown, Seraganian, Tremblay, Annis 2002).

Timko, DeBenedetti och Billowi genomförde en studie som implementerade och utvärderade tillvägagångssätt för att hjälpa kliniker att göra effektiva remitteringar till tolvstegs självhjälpsgrupper. Forskarna är anslutna till Center for Health Care Evaluation, Department of Veterans Affairs Health Care System samt Stanford University Medical Center, Palo Alto i Kalifornien, USA. Studieobjekt var 345 patienter som gick in i en ny öppenvårdsbehandling för sitt missbruk i Krigsveteranernas avdelnings (vår översättning) regi. De blev antingen remitterade till en vanlig behandling eller till en intensiv självhjälpsbehandling. Patienterna fick själva rapportera in närvaro och engagemang i tolvstegsgruppen samt droganvändning vid studiens start och sex månader senare. Den intensiva interventionen fokuserade på att uppmuntra patienterna att gå på möten genom att sammanföra dem med tolvstegs volontärer. Resultatet av studien visar att vid uppföljningen hade den intensiva interventionen ökat närvaron hos dem som tidigare hade relativt liten närvaro på mötena jämfört med dem som hade standard interventionen. Patienterna som fick den intensiva interventionen var i högre utsträckning fortfarande engagerade i tolvstegsgrupper sex månader senare än de som hade standard interventionen. Dessa hade även lägre alkohol och/eller drogkonsumtion vid uppföljningstillfället. Rapportens slutsats är att en tillfällig intensifiering av gruppverksamheten gjorde att engagemanget i gruppen ökade och droganvändandet minskade även hos de patienter som tidigare medverkat i tolvstegsgrupper och formell behandling. För att resultatet av remittering till tolvstegsgrupper ska bli så gynnsamt som möjligt bör fokus ligga på att uppmuntra till, inte bara närvaro utan också engagemang i gruppen (Timko, DeBenedetti, Billowi 2006).

Tolvstegsgrupper rekommenderas ofta som ett komplement till professionell missbruksbehandling trots att det är vanligt att patienter hoppar av dessa grupper. I den amerikanska studien av Kelly & Moos utvärderas förekomsten, indikationer och behandlingsrelaterade faktorer som påverkar avhoppet under det första året hos 2778 manliga patienter. Av dessa hade 91 procent deltagit i tolvstegsgrupper 90 dagar innan eller under behandlingen. Vid uppföljningen ett år senare hade 40 procent hoppat av. Studien

genomfördes med hjälp av enkäter som deltagarna själva fyllde i vid inskrivning, utskrivning och ett år senare. Ett antal grundförutsättningar förutsåg avhopp, exempelvis visar tidigare studier att vita ogifta män hoppar av i störst utsträckning och att inte ha en egen sponsor är också en riskfaktor för avhopp. En tidigare studie visar även att de patienter som blivit hänvisade till en specifik självhjälsgrupp i närområdet, istället för att bara få information om olika verksamheter hade mycket högre mötesnärvaro i gruppen. Även de gruppmedlemmar som inte har sjukdomssynen på missbruk utan tror att det beror på psykosociala vanor eller de som inte är troende hoppar av i större utsträckning. Det är alltså viktigt att notera att de patienter som anammande tolvstegsbeteende under behandlingen troligen stannade kvar i gruppen. En annan viktig faktor som påverkade om deltagarna hoppade av eller ej var hur motiverade de var att förändra sitt beteende. De patienter som löpte störst risk att hoppa av kunde ha löpt mindre risk för avhopp om de varit i en mer stödjande miljö. Kliniker kan minska risken för avhopp genom att undersöka riskfaktorer och fokusera på det som underlättar, och indirekt, genom att öka den stöttande delen i behandlingsmiljön och underlätta tolvstegsengagemang under behandlingen (Kelly & Moos 2003).

Även om den internationella forskningen är bedriven i en annan kontext och lagstiftning än våra svenska förhållanden så anser vi den vara tillämpningsbar och relevant i vår uppsats. Det är på grund av att behandlingsmetoderna, tolvsteg, tolvstegsinspirerad behandling samt självhjälsgrupper, som undersöks bör visa liknade resultat i svensk kontext.

### 3.2 Svensk forskning

Den svenska forskningen inleds med Linköpings kommuns utvärdering av behandlingshemmet Sensus som under två år drivit en motivationsgrupp som riktar sig till personer som kan bli aktuella för vidare behandling och en preventionsgrupp. På grund av ökat missbruk i samhället vill man inom enskilda kommuner erbjuda lokala öppenvårdsbehandlingar. Den utvärderade verksamheten bedriver öppenvård i form av motivationsbehandling och återfallsprevention. Varje år utvärderas verksamheten och den har visat sig vara lönsam till en låg kostnad. Anledningen till att Motivationsgruppen skapades var dels de långa väntetiderna till att få behandling inom Sensus och dels att många personer som var i behov av behandling inte var nog motiverade. Vid vissa typer av missbruk har även Motivationsgruppen haft en lättare avgiftningseffekt för några deltagare. Motivationsgruppen har möten två timmar åt gången, tre gånger i veckan då behandlaren har till uppgift att låta alla deltagarna få berätta om sin problematik och sitt mående. Behandlaren vill förmå deltagarna att inte förneka sin problematik och att deltagarna skall välja att påbörja behandling. Motivationsgruppen hade 070115-081031 totalt 127 inskrivna deltagare (86 män och 41 kvinnor). 55 av deltagarna hade i huvudsak missbrukat alkohol, 18 av deltagarna narkotika och 54 deltagare hade blandmissbrukat. 47 av deltagarna (37 %) valde att påbörja behandling samtidigt som 6 av deltagarna ännu ej slutfört sitt deltagande i Motivationsgruppen 081031. Under perioden ägde 1688 unika besök i gruppen rum. Resultatet av utvärderingen visar att både Motivationsgruppen och Preventionsgruppen fyller en stor funktion och önskat resultat har uppnåtts. Både deltagare och personal är nöjda och anser att grupperna inom verksamheten tillgodosett stora behov och önskar en fortsättning av arbetet (Moberg 2010).

Ytterligare en utvärdering av en liknande verksamhet har gjorts, nämligen en projektutvärdering av HANS (Haninge Alkohol och Narkotika Samverkan) som sedan 15 maj 2007 drivits som ett projekt under de två första åren för att sedan övergå till permanent

verksamhet. Projektets huvudmål bestod bland annat av att på vetenskaplig och erfarenhetsmässig grund genomföra gruppbehandling för Vuxna, boende i Haninge kommun, med missbruk- och beroendeproblematik och anhöriga till personer med missbruk och beroende. Programmen ska genomföras kontinuerligt. Man vill inom verksamheten höja kvalitén genom att bland annat föra egen statistik och följa upp resultat av behandlingen genom skattning med hjälp av KASAM, frågeformuläret IDS-100 (Inventory of drinking situations) samt självskattningsformuläret SCL-90 (Symptoms Checklist). Inom verksamheten bedrivs bland annat ett motivationsprogram och återfallsprevention. Man utvärderade projektet och de övergripande målen genom att se till statistik och dokumentation av verksamheten samt genom att intervjua elva nyckelpersoner inom socialförvaltningen och beroendecentrum. Man valde även att intervjua 12 klienter i fyra olika motivationsprogram. Innan klienter ställs på en väntelista för att delta i motivationsprogrammet kallas klienterna till ett informationssamtal med en kurator där en bedömning av problematiken görs. Det görs även en bedömning när halva tiden av programmet genomförts och ett avslutningssamtal hålls med varje klient samt att alla deltagare får fylla i en utvärdering vid avslutat deltagande. Motivationsprogrammets syfte är att finnas som stöd till personer som behöver motiveras till förändring. Man vill ge deltagarna verktyg till förändring och låta dem reflektera över sin situation. Gruppen träffas två timmar, två gånger i veckan, totalt tio gånger. Under programmet arbetar de med att deltagarna får reflektera över sina relationer, förväntningar, beroendet och motivation till förändring, sätta upp mål och förbereda förändring samt att stärka självkänslan och självförtroendet. Motivationsgrupperna har 70 procent manliga deltagare och det är 50-60 procent av deltagarna i gruppen som fullföljer programmet. Kuratorerna har undersökt och dokumenterat eventuella orsaker till varför inte alla fullföljer programmen. Några av klienterna går inte att nås, några har uppgett medicinska skäl, att de har börjat arbeta och återfall är även en faktor som påverkar slutförandet av programmet. Enkäten som riktas till deltagarna i motivationsgruppen efter avslutat program har en svarsfrekvens på 97 procent och visar på höga betyg. Kritik som framförts handlar till exempel om önskan om längre kurs. Utifrån enkäten framgår det att det är värdefullt att få lära sig av de andra deltagarna och inse att man inte är ensam om sin problematik. Vissa deltagare beskriver även hjälpen som de får i gruppen som hjälp till självhjälp och att de har fått verktyg de kan använda sig av utanför gruppen. Även kuratorerna får bra betyg och deltagarna ser de som ärliga, glada och att de inger förtroende. Även under djupintervjuerna med nyckelpersonerna (11 personer totalt, verksamhetens tre kuratorer, tre handläggare vid vuxenenheten, två handläggare vid ekonomienheten och två sjuksköterskor vid beroendemottagningen och enhetschefen för Västergården, socialtjänstens boendekollektiv) inom verksamheten förmedlas en positiv bild av verksamheten. En av de positiva aspekterna med de olika programmen anses vara att klienterna kan bedriva behandlingen på hemmaplan och bedrivs som ett led i en behandling och inte är en fristående insats. Även att personalen är engagerad i klienterna bidrar till den positiva attityden av verksamheten. Kritiken som tas upp är främst riktad mot väntetiderna. Även samverkanspartner upplever att verksamheten ger mycket positiva resultat för klienterna (Gränsbo 2009).

Vi har valt att ta med en artikel om behandlingsrelationen då vår studie har visat hur viktig denna relation är. Ett exempel på forskning kring vad som påverkar behandlingsresultatet är Sandells artikel *Teknik eller relation? Kritiska faktorer i psykoterapi* (Sandell 2004). Sandell gör här en metaanalys kring två modeller; den medicinska modellen ("the medical model"), som har fokus på de olika teknikerna, och kontextmodellen ("the contextual model"), som har fokus på psykoterapi och relationen i behandlingen. I genomsnitt mår 80 procent av patienter som gått i psykoterapi bättre än patienter som inte fått behandling. Psykoterapi har i flertalet metaanalyser visats ha omfattande generella effekter medan de specifika effekterna små. De

gemensamma faktorerna ("common factors"), där bland annat förväntningar, den terapeutiska alliansen och terapeutens anknytning till en särskild form av terapi ("allegiance") hör hemma, har dock större effekter. Behandlingsresultaten varierar sex gånger mer hos olika terapeuter än hos olika terapiformer. Kontextmodellen har ett enormt stöd men finns i flera versioner. Sandell menar att modellen är likvärdig med den så kallade common-factors-modellen som anser att effekterna av psykoterapi är ingredienser som finns i all typ av psykoterapi. Dessa benämns ofta som "icke-specifika faktorer" eller "gemensamma faktorer", exempelvis patientens motivation och terapeutens bemötande. Enligt kontextmodellen enas patient och terapeut i relationen om vilket tekniskt tillvägagångssätt som ska användas, vilket innebär att kontextmodellen endast ifrågasätter effekterna av tekniker inte användandet. Att patienten och terapeuten är ense om vad som är gynnsamt för patienten och att terapeuten använder sig av tekniker som är i linje med detta är det centrala, det vill säga "a healing context". Terapeutens teknik och förhållningssätt ska alltså anpassas till den unika patienten. Den medicinska modellen menar att det är teknikerna som ger effekterna, att terapi består av specifika ingredienser och mekanismer. Psykisk ohälsa och behandling ses som jämförlig med somatiska sjukdomar och behandling. En forskningsöversikt av Wampold från 2001 har inte hittat något stöd för att de gynnsamma effekterna av psykoterapi skulle kunna kopplas till någon särskild teknik eller ingrediens. Wampold visar även att det endast finns mindre differenser mellan olika typer av behandlingar och att skillnaden mellan olika terapiformer endast skulle kunna motsvara maximal 1 procent av variansen. Därför återstår enbart tanken om att effekterna fås utifrån "terapiformgemensamma" faktorer, exempelvis behandlingsalliansen och placeboeffekten. Behandlingsalliansen kopplas till cirka fem procent av utfallen och har därmed en signifikant korrelation med behandlingsresultatet. Betydelsen av placeboeffekten i terapeutiska sammanhang finns det däremot väldigt lite som talar för, den skulle kunna förklara ungefär 4 procent av variansen. Enligt den medicinska modellen är "allegiance" inte relevant för resultatet. Medan kontextmodellen ser den som en gemensam faktor då terapeuter tror på den form av terapi de väljer och blir därmed viktig för behandlingsresultatet. Wampold uppskattar att den förklarar cirka 10 procent av utfallen. Den medicinska modellen ser även terapiformen som viktigare än terapeutens kompetens, erfarenhet och hur denne är som person medan kontextmodellen ser terapeuten per definition som ansvarig för behandlingen. Studier visar att det finns betydligt större differens mellan olika terapeuters resultat än mellan behandlingsformerna. Enligt Wampold förklarar terapeutfaktorn mellan 6 och 9 procent. Detta innebär att evidensbaserad terapi, som fokuserar på den teknik som används, blir ganska meningslös eftersom den koncentrerar sig på en faktor som då visats sig inte påverka utfallet nämnvärt. Det centrala blir snarare att se till patienten då resterande varians på mellan 30-50 procent beror på dennes förväntningar, förutsättningar och alliansen med mera. Alltså bör terapiformen anpassas efter patienten vilket innebär att det behövs olika terapiformer för olika patienter. Vad terapeuten gör med patienten är av mindre betydelse än hur patienten blir bemött och att behandlingen anpassas efter patientens förutsättningar och förväntningar (Sandell 2004).

