

Selvhjælpsgrupper i et behandlingssamfund

Masterprojekt

Navn: Jens Kjer Nielsen

Studienummer: 201210368

Vejleder: Bagga Bjerge

Antal anslag: 113.975 (minus forside, indholdsfortegnelse og bilag)

**Afhandlingen må offentliggøres, men bilagene er
fortrolige**

Aarhus Universitet 2014

Indholdfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	2
Abstract.....	3
Introduktion.....	4
Emneafgrænsning.....	4
Problemformulering.....	7
Teorikapitel.....	8
Treatmentality.....	8
Behandlingsparadigmet.....	10
Empowermentparadigmet.....	11
Forskningslitteratur.....	14
Historisk perspektiv på selvhjælpsgrupper i Danmark indenfor alkoholområdet.....	16
Anonyme Alkoholikere.....	16
Lænken.....	17
Metode.....	18
Gruppeinterview.....	18
Transskribering.....	19
Analysemetode.....	20
Ethiske overvejelser.....	20
Begrænsninger.....	21
Analyse.....	21
Frihed under ansvar.....	21
Ekspert i øjenhøjde.....	26
Fælles støtte.....	31
Relation til samfundet.....	39
Konklusion.....	43
Perspektivering.....	45
Litteraturliste og bilag.....	49

Abstract

The foundation of this thesis originates from an interest in self-help groups and its involvement in the public treatment, which might strengthen the possibilities to the citizen's empowerment.

By using the concepts treatmentality, empowerment paradigms and treatment paradigms I will analyze, how the ideas of the individual with alcohol problems is effected in self-help groups. In addition I will discuss the dilemmas that are connected with way, which the individual is represented in self-help groups. Finally I will discuss how the involvement of self-help groups in the public treatment can qualify this.

This thesis is based on 4 qualitative semi-structured group interviews in 2 different kinds of self-help groups based on alcohol problems.

The empirical analyze with the concepts of treatmentality, empowerment paradigms and treatment paradigms gave 3 superior arguments.

The first superior argument is, that empowerment to the individual must be acquired over time and with the support of the group. The mutual aid and equality between the members is characteristics on self-help groups, but individual have to acquire the identity as an alcoholic and focusing on abstention.

The second superior argument is, that the treatment paradigms ideas of the individual as passive express itself s and is accepted by the participant individuals in the self-help groups. Techniques from traditional treatment as experts, guiding and control are frequently used in self-help groups and it affects the relations between the participants in the self-help groups as an inequality between two participants.

The third superior argument is that treatment as the preferred solution of the society to the individual's way to self-government is clearly supported by the practice, ideology and history of the self-help groups.

The 12 steps and 12 traditions of Anonymous Alcoholics is a strongly individualized program, which supports the rising focus on the individual as a self-governing individual.

The Chain, the other self-help group, is focusing on network and activities, but also on collaboration with the established public treatment centre.

Self-help groups contributes to the society and the individual in many ways, but isn't recognized in public by their efforts.

It's recommendable that the public treatment centers include self-help groups as an option to the individual.

Introduktion

I denne opgave undersøger jeg, hvordan alkoholproblemer håndteres i to typer af selvhjælpsgrupper qua deres fokus på det enkelt individs ansvarliggørelse i gruppeprocessen i form af inddragelse og gensidighed omkring løsningen af et fælles problem.

Selvhjælpsgrupper adskiller sig fra den mere traditionelle måde at håndtere alkoholproblemer på i den offentlige sektor, hvor alkoholbrugeren ofte betragtes som passiv og modtagende fra eksperten. Individet er historisk betragtet som klient, patient og aktuelt som borger i et velfærdstilbud med social- og sundhedsmæssige behandlingsindsatser, som fokuserer mere på borgerens involvering og inddragelse i behandlingen.

Behandlingssamfundet bliver i denne sammenhæng en konstruktion, som i sit udgangspunkt skal være i modsætning til selvhjælpsgrupper. Behandlingssamfundet kendetegnes ved, at behandling bliver løsningen på store og små menneskelige problemstillinger, som tidligere løstes af individet eller i de nære miljøer. Med udviklingen af velfærdssamfundet og øget viden om, hvordan problemer kan forstås og løses, skabtes en forventning om opståede problemer kan løses af de professionelle i velfærdssamfundet.

Forventningen om, at samfundet skal løse vores problemer må rimeligvis ses i sammenhæng med udviklingen af velfærdssamfundet, som påtog sig opgaven at stille behandling og løsninger til rådighed for individet, som tidligere kunne løses i lokalsamfundet og nærmeste relationer.