## 4. Teoretiska perspektiv

Vi har valt teorierna Empowerment, KASAM samt ett relationellt perspektiv på makt som vi nu kommer att redogöra för. Redan vid ämnesvalet var vi intresserade av att använda oss av teorin Empowerment. Valet av teorin KASAM och maktperspektivet har växt fram i ett växelspel med datainsamlingen. Vi har valt makt utifrån det relationella perspektivet ur Bernler & Johnsson. Vi har gjort detta då makt är närvarande i alla relationer och perspektivet är en annan typ av makt som bättre kan belysa den typ av makt som är närvarande i behandlingsrelationen än den som presenteras i empowerment. I det här fallet handlar makten om terapeuternas bemötande av deltagarna både som individer och i grupp i Motivationsgruppen.

### 4.1 Empowerment

Empowerment är ett begrepp som kan definieras på en mängd olika sätt. Detta beror på att det finns flera maktbegrepp och makt har en sådan central del av empowerment. I vetenskapliga sammanhang används det för att teoretisera kring människors relation till makt och maktlöshet i samhället. Retoriskt används begreppet för att argumentera för att människor ska få makt och stå på sig (Adams 2008). I Adams (2008) definieras empowerment som ”the capacity of individuals, groups and/or communities to take control of their circumstances, exercise power and achieve their own goals, and the processes by which, individually and collectively, they are able to help themselves and others to maximize the quality of their lives” (Adams 2008 s 17).

Även Starrin (1997) hävdar att det är svårt att definiera empowerment. Vad som är dess motsats är däremot lättare nämligen; alienation, hjälplöshet, maktlöshet och hopplöshet. Ordet ”empower” har två betydelser i amerikanska ordböcker:

- 1) att ge makt eller auktoritet till och
- 2) att ge möjlighet eller tillåtelse (Starrin 1997 s 11).

Dock visar inte detta empowerment begreppets dynamiska del, att det är en aktiv handling att ta makt som görs individuellt eller i grupp. Empowerment har som syfte att vara en aktivitet som ökar kontrollen över människors egna liv (Starrin 1997).

Askheim och Starrin (2007) belyser empowerment utifrån vad ordet power betyder; styrka, makt och kraft. Empowerment, menar de, får oss att tänka på delaktighet, självtillit, stolthet, socialt stöd, kontroll, kompetens, medborgarskap, självstyre, samarbete och deltagande. Begreppet understryker betydelsen av att stötta utsatta personer men också att se individer som kapabla till att själva definiera problemet (Askheim & Starrin 2007). Askheim beskriver tre typer av empowerment vilka alla har en gemensam syn på människor som aktiva och handlande som både vet och vill sitt eget bästa bara rätt förutsättningar skapas. Den första, *empowerment som etablering av motmakt* fokuserar på relationen mellan samhällets strukturella förhållanden och individens livssituation. Det handlar här om att starta de processer som förstärker självkontroll genom att förbättra individens tro och syn på sig själv samt öka dennes kunskaper och färdigheter. Detta synsätt ser individens position i samhället som en konsekvens av människoskapta, historiska skeenden. Det är viktigt att göra individen medveten om detta och att synliggöra att man inte är ensam med sina problem utan att dessa delas av andra, vilket bör leda till att människor agerar. Den andra typen av empowerment är

den *marknadsorienterade riktningen*. Det centrala för denna riktning är synen på individen som självständig och fri samt som utgångspunkt för politikens utformning. Samhällets funktion är att tillgodose individens önskan och krav och det sociala livet är sättet att uppnå individuella mål. Individen är den som är mest kapabel till att fatta rätt beslut kring sitt egna liv och därför bör statens handlingsutrymme minskas och marknadsmodeller införas. Den tredje och sista typen av empowerment är empowerment som *liberal styrningsstrategi*. Med inspiration hämtad från den franska filosofen Michel Foucault utgår denna typ av empowerment ifrån att individen har inneboende självständighet och förmåga att kunna ta egna beslut men att detta måste lockas fram hos en del individer. Empowermentinriktat socialt arbete innebär här att locka fram dessa egenskaper och därigenom frigöra klienten. Detta görs genom att i dialog göra klienten medveten om sin situation då klienten ”väcks till liv” (Askheim 2007).

I Payne (2002) innebär empowermentinriktat arbete att man utifrån individens psykologiska förmågor och styrkor utvecklar deras kompetens via hjälp till självhjälp, ökad makt och eget ansvar. Syftet är att hjälpa individen att få makt över sitt liv och därigenom fatta egna beslut och ansvara för sina egna handlingar. För att åstadkomma detta ska man arbeta med att öka personens självförtroende, makt och underlätta för möjligheten att utöva denna makt. Meningen med empowerment är, enligt Rees (i Payne 2002), social rättvisa, att människor är tryggare och att uppnå ökad social och politisk jämlikhet genom gemensamt stöd och lärande (Payne 2002).

Enligt Kondrat (i Payne 2002) tvingar empowerment oss att se till vems kunskap som anses viktig och bör här se till den lokala kunskapen främst klienternas. Formen grupparbete, speciellt grupper med självhjälpsinriktning och klienternas delaktighet, genererar demokratiska, deltagande och humanistiska tankegångar och blir därmed empowermentinriktat (Payne 2002). Steiner (i Payne 2002) menar att genom att rädda någon stärker (empower) man dem inte utan att detta snarare leder till en form av förtyck. Självhjälp kan definieras som ett sätt för människor att hjälpa sig själva. Självhjälp kan därför ses som en form av empowerment (Adams 2008). Gardner och Riessman (i Adams 2008) menar att självhjälpstanken är mycket mer aktivistisk, konsumentcentrerad, informell, öppen och kostnadseffektiv. Tanken betonar det icke-professionella, det konkreta och subjektiva (Adams 2008).

Sammanfattningsvis kan sägas att det vi ser som det centrala för empowerment, samt den tolkning vi valt att använda, är att det är en aktivitet där människor makt stärks för att de ska kunna hjälpa sig själva. Förmågan att ta makten över sitt eget liv är något som alla bär inom sig men vissa behöver hjälp att hitta.

#### 4.2 KASAM

KASAM är Aron Antonovskys begrepp och står för *känsla av sammanhang*. KASAM är en del av det salutogena perspektivet som, i motsats till det patologiska synsättet, ser till faktorer som gör människor friska. Ett annat begrepp som Antonovsky använder sig av är stressorer. Stressorer är en naturlig del av livet för alla människor och definieras som en situation en människa ställs inför som inte har en automatisk eller tillgänglig respons för henne. Hur denna situation hanteras och därmed vad resultatet blir av denna stressor är däremot högst individuellt. Stressorn skapar ett spänningstillstånd som behöver bemötas och dess resultat är avhängt på hur lämplig hanteringen är för den konkreta situationen. Människors styrkor i



hanteringen av stressorer är GMR, det vill säga generella motståndsresurser, som exempelvis pengar, självkänsla samt socialt stöd. Dessa GMR gör även att vi upplever stressorerna som begripliga och att vi kan hantera dem vilket leder till utvecklingen av en stark känsla av sammanhang. Antonovsky definierar KASAM som:

*...en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit till att (1) de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga, (2) de resurser som krävs för att man skall kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga, och (3) dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang (Antonovsky 1991 s 41).*

KASAM består av begreppen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet, de som har hög KASAM har även mycket av detta. Med begriplighet menas i vilken grad stimuli uppfattas som något logiskt som går att ta till sig. Stimuli förväntas vara förutsägbara eller i alla fall, förklarbara av dem med hög känsla av begriplighet. Hanterbarhet syftar till i vilken utsträckning individen tror sig ha tillgång till resurser som hjälpmedel i hanteringen av stressorer. Hög känsla av hanterbarhet innebär att individen inte upplever sig förfördelad av livet. Den sista komponenten är meningsfullhet vilket är begreppets motivationskomponent. När någon med hög grad av meningsfullhet stöter på problem tolkas detta som en utmaning som det finns någon mening med vara delaktig i och lösa. Alla dessa tre komponenter samspelar och är nödvändiga för KASAM och för att hantera motgångar på ett bra sätt men meningsfullheten är den viktigaste. Upplever inte individen meningsfullhet har den det svårt att behålla hög begriplighet eller hög hanterbarhet (Antonovsky 1991).

Det går även att se en grupp-KASAM, vilket kan göras på olika sätt. De mest grundläggande metoderna är att se till individerna i gruppens KASAM och hur många av dem som har stark KASAM eller att undersöka gruppens genomsnittliga KASAM. Ett mer avancerat sätt är att ta reda på hur individerna i gruppen ser på gruppens världssyn och se till genomsnitt eller fördelning. En grupp med stark grupp-KASAM består av individer som med en stark enighet ser på gruppen som ett kollektiv som anser att världen är begriplig, hanterbar och meningsfull. För att kunna tala om grupp-KASAM bör det finnas ett gruppedvetande och kollektivet måste ha en viss varaktighet, vid tillfälliga grupper är det meningslöst att tala om en grupp-KASAM. Det centrala för dessa grupper är att medlemskapet har en väsentlig plats i individernas liv trots eventuella individuella skillnader och kopplingar till andra grupper. Gruppens KASAM kan leda till att förändra individens KASAM, det vill säga en grupp med stark KASAM skapar situationer som över tid höjer individernas KASAM. Inför kollektiva stressorer är det främst gruppens KASAM som avgör hur spänningen hanteras och inte individens (Antonovsky 1991).

#### 4.3 Makt och kontakt

Bernler och Johnsson (2001) menar att i relationer tar vi, har vi eller får vi makt. När vi tar makt ökar alltid den makt vi redan har vare sig detta går att rättfärdiga eller ej. Här skiljer man på resursmakt och tilldelad makt. Resursmakt är den makt någon har på grund av en större del av tillgångar i förhållande till maktfördelningen, exempelvis pengar och talang. I förhållande till klienten har behandlaren kunskapsmakt då denne generellt sett vet mer om hur samhället fungerar, hur man får arbete och bostad med mera. Denna makt kan missbrukas av behandlaren till exempel genom att utpressa klienten att göra något eller genom att ställa orimliga krav men även legitimeras genom att ställa krav som är adekvata för situationen. Det finns två typer av tilldelad makt: makt ges av den ena i relationen till den andre och den makt

som ges till en person i relationen av en utomstående. Behandlaren har tilldelats makt av samhället och i sitt yrke kontrolleras de av lagar, bestämmelser och seder. Denna makt och detta ansvar går inte att komma ifrån. Bernler och Johnsson menar att en fungerande behandlingsrelation kräver att den resursmakt och tilldelade makt som existerar erkänns samt att denna minimeras så mycket som möjligt. Makten måste erkännas för att kunna minimeras. Makt kan ses som potentiell eller utifrån ett maktintervall. Maktintervallet innebär att makten används maximalt i den övre delen av intervallet och endast när det inte finns någon annan utväg i den nedre delen. Inom socialt arbete har den professionelle stora tolkningsmöjligheter vilket är en del av maktutövningen. Inom behandlingsarbete finns det även en tredje typ av makt, bekräftad makt, som innebär att klienten ger behandlaren makt. Detta betyder att behandlaren får klientens samtycke att agera vilket krävs för behandlingen.

Kommunikationsteorin har två typer av interaktioner och får därmed motsvarade relationer som följd, symmetrisk och komplementär. Vid en symmetrisk interaktion har parterna liknade handlingsmönster vilket leder till ett balanserat maktförhållande. Den komplementära interaktionen är när parternas handlande kompletterar varandra istället vilket innebär att makten är i obalans. Detta innebär att den ena parten bli "one-up" och den andra blir "one-down". Vanligen styr den som är "one-up" både den andre och hur relationen formas. När den som är "one-down" istället styr utformningen blir det en metakomplementär interaktion. Ett exempel på en sådan situation är när klienten gett behandlaren makten att handla trots att det fortfarande är upp till klienten att acceptera detta. Klienten har därmed den överordnade makten. Dock finns det andra maktfaktorer som komplicerar bilden så som administrativ makt och kunskapsmakt. När det är en medvetandegörande process blir det ytterligare mer komplicerat då processen styrs av behandlaren vilket tillåts av klienten. Detta leder till en meta-metakomplementär interaktion (Bernler & Johnsson 2001).

## 5. Metod

Vi har valt en kvalitativ forskningsmetod för att få kunskap om individens egen upplevelse, uttryckt med hennes egna ord, mer specifikt är metodvalet kvalitativa interjuver med en semistrukturerad intervjuguide. Till skillnad från en kvantitativ metod, där man försöker förenkla informationen från datainsamlingen till statistik, så försöker man med en kvalitativ metod ta reda på en personlig bild av situationen med klientens egna ord och känslor (Larsson 2005). Om vi istället valt en kvantitativ ansats hade vi kunnat undersöka hela gruppens upplevelse men då fått en ytligare bild av deras upplevelse av verksamheten. Den kvalitativa metoden är alltså bättre lämpad i det aktuella fallet.

### 5.1 Ämnesval & förförståelse

Vårt ämnesval är Motivationsgruppen i Biskopsgården. Vi har båda två haft vår socionompraktik i Biskopsgården och gruppen beskrevs då, som vi tidigare nämnt, i väldigt positiva ordalag vilket gjorde oss nyfikna. När vi gjorde vårt ämnesval var vi dock inte medvetna om att gruppen endast funnits en så kort tid. Det har skrivits en b-uppsats om Motivationsgruppen och vi ville göra en fördjupning och vidareutveckling av denna. B-uppsatsens syfte var att belysa vad Motivationsgruppen betyder för deltagarna och hur den påverkat deras liv sedan de börjat i gruppen. I den kvalitativa uppsatsen har författarna använt sig av Revstedts syn på motivationsarbete, begreppet identitetsutveckling samt salutogent perspektiv och KASAM. Fyra deltagare intervjuades och uppsatsen visar att Motivationsgruppen är mycket betydelsefull för deltagarna och deras liv. Det är en miljö där de kan komma och få stöd i befintligt skick. Ärlighet och öppenhet mellan drogterapeuterna och deltagarna är en central del av verksamheten (Stridsman & Molin 2009). Syftet med uppsatsen är inte att göra en utvärdering av verksamheten utan att undersöka vad deltagarna och terapeuterna själva upplever som positivt och negativt med Motivationsgruppen. Vårt syfte med uppsatsen skiljer sig således från b-uppsatsens då vi för in ytterligare ett perspektiv, nämligen terapeuternas. Vi har även tillfört en annan undersökningsmetod i och med våra deltagande observationer. En b-uppsats är inte tillräckligt vetenskapligt underbyggd för att räknas som tidigare forskning så vi kommer inte att använda den för att stärka våra resultat utan bara som en jämförelse.

### 5.2 Tillvägagångssätt

Nedan kommer vi att redogöra för hur vi har gått tillväga för att samla in material till uppsatsen.

#### 5.2.1 Avgränsningar & informationsinsamling

Vi har valt att undersöka en specifik motivationsgrupp för personer med missbruksproblematik i Biskopsgården och vad som är framgångsfaktorer och hinder i den verksamheten. Vi hade fått höra att gruppen var tolvstegsinspirerad vilket gjorde att vi valde att söka information om sådana grupper för att jämföra vad tidigare forskning sett som gynnsamma och hindrande faktorer med sådan verksamhet. Genom sökmotorerna Google och SwePub sökte vi på orden motivationsgrupper, missbruksgrupper, självhjälpsgrupper, motivationsarbete, missbruk, missbruksvård, motivation, tolvstegsprogram,

Minnesotamodellen, alkoholistvård, narkomanvård. I databaserna Social Sciences Citation Index (Thomson Scientific / ISI Web Services) och Sociological Abstracts (CSA) sökte vi på orden substainsabuse, self help groups, treatment outcomes. 12 step programs, self help groups, treatment outcomes. Vi har även sökt efter litteratur i Stadsbibliotekets söktjänst GOTLIB samt Gunda och Libris.

### 5.2.2 Urval & genomförande av observationer och intervjuer

Vårt urval består av de två drogterapeuterna som håller i gruppen samt fyra deltagare ur gruppen. Anledningen till att vi väljer fyra deltagare ur gruppen är att vi anser att det är ett lagom antal för att få en bild av deltagarnas upplevelse av gruppen samt tillräckligt många för uppsatsens omfattning. För att få en bild av gruppen och ett så kallat aspektrikt urval (Billquist & Skårner 2009), har en av drogterapeuterna hjälpt oss att välja informanter med spridning i ålder, kön, tid i gruppen och missbruksproblematik. Att göra urvalet på detta vis har så klart inte bara fördelar då terapeuten kan ha valt ut informanter som är ovanligt positiva till gruppen. Dock upplevde vi under våra deltagande observationer även de andra deltagarna i gruppen som positivt inställda till den. Vi har däremot inte träffat gruppens samtliga deltagare så vi kan inte göra någon bedömning av om alla deltagare är lika nöjda. Det intressanta i vår uppsats är informanternas egen upplevelse och därigenom är det inte nödvändigt att urvalet sker slumpmässigt. Det viktiga är att nå de informanter som vill berätta om sina problem och hur de ser på det (Lilja 2005).

Tanken var först att vi skulle använda oss av metoden direktobservationer i vår uppsats och observera två av Motivationsgruppens möten. Vi såg det lämpligt att använda oss av direktobservationer då det är ett bra sätt att få en bild av hur någonting fungerar som det är svårt att beskriva med ord. Dessutom kan det vara ett bra sätt att få en rättvis bild av verksamheten då personerna som är involverade i arbetet kanske jobbar så pass mycket på rutin så de inte längre reflekterar över hur de arbetar. När ett arbete sker bakom stängda dörrar är det svårt för allmänheten att ta del av verksamheten vilket gör den extra viktig att observera. Detta är gällande i vårt fall där arbetet sker i en sluten grupp där ingen dokumentation utförs. Att skapa ett förtroende hos deltagarna som man ska observera är viktigt vilket vi gjorde genom att delta i observationerna (Esiasson, Gilljam, Oscarsson, Wängnerud 2004). I samråd med en av drogterapeuterna genomförde vi istället deltagande observationer. Ett av metodens syften är att, genom att delta i gruppen inifrån, hitta gruppens normer, värderingar, tolknings- och kommunikationsmönster. Vi använde oss av denna metod då vi ville se världen ur deras ögon och komma det studerade fenomenet så nära som möjligt. Vilken kunskap och erfarenhet observationen ger beror på vilken ställning personen har gentemot det aktuella fenomenet. Detta avser både fysik och social positionering i förhållande till gruppen. Det ideala är att forskaren har lagom avstånd eftersom för hög grad av närhet kan leda till hemmablindhet och är forskaren för långt bort från fenomenet riskerar denne att inte kunna tyda koderna (Henriksson & Månsson 1996). Som socionomstudenter och de personer vi är anser vi oss ha ett lagom avstånd till Motivationsgruppen. Eftersom vi kom in i verksamheten via drogterapeuterna finns det dock en risk att deltagarna ser oss som en del av socialtjänsten istället för socionomstudenter vilket kan påverka hur de förhöll sig till oss.

Graden av delaktighet i observationen kan variera och beror på hur studien genomförs. I studien kan forskarens roll vara allt från medlem av gruppen till att endast befinna sig i periferin (Henriksson & Månsson 1996). Då vi endast deltog vid två tillfällen kan vi ju knappast påstå att vi blev gruppmedlemmar men vi kan ändå säga att vi fick en inblick i hur

det känns att delta i ett Motivationsgruppsmöte. Som forskare bör man dock vara medveten om att ens närvaro i gruppen påverkar den miljö som studeras och vi kan därför aldrig veta hur ett annat möte utan oss skulle vara (Henriksson & Månsson 1996). Deltagarna informerades redan tidigare om att vi skulle vara med vid dessa tillfällen så de kunde välja att inte närvara vid dessa gånger.

De deltagande observationerna genomfördes i form av att vi deltog i två möten då vi satt med i ringen och var med på rundor då vi pratade om vår erfarenhet av droger och alkohol. Drogterapeuten ställde frågor till oss och deltagarna kom med egna frågor och kommentarer. Att vi deltog vid två tillfällen gjorde inte bara att vi fick fördjupad kunskap utan att vi även fick tillfälle att möta några olika deltagare även om vissa var med vid båda tillfällena. Det var cirka tio deltagare vid de två mötena vi var med på. Ett problem med dessa observationer var att vi endast fått se den manliga terapeuten hålla i möten då den kvinnliga var sjukskriven vid dessa tillfällen.

Grundtanken enligt deltagande observationer är att forskningsfrågorna ska växa fram under tiden. Vi hade i detta fall ett syfte klart för oss men intervjufrågorna formades under observationerna. Intervjuerna genomfördes vid ett tredje besök under ett mötestillfälle då vi satt inne på ett kontor och deltagarna fick en och en gå ifrån mötet för att genomföra sin intervju. Vi använde oss av en allmän intervjuguide och samtalet skedde utifrån en checklista med frågor (se bilaga 1) (Larsson 2005). De hade redan tidigare blivit tillfrågade av en av drogterapeuterna och informerades om när intervjuerna skulle ske. Samtliga informanter blev tillfrågade och fick godkänna att intervjun spelades in. Intervjun spelas in på bandspelare då detta leder till en mer riktigt datainsamling och vi kan då använda oss av ordagranna och utförliga citat. Det gör även att det går att gå tillbaka till ett utförligare material. Vi transkriberade även senare intervjuerna vilket gör att vi hade en mer gedigen informationsbas att utgå ifrån (Larsson 2005). Transkriberingen skedde genom att vi transkriberade intervjuerna i sin helhet med pauser, hmmande och liknade utskrivna.

När de fyra deltagarna hade blivit intervjuade intervjuades de två terapeuterna. Vid intervjutillfället informerades informanterna om vad intervjuens syfte är, hur den är upplagd i stort, risker och fördelar med att delta, samt att de har möjligheten att avbryta intervjun och deltagande när de vill, det vill säga informerat samtycke (bilaga 2) (Kvale & Brinkmann 2009).

Tre av de fyra deltagarna hade vi träffat tidigare då vi deltagit i mötena. Det kan vara därför som vi båda upplevde att dessa vara lättare att intervju och kanske att de även upplevde intervjutillfället som lättsammare. Dessa deltagare upplevde vi som öppnare och att de pratade mer fritt. En av terapeuterna var inte med vid något av de tillfällen vi deltog i möten vilken kan ha bidragit till att vi inte upplevde stämningen som lika avslappnad som med den andra terapeuten. Med de informanter vi träffat tidigare blir det svårare att se när intervjun egentligen började eftersom vi deltagit i gruppen innan. Detta blev särskilt uppenbart i intervjun med terapeuten vi träffat tidigare som fick svara på vissa frågor som vi informellt diskuterat tidigare. Även informanternas ålder kan ha haft betydelse för hur öppna de var under intervjun. Samtliga intervjuer var mellan 20-60 minuter långa och gjordes utifrån en allmän intervjuguide där vi utgick från en checklista med frågor som inte behövde ställas i någon särskild ordning och där vissa ytterligare frågor flikades in (Larsson 2005).

### 5.2.3 Hantering av material

Som vi tidigare nämnt spelades samtliga intervjuer in. Dessa sparades på ett minneskort och lades sedan in som datafiler. Därefter transkriberades hela intervjuerna. I hanteringen av materialet har vi tagit hänsyn till de etiska överväganden som följer nedan. Vi avkodade intervjuerna och kallar samtliga informanter för ”han” vilket gör att vi gör konsekvensändringar i citaten. I resultatredovisningen kommer inte deltagarna och terapeuterna att urskiljas i citaten då de skulle kunna identifieras, vi skriver således endast deltagare eller terapeut.

### 5.2.4 Bearbetning och analysmetod

I en kvalitativ studie är analysen alltid närvarande under processen, när frågorna och syftet utformas, vid observationerna, intervjuerna, transkriberingen samt sammanställningen av uppsatsen. På det viset har vi gått stegvis fram i bearbetningen av analysen. Materialet har bearbetats genom att vi först transkriberat intervjuerna sedan började vi sortera vårt material till ett resultat utifrån frågorna i intervjuguiden. Sedan sökte vi mönster som gjordes till teman; *varför deltar man i motivationsgruppen och vad tycker man om verksamheten, mötena och dess form, terapeuterna och gruppdeltagarnas betydelse*. Under teman redogör vi först för resultatet sedan fördjupar vi vår analys genom teori och tidigare forskning. Teorierna ska hjälpa oss att förstå och tolka empirin i analysen. Den tidigare forskningen kommer att appliceras på empirin för att se skillnader och likheter mellan dem. Vi kommer att analysera det utskrivna intervjumaterialet där vi har en induktiv utgångspunkt (Larsson 2005). Våra deltagande observationer har vi använt som en hjälp i tolkningen av transkriberingen och i sammanställningen av vårt resultat. De har även påverkat vår analys där vi influerats av olika analysmetoder men främst meningskoncentrering. Det innebär att vi först läste igenom intervjun i sin helhet för att få en känsla av den och sedan bestämde meningsenheterna. I nästa steg skapade vi teman utifrån tolkningar av intervjusvaren som redovisas i kortare formuleringar (Kvale & Brinkman 2009).

### 5.3 Etiska överväganden

När forskare genomför intervjuer är det av stor vikt att de tänker på att i intervjusituationen är relationen mellan forskare och informant maktasymmetrisk då forskaren sätter och styr dagordningen samt har tolkningsföreträde. Forskaren ska också vara införstådd med att denne kan få tillgång till för informanten privat och känslig information och kunna bemöta detta. Dock har även informanten olika strategier att tillgå i forskningssammanhang exempelvis dölja information och/eller uttrycka det som personen tror att vi som forskare vill höra. I intervjusituationen genereras kunskap som skapas av interaktionen mellan forskare och informant (Kvale & Brinkmann 2009). Att intervjuerna skedde i anslutning till möteslokalerna har både sina fördelar och nackdelar. Fördelen är att det är en miljö deltagarna sedan tidigare är vana vid att gå till. En nackdel kan vara att de upplever det som svårare att säga något negativt om gruppen och verksamheten då vi är i deras lokaler. Ytterligare etiska överväganden att vara noga med är att få samtycke, att säkra konfidentialitet genom att inte lämna ut ickeavkodad information samt att den utskrivna texten ska vara trogen mot deras muntliga uppgifter (Kvale & Brinkmann 2009). Detta är något vi har varit noga med under vårt uppsatsskrivande.

Vi har även tagit hänsyn till vetenskapsrådets forskningsetiska principer. *Informationskravet* innebär att man informerat deltagarna om syftet med studien, att det är frivilligt att medverka och att man kan avbryta sin medverkan när man vill (se bilaga 2). Med kravet på *samtycke* menas att deltagarna ska ge godkännande för att delta i studien samt eventuellt att de har möjligheten att bestämma villkoren för deras deltagande. *Konfidentialitetskravet* innebär att inga namn eller annat ska framgå så deltagarna kan identifieras. *Nyttjandekravet* syftar till att informationen inte får användas till annat syftet än att bedriva forskning ([www.vr.se](http://www.vr.se)).

#### 5.4 Tillförlitlighet

Resultatet kan självklart ha blivit annorlunda om vi själva valt informanter istället för att terapeuten gjorde det. Det är möjligt att han kan ha valt ut informanter som skulle ge en så positiv bild av verksamheten som möjligt. Informanterna kan dessutom vid intervjutillfället känt sig tvingade på ett eller annat sätt att tala väl om verksamheten. Detta kan dock vara ett problem för all forskning som genomförs på detta sätt då forskarna oftast får kontakt med verksamheten via de som håller i den. Vi har inte upplevt någon av informanternas berättelse som anpassade eller subversiva. Vid en anpassad berättelse utgår informantens berättelse från det de tror att vi som intervjuare vill höra, exempelvis att de håller sig drogfria. I den subversiva berättelsen däremot pratar de öppet om missbrukets frestelser. Dessa berättelser finns parallellt och är ett uttryck för missbrukets ambivalens (Svensson i Billquist & Skärner 2009).

Nackdelen med att väja en kvalitativ metod är att man som forskaren är med och påverkar forskningsprocessen. Det är därför mycket viktigt att vara medveten om sin förförståelse. Forskaren påverkar dock även forskningen vid en kvantitativ metodval eftersom det är forskaren som väljer område, formulerat frågorna och tolkar resultatet (Larsson 2005). Då undersökningsområdet är att upptäcka och beskriva är det svårt att säkerställa reliabiliteten i kvalitativa studier. Validiteten inom kvalitativ forskning baseras på datans informationsrikedom och kvaliteten på analysen snarare än urvalets storlek (Larsson 2005). Vår validitet har stärkts genom att vi använt oss av många citat för att visa läsaren vad som faktiskt har sagts under intervjuerna. Vi har försökt att stärka validiteten och reliabiliteten genom triangulering. En triangulering av data har genomförts då vi har samlat in data på olika sätt: genom deltagande observationer, intervjuer, informella samtal med både deltagare och terapeuter samt med hjälp av litteratur och tidigare forskning. Vi har även valt tre olika teoretiska perspektiv i analysen som genomförs utifrån dessa perspektiv vilket innebär teoritriangulering (Larsson 2005). Generaliserbarhet är problematisk i kvalitativ forskning men då vi jämför vad våra informanter säger med varandra och med tidigare forskning samt undersökt skillnader och likheter kan vi uppnå vad Kvale & Brinkman benämner som analytisk generalisering (Kvale & Brinkman 2009). Avslutningsvis har vi även tagit hänsyn till objektivitetskravet vilken innebär att vi så långt det går försökt att skilja mellan fakta och våra värderingar. I och med detta har vi sökt att låta materialet leda vägen fram till resultatet utan förutfattade meningar och vinklingar. Vi har själva reflekterat kring de val vi gjort med stöd från vår handledare (Thomassen 2008).

## 6. Resultatredovisning

Resultatredovisningen inleds med en presentation av informanterna. Därefter sker resultatredovisningen genom teman där både deltagarnas och drogterapeuternas åsikt redovisas. Våra teman är följande: varför deltar man i gruppen och vad tycker man om verksamheten, mötena och dess form samt terapeuterna och gruppdeltagarnas betydelse. Varje tema kommer att avslutas med en sammanfattande analytisk del där texten tolkas med hjälp av våra teorier, tidigare forskning samt vårt syfte och våra frågeställningar. Avslutningsvis besvaras våra frågeställningar.

### 6.1 Presentation av informanterna

Vi har intervjuat sammanlagt sex personer, fyra deltagare ur gruppen, varav en kvinna, och de två drogterapeuterna som håller i gruppen, en man och en kvinna. I uppsatsen kommer vi, som vi tidigare nämnt, benämna samtliga informanter som män på grund av anonymiteten. Den första deltagaren i gruppen är i 40-års åldern och har en problematik kring morfin- och sömntabletter. Han har varit med i gruppen sen juni förra året. Deltagare nummer två är i 50-års åldern, har ett alkoholmissbruk och har deltagit i gruppen sedan ca sex månader tillbaka. Den tredje gruppledanden är i 25-års åldern, har cannabis och tabletter som huvuddrog och har deltagit i gruppen sedan den startade sommaren 2009. Slutligen är den sista deltagaren vi intervjuat i 50-års åldern, har en missbruksproblematik kring amfetamin och har deltagit i gruppen sedan i oktober 2009. Några av deltagarna är även med i någon annan verksamhet än Motivationsgruppen. Två av deltagarna är med i tolvstegsprogrammet som hålls i samma lokaler en gång i veckan av en av terapeuterna. En annan deltagare går på NA möten ungefär varannan dag. Droгterapeuterna har olika utbildningar och tidigare erfarenheter. Den ena droгterapeuterna har genomfört en utbildning i Islandsmodellen (en konflikthanteringsmodell) på ett och ett halvt år, är tolvstegsterapeut och har även kunskaper om KBT och i ASI. Den andra droгterapeuten utbildade sig till motivatör 2003.

### 6.2 Varför deltar man i gruppen och vad tycker man om verksamheten?

Tiden innan deltagandet i gruppen hade en deltagare varit på flertalet LVM och åkt ut och in på avgiftning. En annan deltagare har haft perioder av drickande som accelererade mer och mer efter hans skilsmässa. Den tredje deltagaren har mer eller mindre missbrukat sedan denne var 13 år gammal. Den fjärde deltagaren har inte så tydliga minnen av tiden precis innan den började i Motivationsgruppen.

Tre deltagare kom i kontakt med Motivationsgruppen via sin handläggare inom Socialtjänsten. En deltagarens intresse väcktes när han besökte Öppet hus som är ett bistånd för vuxna missbrukare i samma lokaler som Motivationsgruppen. En av informanterna uppger att han blev tilldelad en utförare på Vuxna Utförare innan informanten började i Motivationsgruppen.

Samtliga deltagare säger att det är mycket som har förändrats kring deras missbruk och liv i övrigt sedan de började i Motivationsgruppen. En deltagare säger att allt har förbättrats sedan starten i Motivationsgruppen då denne har fått lägenhet, håller sig nykter och mår bättre. En annan informant berättar att kontakten med anhöriga har blivit mycket bättre, vilket han är



glad för. Samtliga informanter uppger att missbruket har minskat sedan de börjat delta i Motivationsgruppen. En informant har nu varit nykter/ren i två veckor vilket inte har hänt på över 20 år. En annan av deltagarna berättar att han i dagsläget är så gott som nykter/ren och ska snart börja jobba. Förutom några återfall under resans gång så ser sig två av informanterna som drogfria idag.

*Det är ju det att man har ett liv igen.. träffar vänner igen...till och med gått ut! så att de.. de är ju sån skillnad.. så de...man lever...sen de sociala...egenskaper liksom att träna upp å träffa folk å prata med folk allting det får man ju här i gruppen...det...man lär sig å bli den här sociala människan igen som man absolut inte e i missbruket, så det är en sån skillnad..*

**Deltagare**

*Ja det mesta, det är jäkla mycket som har förändrats. Jag har fått en annan syn på livet*

**Deltagare**

Det är ingen av deltagarna som har upplevt någon längre väntetid för att få börja i Motivationsgruppen. Däremot var det en av deltagarna som fick höra talas om Motivationsgruppen innan den startade och fick därför vänta någon månad. Det är ingen av deltagarna som idag upplever något direkt tvång från sin handläggare inom Socialtjänsten att delta i Motivationsgruppens möten. Dock har deltagare tidigare känt av ett visst tvång och en deltagare upplever idag att hans handläggare har en önskan om att han ska vara med i Motivationsgruppen.

*I början kände jag ju en del, då tyckte jag ju liksom jaha nu ska dom tvinga mej till nånting igen å tolvstegsprogram och hitan och ditan och då var det ju men att det tog väl några månader och sen så tyckte jag att det funkade jättebra för mig...*

**Deltagare**

*Ja lite grann känner man ju, det kan jag inte förneka men vill jag inte gå hit kan jag bara stanna hemma också men i och med att jag tycker att det är bra för mig och det ger mig mycket så så därför fortsätter jag, jag känner inget tvång från min handledare så men lite grann vill hon att jag ska gå här så men som sagt så vill jag inte gå hit så går jag inte hit. Så är det bara.*

**Deltagare**

Terapeuterna tror inte att deltagarna känner något tvång att gå på Motivationsgruppsmöten och vill att deltagandet i gruppen ska bygga på frivillighet. Om någon känt sig tvingad att gå dit hade det kunna förstört sammanhållningen i gruppen menar de. Trots det har det däremot förekommit att deltagare kommit dit via frivården och då därifrån känt en press att komma på mötena. Även deltagarna uppger att de själva valt att delta i Motivationsgruppen och att de gör det för sin egen skull. De har olika tankar och mål med sitt deltagande i Motivationsgruppen även om den gemensamma nämnaren är att hålla sig drogfri och ha ett fungerande liv.

*jag går väl hit för jag vill lära känna mig själv lite bättre och ta reda på den riktiga anledningen till varför jag har knarkat och ja ta itu med känslor och sånt*

**Deltagare**

*det är att bli drogfri och att komma ut i arbetslivet och kanske få gemensam vårdnad om min dotter igen*

**Deltagare**

Den ena terapeuten menar att vad som kan ses som ett lyckat deltagande i Motivationsgruppen är något som deltagarna själva måste bestämma medan den andra menar att varje dag utan droger är en framgång.

*... de enda som kan svara på det är egentligen klienterna själva, för det kan se så olika ut det, då går man nästan tillbaka till en ursprungsfråga som är vad är en lyckad behandling? Å om jag skulle svara på det är det JAG som skulle svara på det? Det kan ju inte jag, det beror ju på individen, jag menar en individ som får ner sin alkoholkonsumtion till hälften och kanske får struktur på sin vardag, är det en lyckad behandling? Ja det kan man ju fråga individen..*

**Terapeut**

*varje drogfri dag som är, har du gått på droger ett år eller tio år och du har kanske börjat här och gått här i ett halvår och du är drogfri varannan dag bara det är ju.. varje dag utan en drog är ju lyckat*

**Terapeut**

På frågan om deltagarnas uppfattning om Motivationsgruppen är samtliga positiva. De hade dock svårigheter att ge exempel på vad som är positivt med verksamheten. En deltagare ger exempel på vilket stöd verksamheten har varit för honom då den har fungerat som en hjälp att hantera problemen genom att diskutera dem istället för att som tidigare använda rusningsmedel. En positiv egenskap hos verksamheten är regeln om att det som tas upp i gruppen inte förs vidare. Det är ingen av deltagarna som säger något negativt om verksamheten i detta sammanhang.

*Nä men det är jättebra och det är liksom att det inte är nått tvång att vara drogfri när man kommer hit utan det växer på nått sätt inom en liksom det...det kommer efter hand liksom. Man slutar, eller ja slutar och slutar har jag ju inte gjort helt och hållet men det är ju obefintligt...*

**Deltagare**

*Ja, det som sägs här stannar här och det är mycket man kanske behöver prata om och men som man kanske inte kan prata med sin soc om för då kan det bli andra konsekvenser hit kan man gå och säga allt vad man vill säga och det stannar här.*

**Deltagare**

*Jag tycker att det är hur bra som helst. För på nått sätt så hjälper det. På vilket sätt, jag kan inte sätta nått finger på vad det är som gör att det hjälper men det har ju hjälpt mig i alle fall.*

**Deltagare**

Terapeuterna anser att det inte finns något de inte uppskattar med verksamheten, möjligen ser de något hinder:

*Jag ser bara positivt, det finns inge negativt..... Att se de killarna och tjejerna som när dom började här vilket skick de va och sen möta dom nu, det är helt underbart, det finns inga hinder: Hindret är väl det att dom, hur vi ska få våran tid att räcka till eftersom behovet är så stort*

**Terapeut**

Det terapeuterna ser som positivt med verksamheten är att deltagarna blir sedda och lyssnade på. De möter deltagarna med respekt och har skapat en miljö där medlemmarna kan vara öppna med och prata om sitt missbruk och tiden innan.

Deltagarna uppger att de försöker gå på möten till Motivationsgruppen så ofta som möjligt. Två deltagare berättar att de uteblivit då de tagit återfall. Deltagarna anger även sjukdom och andra åtaganden som skäl till frånvaro. En av deltagarna beskriver sin oro för att en dag vara tvungen att lämna gruppen och betraktas som färdigbehandlad. Ett exempel på hur en informant pratar om sitt deltagande i Motivationsgruppen är:

*eller att jag har haft migränanfall å så så att... så då sitter jag hemma och ser på klockan att fan också...så det är jättejobbigt är det*

**Deltagare**

*nä men.. jag har aldrig kunnat fullfölja nånting i hela mitt liv liksom jag har gått två tre gånger sen har jag inte gått mer här mår jag dåligt om jag är hemma en dag fast att jag är sjuk så känns det fel när jag är hemma så det är.. så det är helknäppt*

**Deltagare**

Deltagarna uppskattar att Motivationsgruppen finns nära till hands, speciellt när de började i gruppen. Detta håller en av terapeuterna med om. Han menar även att det har betydelse att det inte ligger vid socialkontoret. Det ligger en bit därifrån och platsen ses därför som mer neutral menar terapeuten. Det är några av deltagarna i gruppen som inte bor kvar i stadsdelen idag.

*ja det är det, det är jättebra, liksom det att man inte behöver åka..spårvagn en halvtimme liksom för det är det inte många som klarar i missbruket heller å speciellt inte när man är fri från det eller ja mer eller mindre fri från missbruket då har man ofta svårt för platser där det är mycket folk så att det har en stor betydelse*

**Deltagare**

*ja det är som de säger, hade det här legat på andra sidan stan vette fan om jag åkt dit utan det är bra att det ligger lokalt så att säga i närheten för det är lätt för alla att komma hit så det tycker jag är bra faktiskt det här borde varena stadsdel ha egentligen.*

**Deltagare**

### 6.2.1 Sammanfattade analys

Samtliga deltagares liv har förändrats till det bättre och deras missbruk har minskat sedan de börjat i Motivationsgruppen. Detta kan ses som ett tecken på att verksamheten fungerar och uppfyller sitt syfte, vilket även visats i b-uppsatsen om Motivationsgruppen (se Stridsman & Molin 2009). På liknande sätt visar tidigare forskning att deltagande i gruppverksamheter leder till minskat missbruk. Exempelvis Humphreys et al. (2004) berättar att AA- och NA-deltagares missbruk är mindre än de med missbruksproblem som inte deltar i dessa verksamheter. Humphreys et al. tar även upp att självhjälsgrupper förbättrar deltagarnas mående och social förmåga vilket vi även sett i Motivationsgruppen. Motivationsgruppen är ju varken en AA/NA-grupp eller en självhjälsgrupp men har gemensamma drag med dessa.

Att ingen av deltagarna behövt vänta på att få börja i gruppen kan ha bidragit till en positiv bild av verksamheten redan från start. En negativ aspekt som några av deltagarna beskriver är att de tidigare känt av ett visst tvång från sin handläggare på socialtjänsten att delta i Motivationsgruppen. Här känner deltagarna kanske av den makt som handläggaren tilldelats av samhället (Bernler & Johnsson 2001). De kan vara oroliga att om de inte deltar i gruppen så kan de drabbas av sanktioner så som sänkt försörjningsstöd. Tvånget verkar dock vara mer

närvarande i början av deltagandet i gruppen. De deltagare som varit med under en längre tid är där för sin egen skull. Deltagaren kan alltid välja att inte komma till gruppen.

Motivationsgruppens regler har skapats av terapeuterna. Ett sätt att öka gruppens deltagande i beslutsfattandet och därmed empowerment hade kunnat vara att deltagarna varit med och skapat gruppreglerna. Något som dock hjälper att stärka deltagarna är att de själva ansvarar för att utforma sina mål med deltagande i gruppen. En av terapeuterna menar att ett av deras mål med gruppen är att väcka hopp att förändringsarbete är möjligt vilket skulle kunna ses som en form av medvetandegörande av deltagarna och därmed är det ett sätt att arbeta empowermentinriktat. Detta är något som vi fick en känsla av när vi genomförde våra deltagande observationer. Även en av deltagarna visar prov på detta när han berättar att han genom sitt deltagande i gruppen har lärt sig att hantera sina problem genom att diskutera dem istället för att berusa sig. Enligt KASAM innebär *hanterbarhet* att individen upplever att han har resurser att hantera sina problem. Det verkar alltså som att Motivationsgruppen hjälpt deltagaren att förbättra sin känsla av *hanterbarhet*.

Alinsky (i Starrin 1997) menar att det inte är möjligt att tillfullo förstå hur stor betydelse det har att människor agerar utifrån sin egen önskan och motivation istället för att agera utifrån någon annans önskan eller order. Att nå egna uppställda mål på egen hand ger människor en enorm tillfredsställelse (Starrin 1997). En av terapeuterna menar att det är deltagarna själva som måste avgöra vad som är ett lyckat deltagande i gruppen vilket är ett tecken på att de arbetar empowermentinriktat. Även Moula menar att i förändringsarbete måste man respektera människans individuella kunskaper och erfarenheter. Individen själv måste vara aktiv i förändringen vilket är andledning till att det kan ta tid. Förändringsarbetet misslyckas vanligen om individen inte vill förändras eller om denna process inte utgår från dennes egna önsknings (Moula 2009a).

Terapeuterna ser bara positivt på verksamheten vilket kan vara ett tecken på att de har en hög grad av KASAM, att de upplever en känsla av *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet* i sitt yrkesutövande. Även om de ser att verksamheten har vissa hinder, så som brist på tid och pengar, så har de strategier för att hantera detta och försöker göra det bästa av situationen. Deltagarna är också positiva till verksamheten även om de har svårt att benämna konkret vad som gör att den fungerar för dem. Utvärderingen av motivationsgruppen i Linköping visar ett liknade resultat, där både deltagare och personal är nöjda och upplever att ett stort behov tillgodoses av verksamheten (Moberg 2010). En annan tolkning kan vara att de deltagare som är kvar i Motivationsgruppen är de som trivs där och att de som inte uppskattat verksamheten har lämnat den. Deltagarnas positiva hållning kan även vara ett sätt för dem att rättfärdiga sitt val att vara med i gruppen. Enligt Kelly & Moos (2003) är de som mest sannolikt stannar kvar i tolvstegsgrupper de som tar till sig gruppens beteende. Detta är något som även kan sägas om Motivationsgruppens deltagare.

Terapeuterna möter deltagarna på ett sätt som gör att de känner sig sedda, lyssnade på och respekterade. Detta tycks vara något som är en av verksamhetens framgångsfaktorer. Det kan även bidra till en förbättring av deltagarnas KASAM genom att gruppen hjälper dem att skapa en mening i tillvaron. Detta bemötande kan även stärka deltagarna och locka fram deras naturliga kapacitet att kunna ta makten över sitt eget liv, det vill säga empowerment.

Deltagarna säger att de kommer på mötena så ofta de kan vilket exempelvis kan bero på att de upplever sig ha behovet, trivs i gruppen, får stöd eller känner att det ger en viss kontroll över missbruket. Att deltagarna väljer att komma på mötena så ofta som möjligt tror vi är en viktig

faktor i att de lyckas hålla sin konsumtion nere. Detta är något som även tidigare forskning visar, exempelvis Ritsher et al (2002) visar att de som fortsätter med regelbunden behandling har större chans att hålla sig drogfria och att det är kontinuiteten som är det viktiga.

I Adams (2008) talar man om att medlemmarna inte ser resultatet av sitt deltagande som en total frigörelse från problemet utan snarare ett sätt att hantera problemet från vecka till vecka, med andra ord blir medlemskapet i gruppen en del av livet (Adams 2008). En risk kopplad till detta är att deltagarna i Motivationsgruppen kan hålla nere sin konsumtion endast så länge de deltar i gruppen. Detta ger en av deltagarna uttryck för när han talar om sin oro inför att en dag behöva lämna gruppen.

Både deltagarna och terapeuterna i Motivationsgruppen ser fördelarna med att gruppen ligger i deltagarnas närområde. Detta var speciellt viktigt när deltagarna var nya i gruppen.

Effekterna av närheten har även visats i en studie, som Kelly och Moos tar upp, visar att den geografiska närheten resulterar i en högre närvaro i gruppen (Kelly & Moos 2003). Även i projektutvärderingen av HANS ses närheten som en positiv del av programmet (Gränsbo 2009).

### 6.3 Terapeuterna och gruppdeltagarnas betydelse

Inför ett Motivationsgruppsmöte är det ingen av deltagarna som känner sig nervösa eller oroliga snarare är mötena något de ser framemot. En deltagare berättar att han längtar till mötena och att få träffa de andra deltagarna. Dock är det en av informanterna som antyder att det tidigare inte känns lika bekvämt och naturligt att vara med i gruppen. Den ena terapeuten anger att de inte vet vad som kommer att hända under möten och att tiden innan främst ägnas åt förberedelser för frukosten och att bli lugn och lägg undan andra funderingar. Under ett möte kan gruppprocessen väcka känslor hos deltagarna som är betungande men samtidigt upplever de mötena som ett ställe där de kan ventilerar sina känslor och lyfta det som fyllt ens tankar sedan förra mötet. En av gruppmedlemmarna berättar att han även kan bli orolig för andra deltagare i gruppen och sitt barn.

*...känslorna har tatt över liksom att man bryr sig otroligt mycket om de andra i gruppen, att man blir orolig när de unga pojkarna inte kommer, det man tänker på vad dom gör å... så där då. men att det är ju aldrig att man sitter å...eller jag då, att jag då mår dåligt när jag ska gå hit och jag mår aldrig dålig under en gruppprocess...eller ja det är väl klart att man kan göra det med när man hör på dom här, unga pojkarna då, å liksom hur dom har haft problem med sina föräldrar, om dom har haft missbruk och sånt..då blir det..då får man ju ångest som förälder själv då då tänker väldigt hur mycket hur ska det gå för min dotter, som har växt upp med det här?*

**Deltagare**

En av terapeuterna beskriver känslan under och efter ett möte så här:

*det känns som om det här är äkta, det känns bra, efteråt så känner jag mig trött, det tar på en för jag är tvungen att vara så uppmärksam, å det är så mycket känslor i omlopp så vi jobbar ju med känslomässig smärta och då blir jag trött....*

**Terapeut**

Terapeuterna har alltså en positiv upplevelse av gruppmötena och båda terapeuterna är trötta efteråt. Samtliga deltagare har en bra känsla efter mötena och beskriver det i positiva ordalag och använder ord som ”harmonisk” och ”lugn”. En deltagare berättar att det känns bra att prata om det som tynger honom vilket gör att det känns bättre efteråt. Deltagarna i Motivationsgruppen berättar att de känner att de vågar tala fritt och att alla har lika mycket utrymme och inflytande i gruppen. De tycker även att stämningen i gruppen överlag är bra och att deltagarna bryr sig om och tar hänsyn till varandra.

*...det är ju en samhörighet å här är inget tabu att säga utan man kan säga precis vad man tycker och tänker och känner liksom här finns inga förbjudna ämnen.*

**Deltagare**

*Jag har aldrig nog i hela mitt liv talat så fritt inför andra människor som jag gjort här om mig själv*

**Deltagare**

*Men dom som varit med. Vi är väl en kärna på fem-sex stycken det känns som syskon...*

**Deltagare**

Även terapeuterna tycker att det är en bra stämning, att de visar varandra hänsyn samt att de vågar tala fritt i gruppen. Möjligen har det någon gång uppstått språkproblem och därför har någon deltagare inte fått lika mycket utrymme. Utöver detta är det en trivsamt atmosfär i gruppen, en av terapeuterna berättar:

*kanon, den är mycket bra, och det har den varit hela tiden, vi har faktiskt, det är jättegott stämning i gruppen den ger energi, även om vi har uppe våra ämnen här så finns det en jätteskön anda..*

**Terapeut**

När deltagarna ska berätta om vad de själva tror att de betyder för gruppen har de olika teorier. Två deltagare tror att de kan bidra med sin livserfarenhet, en annan tror att han ses som en *go kompis* medan en annan inte vet riktigt men upplever att de andra blir glada att se honom på mötena. Det finns även deltagare som andra deltagare ber om råd och tips. På följdfrågan om hur det känns att ha fått den positionen i gruppen berättar han:

*nä men det känns ju bra det också, i början hade jag aldrig orkat med det men nu nu är det helt ok...det är roligt när dom kommer och anförtror sig liksom, det är jättekul*

**Deltagare**

Något som en av deltagarna ser som negativt är att det kan vara lite stor åldersskillnad mellan deltagarna på mötena och att det därför är svårt att förstå varandras problematik. En annan deltagare tycker att gruppen är lagom stor och alla hinner komma till tals men att det beror på hur många som kommer på mötena. Han efterfrågar därför fler, liknande grupper då behovet finns. Båda terapeuterna skulle vilja dela upp gruppen mellan de deltagare som använder alkohol och de som använder narkotika. De menar att även om det handlar om beroendeproblematik båda två så är konsekvenserna olika. Detta är dock en ekonomisk fråga.

*det är ju sällan som någon dör av dom som är 30 och dricker men en heroinist riskerar ju att dö varje gång. Det är väl det som jag tror hade varit väldigt bra, att göra en förändring men vi vet inte hur vi ska göra än*

**Terapeut**

Deltagarna har endast positiva beskrivningar av terapeuterna. Relationen mellan deltagare och terapeut kan beskrivas som en öppen hjärtig sådan och man kan se att det finns ett ömsesidigt förtroende. Detta var något vi upplevde under våra deltagande observationer. Deras funktion i gruppen anses vara någon som håller i och styr upp mötet om det skulle behövas.

Terapeuterna ställer frågor för att deltagarna ska öppna upp sig. Deltagarna får även stöd utanför mötesituationen, exempelvis har en av deltagarna fått hjälp av en av terapeuterna vid en rättegång. En av deltagarna ser terapeuterna som en del av gruppen och känner en viss skyldighet att klara sig gentemot dem.

Terapeuterna anser sig båda vara betydelsefulla för gruppen och tror inte att vem som helst skulle kunna hoppa in och leda den. Det är viktigt att de har en bra relation till deltagarna och att deltagarna har förtroende för dem. En av terapeuterna menar att gruppen präglats av att det är just de två som håller i den och att terapeuterna måste godkännas av gruppen. På fråga om vilken funktion terapeuterna har under mötena påminner terapeuternas svar mycket om deltagarnas och menar att de är *ankare* och hjälper dem att prata och fördela ordet. Den enda terapeuten ser sig själv som en god förebild på att förändring är möjligt i och med att denne själv har *ägt känslan* då han själv haft missbruksproblem.

De fyra deltagarna har olika uppfattningar om hur det är när det kommer nya personer in i gruppen. Två deltagare tycker att det är lite jobbigt i början innan de fått någon uppfattning om personen.

*Mmmm jo man blir ju så där lite osäker på vad det är för människa å sen efter ett tag, om de väl fortsätter så är det helt okay, då är det ingen fara så.*

**Deltagare**

*...nä alla blir likadana liksom...vi har väl haft nära liksom nä jag har inga problem och jag har inga konsekvenser och bla bla ..men när man har pratat med dom nära gånger så inser de ju att dom har problem så det måste ju komma nya så att gruppen ska utvecklas så att de...*

**Deltagare**

De andra två deltagarna tycker bara att det är roligt när det kommer nya till gruppen. Terapeuterna ser att det påverkar gruppen men anser att det går bra att ta in nya och att deltagarna är välkomnande och intresserade av de nya medlemmarna. När det ska komma nya medlemmar till gruppen har de inskrivningssamtal med personen och dennes handläggare då de avgör om personen är lämplig för verksamheten. Tidigare hade de inläpp hela tiden, de tycker dock att det är viktigt att gruppen inte blir för stor vilket är anledningen till att det inte tas in nya medlemmar just nu.

*Ja, sen har jag ju flaggat just detta för gruppen den får inte bli för stor, för då får ju jag som jobbar, som terapeut jag håller ju i alltså koll på vad som händer i hela grupprocessen och blir den för stor kan jag ju tappa någonting..*

**Terapeut**

Ibland händer det att det kommer personer som bara är med på något eller några möten och sedan inte kommer tillbaka. Varför detta händer har deltagarna olika teorier kring, den vanligaste är att de inte är mogna för det.

*det har ju hänt..det..inte mycket..men det har hänt.. men då är dom väl inte klara och har inte fått dom här riktigt värsta konsekvenserna än..så att då är dom väl inte klara*

**Deltagare**

*ja du om de är osäkra på den här metoden eller om de är tvingade gå hit eller ja ja vet inte, jag har inget svar på det faktiskt.*

**Deltagare**

Terapeuterna tror att det beror på många faktorer exempelvis att personen är inne i ett för aktivt missbruk, att han har hamnat på avgiftning, inte redo för det eller inte passar för eller uppskattar gruppverksamhet.

### 6.3.1 Sammanfattande analys

Makt är närvarande i alla relationer. Bernler och Johnsson (2001) menar att för att behandlingsarbetet ska fungera krävs att terapeuterna fått sanktion av deltagarna att utföra behandling, vilket innebär så kallad bekräftad makt. Denna makt innebär att terapeuterna har deltagarnas godkännande att handla (Bernler & Johnsson 2001). Terapeuternas makt visas redan vid inskrivningen av nya deltagare i gruppen eftersom det är de som avgör om en person är lämplig för gruppen. Detta medför att terapeuterna skulle kunna välja att inte släppa in deltagare som är negativt inställda till gruppen. Att terapeuterna fått deltagarnas godkännande exemplifierades i ett samtal med en av terapeuterna angående vårt deltagande i Motivationsgruppen. Terapeuten menar att genom hans godkännande av vår närvaro i gruppen så godkände även deltagarna detta då de litar på honom. Terapeuterna har lyckats skapa en miljö där deltagarna känner sig bekväma vilket visar sig i beskrivningarna av känslorna innan mötena där de berättar att de ser fram emot dem och att den nervositet de en gång haft inte längre finns kvar. Deltagarna kan även ta upp saker som tynger dem som de efteråt känner sig lättad över att de tagit upp. De litar på terapeuterna och ser att de kan hantera deras känslor. Ett tecken på en av terapeuternas *hanterbarhet* är att trots att han uttryck att han inte vet vad som kommer att hända under ett möte så gör detta honom inte nervös. Deltagarna månar om och bekymrar sig för varandra vilket visar att de är engagerade i gruppen. Ett engagemang i tolvstegsgruppen menar Timko et al. (2006) är viktigt för att resultatet av deltagandet ska bli så bra som möjligt.

Alla grupper kan fungera stärkande (empowering) eller nedbrytande (disempowering) för individen (Adams 2008). I litteraturen om empowerment är det vanligt förekommande att hävda att för att kunna arbeta empowermentinriktat måste man själv vara empowered (exempelvis se Adams 2008). För Motivationsgruppen innebär detta att terapeuterna bör vara det för att kunna hjälpa deltagarna med empowerment. Vår upplevelse av terapeuterna är att de arbetar empowermentinriktat med gruppen (Adams 2008). Terapeuternas trötthet efter mötena tyder på ett engagemang samt att de ger och får ta emot mycket under mötena. Detta visas även genom att deltagarna går därifrån lättade och harmoniska.

Gruppen leder till att deltagarna känner sig behövda då de kan bidra med sina livserfarenheter, vara en bra kompis och visa att de uppskattar de andra deltagarna. Detta, att de känner att de är en del av gemenskapen, skulle kunna medföra att deltagarna upplever en känsla av *meningsfullhet* vilket gör att de lättare kan hantera motgångar. Då gruppen ser sig själv som en familj, vilket visats i citat och under observationer av gruppen, kan man tala om en grupp-



KASAM. Det innebär att gruppen har en gruppmedvetenhet eftersom den har en viss varaktighet. Gruppen kan då ha en starkare gemensam KASAM än dess individer. Detta är något som kan vara aktuellt här.

En framgångsfaktor för gruppen är deltagarnas positiva inställning till terapeuterna. Detta kan även bestyrkas av Sandells artikel (2004) som visar att behandlingens effekter är beroende av personens förväntningar, förutsättningar, behandlingsalliansen samt bemötandet. Då deltagarna är positivt inställda till terapeuterna gör detta att de har positiva förväntningar vilket är en god förutsättning för ett gynnsamt resultat. Även i utvärderingen av projektet HANS tas den goda relationen mellan terapeut och deltagare upp som en gynnsam aspekt av verksamheten (Gränsbo 2009). Terapeuterna i Motivationsgruppen är betydelsefulla för verksamheten vilket de själva också upplever. Denna upplevelse av *meningsfullhet* kan göra att de fortsätter att utföra ett bra arbete. Att terapeuterna och de flesta deltagare går ut och röker tillsammans gör att de umgås på ett mer avslappnat sätt, mer på samma nivå. Detta kan bidra till att deltagarnas uppskattning av terapeuterna.

Att deltagarna ser det som positivt att terapeuten använder sin makt för att styra rundorna och fördela ordet i gruppen är ett tecken på att de accepterat hans position i gruppen. Genom deltagarna och terapeuternas beskrivning av deras relation finns en fungerande behandlingsrelation. Enligt Bernler och Johnsson kräver en sådan att den resursmakt och tilldelade makt som existerar erkänts och minimerats så mycket som möjligt (Bernler & Johnsson 2001). Några deltagare uppger att gruppen inte skulle kunna fungera utan terapeuterna vilket skulle kunna stämma i sak men ur ett empowermentperspektiv bör terapeuterna arbeta med att inte göra sig så centrala i gruppen. En förklaring till att arbetet med empowerment i gruppen skulle kunna förbättras kan finnas i Adams (2008) som menar att socialarbetare inte själva är i den positionen att de kan ge människor makt då de själva är maktutövande (Adams 2008).

Björling (2005) tar upp hinder för empowerment i grupp, exempelvis att det finns mindre grupper inom gruppen. De andra hindren är att grupp känsla saknas, att folk kommer och går samt att alla inte håller sig till reglerna. I vår studie talar en av deltagarna om att det finns en kärngrupp inom gruppen som består av fem-sex deltagare som varit med en längre tid i gruppen. Björling menar att detta är ett exempel på samhällets maktstrukturer och hierarkier och därför utgör det ett hinder för att empowerment ska utvecklas i gruppen. Deltagarna uttrycker inte att det skulle saknas en grupp känsla i gruppen utan snarare tvärtom. Både deltagarna och terapeuterna säger att de bryr sig om och tar hänsyn till varandra samt talar fritt i gruppen. Dock kan det vara så att vi har intervjuat kärngruppen och det endast där finns en grupp känsla, men det förklarar inte terapeuternas utsagor om grupp känslan. Under våra deltagande observationer var det några deltagare som närvarade vid samtliga tillfällen och vi fick vissa indikationer på att detta skulle kunna vara en kärngrupp. Ett annat problem för att skapa en grupp känsla kan vara den brist på identifikation mellan yngre och äldre deltagare som nämns i citaten men deltagarna pratar ändå om en grupp känsla i stort. Varken deltagarna eller terapeuterna upplever att folk kommer och går i någon stor utsträckning även om det förekommer (Björling 2005). Vi upplevde att deltagarna höll sig till gruppreglerna med några få undantag, exempelvis hände det någon gång att deltagare använde sin mobiltelefon under mötet. En bidragande orsak till att deltagarna upprätthåller reglerna kan vara att de upprepas vid varje mötes start. Det kan även bero på att de ser gruppen som viktig och vill respektera dess regler.

## 6.4 Mötena och dess form

Deltagare är nöjda med formen på mötena som den ser ut idag. Tre av deltagarna tycker att det är lagom antal tillfällen i veckan medan en deltagare säger att han skulle kunna gå varje dag. De tycker det är bra att de kan äta frukost tillsammans och prata innan mötet. Deltagarna tror att detta ökar samvaron och bidrar till bättre och mer avslappnad stämning i gruppen.

*nä men det är jättebra man får ju öva upp sin sociala förmåga och den, den försvinner ju när du håller på (...)  
...) utan man sitter ensam hemma och stoppar i sig(...) du springer ute på stan eller nått sånt utan då sitter man  
i sin ensamhet.*

**Deltagare**

På frågan om rundorna, då de berättar vad som hänt sedan sist, kan fungera som en sporre för att hålla sig ren mellan mötena svarar de lite olika. En deltagare säger att det skulle det kunna göra men inte för honom. En annan menar att det gör det nog men att det även kan vara skönt att få berätta om man tagit ett återfall så gruppen vet vad som hänt och kan då få stöd. Positivt med rundorna är att få berätta och känna sig stolt över att man håller sig ren. Detta är något som även terapeuterna vittnar om. De menar att det är viktigt att prata om återfallen och att deltagarna vågar berätta om dem.

*Ja jag känner mig stolt när jag säger att nu har jag varit nykter i två veckor och det får jag feedback på också  
Bra, fortsätt den vägen och pushar på lite extra, så ja det känns bra.*

**Deltagare**

*ja det tror jag kan vara skönt, för dom att berätta att de varit nyktra mellan för de är ju väldigt stolta för det jag  
menar vi förstärker ju det framsteget däremot är det ju också viktigt att de pratar om om de har tagit ett återfall,  
druckit till eller tagit narkotika, och att de får prata om det för det blir de också stolta över, att de vågar berätta,  
så de blir inte skammade eller någonting, däremot lägger vi inte så mycket vikt vid själva återfallet utan stärker  
upp det som har gått bra, för det är ju det som är det viktiga för återfall, ja det är ju tråkigt va men men att  
fokusera på dom dagar som går bra är ju viktigare, det är ju positiv förstärkning alltså man kommer längre med  
positiv förstärkning.*

**Terapeut**

Att Motivationsgruppen inte har något krav på drogfrihet ställer sig deltagarna positiva till och menar att det har stor betydelse. Det verkar vara en av andledningarna till att de är där. Tre deltagare upplever inte det som obehagligt eller negativt på något annat sätt om någon kommer påverkad till mötet, det är ju då man behöver hjälpen menar en. De tycker inte att det blir svårare för dem att hålla sig drogfria för att någon annan kommer dit påverkad. Det händer att deltagare får delta passivt i mötet om denne är för berusad. En deltagare berättar att han valt att inte närvara på mötet då han varit påverkad eftersom han upplevt att andra stört när de varit påverkade men tycker ändå att det är bra att det inte ställs något krav på drogfrihet.

*...hade det varit nolltolerans här så hade ingen av oss som sitter här idag suttit här idag. Det tror jag inte. Det  
hade aldrig funkat, det är det som är så bra dom hjälper en utefter vart man är liksom. Inga krav.*

**Deltagare**

*Nej jag ser ju det positiva att det inte är nått tvång med det, hade det varit tvång så vette fan om jag suttit här. Ja då hade man nog slått bakut lite grann. Nej jag ser det positivt att dom möter mig som jag är istället för att påtvinga mig någonting som inte stämmer för mig så att säga nej det tycker jag är helt okej.*

**Deltagare**

*man får vara sig själv när man kommer hit..öh..och det kan snarare va, när det kommer en ny i gruppen då...det började en kille precis här nu som går på jättemycket tabletter och för mig å få han var väldigt, väldigt nyttigt för då var det liksom att där vill jag aldrig hamna igen, att få se det så tydligt är snarare en sporre  
..... man får inget sug av å se det, man vill bort faktiskt*

**Deltagare**

Deltagarna tycker att det är bra att de inte blir utestängda vid ett återfall utan att de snarare är mer välkomna än vanligt då. En av deltagarna berättar även att det är skönt att få prata av sig inför gruppen efter ett återfall.

*Det är bra för man ska bemöta folk i den position de är i. När de kommer hit och det är ju oavsett om de är påverkade eller inte. Men oftast när man är påverkad det är ju då man behöver hjälpen. Å då ska man inte behöva bli utestängd från gruppen utan det är ju då ju man egentligen ska få komma in som mest*

**Deltagare**

Även drogterapeuterna är överens om att avsaknaden av krav på drogfrihet är den rätta vägen att gå och ser det som en förutsättning för verksamheten. Dock menar en av terapeuterna att det kan finnas en risk för att gruppen kan användas som täckmantel för missbruket men detta är inget de upplevt.

*Men är du drogfri så behöver du ju ingen hjälp. Det finns ju ingen människa som behöver hjälp om du är drogfri. Jag vet inte varför man behöver hjälp då.... jag menar har du knarkat ett par år kan du ju inte bli drogfri på nån vecka för det är ju en hel livstid. Det är ju omänskligt... det är ju väldigt ovanligt att man inte tar återfall.... det är ju därför de ska vara här.*

**Terapeut**

*Å jag märker inte av att folk är omotiverade bara för att de inte lyckats hålla sig helt drogfria. Och de är jättemotiverade men de har inte hittat riktigt vägen fram. Det är ju det som jag som terapeut ska hjälpa dom att nå.*

**Terapeut**

*....alltså man är ju inte intelligensbefriad bara för att man går på en drog utan att man kan ju faktiskt lära sig saker ändå.*

**Terapeut**

#### 6.4.1 Sammanfattande analys

Terapeuterna är, utifrån sitt yrke som behandlare, i en maktposition gentemot deltagarna. Under mötena kom detta att ta sig uttryck genom att de styr rundorna och fördelar ordet i gruppen. Det är fritt för deltagarna att interagera och kommentera varandras upplevelser. Under våra deltagande observationer visade sig detta både genom att de kommenterade varandras och våra berättelser. Den maktrelation som råder mellan deltagare och terapeut är den komplementära interaktionen, det vill säga när parternas handlande kompletterar varandra. Detta medför att makten är i obalans vilket innebär att deltagaren är ”one-down” och terapeuten är ”one-up”. Dock kan relationen bli metakomplementär då deltagaren styr,

exempelvis då det är upp till deltagaren att acceptera terapeutens makt (Bernler & Johnsson 2001). Detta har deltagarna i Motivationsgruppen gjort.

När deltagarna berättar om återfall känner de sig lättade efteråt. Terapeuterna, som använder sig av positiv förstärkning, lägger inte någon större vikt vid själva återfallet utan vill istället få deltagarna att känna stolthet inför de framsteg de gör. I och med detta har terapeuterna ett salutogent synsätt då de fokuserar på det friska. Den positiva förstärkningen de använder sig av kan även ses som ett sätt att arbeta med empowerment i verksamheten. Att fokusera på det positiva bör stärka och motivera deltagarna till att fortsätta i samma riktning.

Under gruppmötet bestämmer terapeuterna om någon deltagare är för påverkad för att medverka i mötet. Makten som terapeuterna har skulle kunna missbrukas exempelvis genom att tvinga deltagaren att göra något eller genom att ställa orimliga krav. Den kan även legitimeras genom att ställa krav som är passande för situationen. Ett rimligt krav kan vara att de deltagare som är med på möten är i så pass bra skick att de klarar av det, vilket här är fallet (Bernler & Johnsson 2001). Att drogfrihet kan vara ett orimligt krav är något som tas upp i SOU:n *Personer med tungt missbruk - stimulans till bättre vård och behandling*. Där menar man att drogfrihet, arbete och egen bostad inte är en realistisk målsättning för alla. Ett rimligare mål skulle istället kunna vara fler och längre drogfria perioder (SOU 2005:82). Även Moyers & Millers (i Kelly & Moos) modell visar att en minskning av alkoholintaget är en mer möjlig förväntning (Kelly & Moos 2003). Detta är i linje med Motivationsgruppens syn på drogfrihet, att varje drogfri dag är en framgång. Det är när man inte kan hålla sig drogfri som man behöver hjälpen som mest. När deltagarna själva är nöjda med att det inte ställs något krav på drogfrihet och inte störs sig på när andra kommer dit påverkade utan att det snarare sporrar dem att inte missbruka kan detta ses som en framgångsfaktor för verksamheten. Genom intervjuer och observationer har vi sett prov på både deltagare som deltagit i möten påverkade och de som istället valt att stanna hemma. Det är intressant att deltagare väljer att stanna hemma trots att de skulle vara välkomna i gruppen. Det skulle kunna bero på vilken missbruksproblematik man har, exempelvis kan olika former av drogberoende kräva ett visst drogintag för att individen ska vara funktionell.

Terapeuterna uttrycker i intervjuerna att en av deras centrala metoder är att möta individen där den är och att förändringsarbete måste få ta tid vilket kan ses som positivt. Moula (2009b) menar att det är viktigt att respektera alla gruppmedlemmars verklighet och att samliga får chansen att uttrycka hur de ser på situationen. För sin egen och andras empowerment krävs samarbete och att de blir stöttade av terapeuterna i att lyssna empatiskt (Moula 2009b). I Motivationsgruppen upplever både deltagarna och terapeuterna att detta sker då de tar hänsyn till och respekterar varandra. Terapeuterna styr rundorna i den utsträckningen att de försöker se till att alla får lika mycket utrymme, oftast blir det att de går ett varv. Rundan bidrar till att deltagarna får lika mycket utrymme och visar att de är där på lika villkor. Terapeuternas makt bidrar här till empowerment av deltagarna då det finns ett rättvisetänkande bakom styrningen av rundorna som bidrar till ett stärkande och stödjande av deltagarna. Det förekommer att en deltagare behöver mer tid än andra deltagare vid något möte vilket accepteras av de andra deltagarna menar informanterna.

Adams (2008) menar att det faktum att deltagaren måste lätta på sitt hjärta inför gruppen under rundorna kan skapa en känsla av maktlöshet men detta är en del av resan mot att få kontroll över sitt beroende och därmed empowerment (Adams 2008). Deltagarna upplevde störst svårigheter inför att öppna sig i början av deras deltagande i gruppen. Att de har lättare att göra det nu skulle kunna vara ett tecken på att de utvecklat sin empowerment. Björling

redovisar att genom empowerment blir individer självsäkrare, ökar sin sociala kompetens och har lättare att tala inför andra människor (Björling 2005). Detta kan knytas an till de deltagare som berättat att de upplever att de övat upp sin sociala förmåga och att de nu vågar att tala mer öppet om sig själva inför andra.

Enligt gruppteori måste man ha mer än problemet gemensamt för att det ska bli en grupp. Starrin (1997) talar om att en grupp kan beskrivas utifrån en yttre gemensam faktor så som missbruk men kan förändras genom gemensamma upplevelser och bli en grupp där medlemmarna identifierar sig med varandra och har en sammanhållning. Eller som Roonby (i Starrin) säger, gemensamma känslor förändrar ”en grupp från att vara en grupp för sig till att vara en grupp i sig” (Starrin 1997 s 26). Ett hinder för att få en gruppkänsla kan vara att unga och äldre deltagare är i samma grupp. Dessa skulle kunna ha svårt att identifiera sig med varandra vilket även en av deltagarna uttryckt. Det finns de deltagare som istället uttrycker att de kan bidra med sin livserfarenhet och detta är något som får dem att känna sig betydelsefulla. Det finns även en möjlighet för de yngre och äldre deltagarna att lära sig av varandra. Ett annat hinder är att drogmissbrukare, framförallt heroinister, och alkoholister är i samma grupp. Då missbruket ser så olika ut kan vara svårt att hitta gemensamma nämnare och kunna identifiera sig med varandra. Att dela gruppen i två grupper, en för de med alkoholmissbruk och en för de med drogmissbruk, är en önskan som uttryckts av både terapeuterna och vissa deltagare.

Terapeuterna tog upp frågan om sinnesrobönen skulle vara kvar och då bestämde deltagarna att den skulle vara kvar. Detta är ett sätt att göra deltagarna aktiva i beslutsprocessen och ge dem makt över situationen vilket både kan kopplas till empowerment och KASAM. Formen på mötena, det vill säga att det serveras frukost, gruppreglerna läses upp, rundan börjar och mötet avslutas med sinnesrobönen, är den samma vid de flesta av mötena. Detta kan bidra till sammanhållningen i gruppen och är därför en viktig del av Motivationsgruppens verksamhet. Speciellt inslaget i slutet av mötena när deltagarna håller varandra i handen under sinnesrobönen leder till en närhet i gruppen och en positiv avslutning.

## 6.5 Hinder och framgångsfaktorer i Motivationsgruppen

Vi kommer här att besvara våra frågeställningar och vårt syfte. Ett möjligt hinder för Motivationsgruppen är att unga och äldre deltagare är i samma grupp vilket har uttryckts av deltagare i våra intervjuer. Även att deltagare med olika missbruksproblematik, exempelvis heroin och alkohol, deltar i samma grupp kan vara en hindrande faktor. Detta då, som vi tidigare nämnt, grupper bör ha mer än problematiken gemensamt för att vara en funktionell grupp.

När en arbetsgrupp består av endast två personer är verksamheten utsatt och speciellt känslig för om någon av drogterapeuterna inte skulle kunna arbeta en dag exempelvis på grund av sjukdom. Detta var något som inträffade under våra observationer. Den ena drogterapeuten var, som vi tidigare nämnt, frånvarande vid båda våra observationstillfällen och den andra terapeuten fick arbeta ensam. De hinder för verksamheten som vi sett under vårt uppsatsskrivande är framförallt pengar och tid. Mer konkret att terapeuterna inte har tid att ha fler grupper och kan därmed inte ta emot fler deltagare. När alla deltagare i gruppen närvarar eller när några deltagare har mycket att berätta är det svårt att få tiden att räcka till för alla under mötet. Detta kan även kopplas till bristen på finansiellt stöd då fler deltagare skulle kunna tas emot om ytterligare terapeuter anställdes. Vid nyanställning är det av stor vikt att

denna person är lämplig för jobbet och delar de andra terapeuternas synsätt då vår uppsats visar att relationen mellan deltagare och terapeut är en av framgångsfaktorerna.

Den kanske viktigaste framgångsfaktorn vi ser med Motivationsgruppen är att drogterapeuterna möter deltagarna där de befinner sig, att de blir sedda som individer och mötta med respekt. Behandlingsrelationen mellan deltagare och terapeut är det som gör gruppen till en så populär verksamhet. Detta bidrar även till en bra stämning i gruppen vilket är viktigt för alla former av gruppverksamhet. En annan central aspekt är att det inte ställs något krav på drogfrihet och att deltagarna därför kan vara öppna och ärliga mot terapeuterna och varandra utan att riskera sanktioner. Att det inte ställs något krav på drogfrihet verka i det här fallet fungera som en drivkraft till minskat missbruk. Trots att det inte alltid är möjligt försöker terapeuterna att ge alla deltagare lika mycket utrymme under gruppmötena. Det är viktigt att deltagarna ges tid att prata och utbyta erfarenheter med varandra. Att deltagarna både får stötta och bli stöttade av andra deltagare är även en betydande ingrediens. Deltagarnas olika åldrar och missbruksproblematik behöver inte bara vara ett hinder utan kan även bidra till att de lär sig av varandra. Formen på mötena bidrar till den goda stämningen i gruppen, som i sig är en framgångsfaktor. Frukosten gör att deltagarna och terapeuterna kan umgås på ett mer avslappnat sätt innan mötet börjar. Att Motivationsgruppen bygger på frivilligt deltagande bidrar till att det är en välfungerande verksamhet. Även gruppens läge i närområdet är något som upplevs positivt av både deltagare och terapeuter. Avslutningsvis är en framgångsfaktor att deltagarna kan känna en sporre att hålla sig rena gentemot de andra i gruppen, terapeuterna och sig själva.

## 6.6 Deltagarnas och terapeuternas mål med deltagandet i Motivationsgruppen

Som en avslutning på vårt resultat och vår analys vill här lyfta de enskilda deltagarnas och terapeuternas mål med deltagandet i verksamheten. Deltagarna har individuella mål som de själva har satt upp men samtliga har drogfrihet och ett fungerande liv som huvudmål. En deltagare vill lära känna sig själv bättre och undersöka den verkliga anledningen till att han missbrukat. Att börja arbeta och få gemensam vårdad om sitt barn igen är en annan deltagares mål.

Terapeuterna menar att deltagarna själva ska avgöra vad som är ett lyckat deltagande i gruppen. Deltagandet kan leda vidare till en mängd olika saker, vilket är vad de menar med att de har ett solfjäderstänkande. Exempel på detta kan vara arbete, annan behandling eller studier. Drogterapeuterna ser varje drogfri dag som en framgång.

## 7. Diskussion

Det talas vitt och brett inom socialt arbete om att klienterna ska mötas där de är men ändå ställs det krav på drogfrihet, både inom behandling och inom boenden. Som drogterapeuterna i Motivationsgruppen tar upp så är det när man själv inte kan hålla sig drogfri som hjälpen behövs som mest. Att då ställa krav på drogfrihet innebär att många människor får stå utan stöd och hjälp. Ett problem med att inte ställa krav på drogfrihet är att om någon kommer påverkad kan detta få andra som kämpar med sitt missbruk att frestas. Detta var en syn vi hade innan vi genomförde vår studie. I våra intervjuer framkom det dock att ingen av våra informanter reagerade på detta sätt utan att de snarare blev avskräckta. Vårt underlag är så pass litet att det inte är tillräckligt för att basera några sådana slutsatser på endast vår uppsats. Därför skulle det vara intressant att undersöka detta vidare. Vi har dock inte sökt efter tidigare forskning kring hur människor med missbruksproblematik känner inför att andra är påverkade i deras närvaro så vi kan därför inte svara för vad forskningen säger. I och med att Motivationsgruppen inte ställer något krav på drogfrihet kan deltagarna vara ärliga om de har tagit ett återfall vilket är en stor skillnad i jämförelse med andra verksamheter så som AA/NA där krav på drogfrihet ställs. När verksamheter ställer krav på drogfrihet skuldbeläggs personen för sitt återfall på ett annat sätt. Ett första steg mot drogfrihet kan vara att få stöd i att trappa ner sitt missbruk. De bästa förutsättningarna för en lyckad behandling är att behandlingen bygger på frivillighet där klienten själv ställer upp sina mål. När klienten själv bestämmer målet med behandlingen bli han som mest motiverad till att gå från ett dysfunktionellt till ett funktionellt beteende.

Vår uppsats visar att relationen mellan behandlare och klient är central för att en behandling ska fungera, vilket även tidigare forskning visar som i vår uppsats exemplifieras av Sandells artikel. Det är därför viktigt att yrkesverksamma lär sig att skapa en fungerande relation med sina klienter. Det är även angeläget att behandlaren tror på sin egen metod och inger förtroende, vilket terapeuterna i vår undersökning gör. Vi anser därför att forskningen bör lägga fokus på relationens betydelse snarare än att försöka evidensbasera behandlingsmetoder.

Forskningen visar att det finns ett behov av öppna och tillåtande grupper. Som vi tidigare har tagit upp är det viktigt att det finns en viss grupp känsla och bra stämning i gruppen för att gruppverksamhet ska fungera. Detta är något som behandlaren bör kunna hantera och vara medveten om vid gruppbaserad behandling. De utvärderingar vi tagit upp i uppsatsen samt vår uppsats visar att det finns ett behov av motiverande grupper inom missbruksvården. Vi önskar även mer forskning kring svenska självhjälpsgrupper och hur det påverkar behandlingen att det inte ställs något krav på drogfrihet. Utifrån vår uppsats har ett intresse väcks för en uppföljande studie kring hur det går för deltagarna när de avslutat sitt deltagande i Motivationsgruppen. Avslutningsvis anser vi att det även finns ett behov av fler longitudinella studier kring klienter som deltagit i missbruksvårdsgrupper.

## Referenslista

Adams, Robert (2008) *Empowerment, participation and social work* Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.

Antonovsky, Aaron (1991) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.

Askheim, Ole Petter (2007) ”Empowerment olika infallsvinklar” i Askheim Ole Petter & Starrin, Bengt (red) *Empowerment i teori och praktik* Malmö: Gleerup

Askheim, Ole Petter & Starrin, Bengt (2007) ”Empowerment – ett modeord” i Askheim Ole Petter, & Starrin Bengt (red) *Empowerment i teori och praktik* Malmö: Gleerup

Bernler, Gunnar & Johnsson, Lisbeth (2001) *Teori för psykosocialt arbete*. Stockholm: Natur och kultur.

Billquist, Leila & Skårner, Anette (2009) ”En påtvingad relation? Kontaktmannaskapets utövande och villkor inom LVM-vården” FOU 4. Stockholm: SiS

Björling, Bam (2005) ”Empowerment – modeord eller framtida möjlighet” i Hilde, Mats (red.) *Kön, behandling och kunskap- om olika vägar ut ur missbruk och social marginalisering* Lund: Studentlitteratur.

Brown Thomas G, Seraganian Peter, Tremblay Jacques, Annis Helen (2002) “Process and outcome changes with realapse prevention versus 12-Step aftercare programs for substance abusers”, *Journal of Substance Abuse Treatment* 26, s 151-158.

Esiasson Peter, Gilljam Mikael, Oscarsson Henrik, Wängnerud Lena (2004) *Metodpraktikan* Stockholm: Nordstedts Juridik AB.

Gränsbo Kristina (2009) *Behandlingsmottagningen HANS Projektutvärdering* Stockholm Zeal Consulting  
Adress: <http://www.snvf.se/pdf/utvard1.pdf>

Helmersson Bergmark Karin (2009) ”AA och 12-stegsliv”, i Billinger, Kajsa & Hübner, Lena (red.) *Alkohol och droger* Malmö: Gleerups Utbildning AB.

Henriksson, Benny & Månsson, Sven-Axel (1996) ”Deltagande observationer” i Svensson, Per-Gunnar & Starrin, Bengt *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Humphreys Keith, Wing Stephen, McCarty Dennis, Chappel John, Gallant Lewis, Haberle Beverly, Horvath Thomas, Kaskutas Lee Ann, Kirk Thomas, Kivlahan Daniel, Laudet Alexandre, McCrady Barbara S, McLellan Thomas, Morgenstern Jon, Townsend Mike, Weiss Roger (2004) “Self-help organizations for alcohol and drug problems: Toward evidence-based practice and policy”, *Journal of Substance Abuse Treatment* 26, s 151–158.

Jenner, Håkan (1987) *Motivation hos missbrukare och behandlare* Lund: Studentlitteratur.  
Kelly John F & Moos Rudolf (2003) “Dropout from 12-step self-help groups: Prevalence, predictors, and counteracting treatment influences” *Journal of Substance Abuse Treatment* 24, s 241–250.



Kvale, Steinar & Brinkmann Svend (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Larsson, Sam (2005) ”Kvalitativ metod”, i Larsson Sam, Lilja John, Mannheimer Katarina (red.) *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Lilja, John (2005) ”Problemformulering”, i Larsson Sam, Lilja John, Mannheimer Katarina (red.) *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Moberg Claes-Gunnar (2010) *Redovisning av utvecklingsarbete med motivationsgrupp och återfallsprevention* Lindköpings kommun Kommunövergripande Området Omsorg, Råd Och Stöd, Vuxna Sensus Behandlingshem

Adress:

[http://app.linkoping.se/handlingar/omsorg/sammantraden/2008/20081217\\_/08bilaga4rapport/08bilaga4rapport.doc](http://app.linkoping.se/handlingar/omsorg/sammantraden/2008/20081217_/08bilaga4rapport/08bilaga4rapport.doc)

Moula Alireza (2009 a) ”Empowermodellen – ett socialvetenskaplig och rationellt perspektiv”, i Moula Alireza (red): *Empowermentorierat socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Moula Alireza (2009 b) ”Samtal i empowermentorierat socialt arbete” i Moula Alireza (red): *Empowermentorierat socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Payne, Malcolm (2002) *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm: Natur och kultur

Revstedt, Per (2002) *Motivationsarbete*. Stockholm: Liber.

Ritsher Jennifer Boyd, Moos Rudolf, Finney John W (2002) “Relationship of Treatment orientation and continuing care to Remission among substance abuse patients”, *Psychiatric Service* 53, s 595-601.

Sandell, Rolf (2004) ”Teknik eller relation? Kritiska faktorer i psykoterapi”, *Läkartidningen* 15-16, s 1418-1422.

Sinnesrobönen <http://www.aa12-steg.se/aa12-steg.se/sinnesro.htm>

Socialstyrelsen (2007a) *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*.

Socialstyrelsens (2007b) *Att mäta effekter av socialtjänstens insatser*.

SOU 2005:82 *Personer med tungt missbruk - stimulans till bättre vård och behandling*.

Starrin, Bengt (1997) ”Empowerment som tankemodell” i Forsberg, Erik & Starrin, Bengt (red.) *Frigörande kraft : Empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv* Stockholm: Gothia.

Stridsman, Magnus & Molin, Annabell (2009) *Motivationsgruppen – en plats att vara den man är* b-uppsats Göteborg, Göteborgs universitet institutionen för socialt arbetet

Thomassen, Magdalene (2007) *Vetenskap, kunskap och praxis: introduktion till vetenskapsfilosofi*. Malmö: Gleerups

Timko Christine, DeBenedetti Anna & Billowi Rachel (2006) "Intensive referral to 12-step self-help groups and 6-months substance use disorder outcome" *Society for the Studie of Addiction* 101, s 678-688.

Vetenskapsrådets hemsida [www.vr.se](http://www.vr.se)

## Bilagor

### Bilaga 1 Intervjuguider

Intervjuguide för deltagarna:

- Bakgrund: ålder, tid i gruppen, missbruksproblematik (omfattning, tid), hur ser missbruket ut idag?
- Hur gick det till när du började i motivationsgruppen? Väntetid?
- Hur länge har du varit med i motivationsgruppen?
- Fick du vänta länge innan du började i motivationsgruppen?
- Känner du av något tvång från din handläggare på socialtjänsten att delta i gruppen?
- Vad har du för mål med ditt deltagande i gruppen? Både långsiktigt och kortsiktigt.
- Vad ser du som ett lyckat deltagande för dig i motivationsgruppen?
- Vad har du för uppfattning av verksamheten (Motivationsgruppen) både som grupp och som verksamhet? Positivt/negativt framgångar/hinder
- Hur ofta deltar du i möten? Varför/ varför inte?
- Har någonting förändrats sedan du började i motivationsgruppen?
- Hur känner du inför, under och efter ett möte?
- Hur tycker du stämningen är i gruppen?
- Känner du av något grupptryck, vågar man tala fritt i gruppen, sporre att hålla sig ren för att kunna delge gruppen det?
- Har alla lika mycket inflytande i gruppen?
- Vad tror du att du själv betyder för gruppen?
- Hur känns det när en ny kommer till gruppen?
- Vad skulle du vilja utveckla, förändra med verksamheten? Hinder?
- Hur ser du på formen på mötena, antalet tillfällen, frukost, rundor om hur det varit sedan förra mötet?
- Vad har det för betydelse för dig att det inte ställs några krav på drogfrihet i gruppen?  
Negativt/positivt
- Hur ser du på relationen mellan terapeut och deltagare i motivationsgruppen?  
Maktaspekter
- Vad tror du att behandlarna har för funktion i gruppen?
- Deltar du i någon annan verksamhet?

Intervjuguide för drogterapeuterna:

- Hur skapades gruppen, var ni med?
- Vad är tanken med verksamheten? Mål med verksamheten?
- Varför har ni valt att kalla det för "Motivationsgrupp"?
- Vad har du för bakgrund och utbildning?
- Vilka metoder och teorier använder ni i motivationsgruppen?
- Vilket av dessa kriterier stämmer in på Motivationsgruppen som självhjälsgrupp:
  1. sjukdomssyn och andlighet
  2. sjukdomssyn + ej andlighet
  3. ej sjukdomssyn/ej betoning på sjukdomssyn + ej andlighet
- Hur många går på mötena i snitt?
- Vilken problematik har deltagarna?
- Hur lång väntetid är det för att få delta i gruppen?
- Hur ofta tas nya in i gruppen och hur påverkar det gruppen?
- Tror du att deltagarna känner av något tvång från sin handläggare på socialtjänsten att delta i gruppen?
- Hur ser du på relationen mellan terapeut och deltagare i motivationsgruppen? Maktaspekter
- Vad tror du att du själv betyder för gruppen?
- Vad ser du som ett lyckat deltagande i motivationsgruppen?
- Vad har du för uppfattning av verksamheten (Motivationsgruppen) både som grupp och som verksamhet? Positivt/negativt framgångar/hinder
- Hur känner du inför, under och efter ett möte?
- Hur tycker du att stämningen är i gruppen?
- Känner du av något gruppsyck, vågar man tala fritt i gruppen, sporre att hålla sig ren för att kunna delge gruppen det?
- Har alla lika mycket inflytande i gruppen?
- Skulle gruppen kunna befinna sig i en smekmånadsfas eftersom den är relativt nystartad.
- Vad skulle du vilja utveckla, förändra med verksamheten? Hinder?
- Hur ser du på formen på mötena, antalet tillfällen, frukost, rundor om hur det varit sedan förra mötet?
- Vad har det för betydelse för dig att det inte ställs några krav på drogfrihet i gruppen?  
Negativt/positivt



**GÖTEBORGS UNIVERSITET**  
**Institutionen för socialt arbete**  
**Socionomstudenter: Pia Jakobsson och Christine Bergström**

Samtycke för deltagande i C-uppsatsarbete.

Härmed samtycker jag till att delta i nämnda C-uppsats om medverkande i verksamheten Motivationsgruppen inom Biskopsgårdens socialtjänst. Jag har tagit del av såväl skriftlig som muntlig information om C-uppsatsens syfte och upplägg.

Vårt syfte är att ta reda på vad det är som gör att Motivationsgruppen anses vara en så bra fungera verksamhet. Vi vill se till vad både brukarna och terapeuterna tycker är positivt och negativt med verksamheten. Vidare ska vi undersöka vad det betyder för brukarna att det inte ställs något krav på drogfrihet i gruppen. Vi vill veta vilka hinder och framgångsfaktorer det finns i verksamheten. Även vad deltagarna respektive terapeuterna har för mål med deltagandet i Motivationsgruppen.

Vi försäkrar Dig om att Ditt deltagande kommer att vara helt anonymt och ingen kommer att kunna bli identifierad i uppsatsen. Du kan närsomhelst dra Dig ur och vi kommer då inte att använda intervjun i vårt arbete.

-----  
Jag har också informerats om innebörden av mitt deltagande, att jag när som helst kan avbryta min medverkan utan att detta på något sätt får konsekvenser för min behandling, samt att den information jag ger kommer att behandlas på ett sådant sätt att min identitet inte röjs.

Har du frågor eller synpunkter är du välkommen att vända dig till oss:

Pia Jakobsson 070-xxxxxx

Christine Bergström 070-xxxxxx

.....  
Datum och ort

.....  
Namn