Det samfundsmæssige perspektiv på behandling er, at individet skal fungere som en velsmurt bil, som med mellemrum kører på værksted for at kunne indgå i et moderne samfund, som en aktiv og selvstændig borger.

Ved at anvende de analytiske begreber treatmentality, empowermentparadigmet og behandlingsparadigmet diskuterer jeg de muligheder og dilemmaer, der er forbundet med at kvalificere samarbejdet mellem selvhjælpsgrupper og et traditionelt alkoholbehandlingstilbud. Valget af disse tre analytiske begreber giver mig mulighed for at analysere individet, individet i samspil med behandleren og andre gruppedeltagere samt individet i et samfundsperspektiv. Under mit feltarbejde blev jeg opmærksom på genkendelige forhold fra mit arbejde omkring ekspertviden og kontrolfunktioner, hvor jeg havde en forventning om ligestilling og gensidig støtte i selvhjælpsgrupper.

Treatmentality forstås som den foretrukne samfundsmæssige reaktion at afhjælpe individuelle problemer med målet om tilpasning af individet til samfundets vilkår. Den samfundsmæssige reaktion i forhold til individet består af teknikker som guidning og kontrol, som støtten til at blive et selvstændigt, frit og ansvarligt individ.

Empowermentparadigmet bygger på forestillingen om det selvforvaltende individ, der enten ved egen indsats eller ved andres hjælp gøres selvstændig og uafhængig af andres støtte.

Behandlingsparadigmet beskriver forholdet og relationen imellem borgeren og eksperten, som mødes om at løse borgerens problem. Dette forhold bygger på forestillingen om det svagtstillede samfundsindivid, der møder eksperten, der formidler samfundets forestillinger om 'rigtig' og 'forkert' vedrørende problemet, hvilket gør relationen asymmetrisk.

Selvhjælpsgrupper er et kendt begreb gennem adskillige årtier indenfor alkoholområdet, men naturligvis også indenfor andre sundhedsmæssige områder. Selvhjælpsgruppe er et fænomen, hvor ligesindede mødes omkring et fælles problem på frivillig basis. Løsningen af det fælles problem består i en gensidig støtte til hinanden, hvor den enkelte giver og modtager støtte i form af erfaringer og opbakning.

Historisk forbindes etableringen af selvhjælpsgrupper med Anonyme Alkoholikere i USA i 1935 og populariteten af selvhjælpsgrupper har været særlig markant i USA og England, hvor de statslige tilbud til individet er mindre udbredt sammenlignet med Danmark.

I Danmark er særlig 2 selvhjælpsgrupper fremtrædende indenfor alkoholområdet, dels Anonyme Alkoholikere dels Landsforeningen Lænken. Begge selvhjælpsgrupper er veletablerede gennem mange år og vil indgå i denne masteropgave til belysningen af selvhjælpsgrupper i et behandlingssamfund.

Selvhjælp er forbundet med frivillighed i sin natur og fordrer således, at individet deltager i selvhjælpsgruppen med en lyst til egen forandring og deltagelse, men også med et engagement i forhold til at støtte og dele erfaringer med andre individer med tilsvarende problemer.

Mit feltarbejde viste imidlertid, at selvhjælpsgrupper udfører opgaver, som normalt vil forbindes med traditionel behandling i form af uddeling af Antabus og individuel vejledning, hvilket åbnede for et bredere syn på selvhjælpsgrupper.

Selvhjælp indeholder en dimension af empowerment, idet individet via sin egen indsats og gruppens støtte og erfaringer bliver i stand til at leve med sit alkoholproblem. Empowerment handler om, at individet får styrke til at klare sine udfordringer i sit liv. Empowerment forbinder sig også med inddragelse og indflydelse på sin egen situation, hvilket kan ske ved inddragelse i beslutninger om individets liv, men også som indflydelse på gruppen, hvor individet indgår i. Empowerment skal også ses som et udtryk for et samspil mellem en myndighed og individ, hvor begge parter skal ville forandringen for individet.

Med de beskrevne dimensioner af frivillighed og empowerment som knyttende sig til selvhjælp skaber det i denne sammenhæng en samlet forståelse af selvhjælp, som fremadrettet vil blive betragtet og beskrevet som empowermentparadigmet (Adams, 2008, p.62).

Empowermentparadigmet kan genkendes i konkret form i det offentlige rum via selvhjælpsgrupper, frivilligt socialt arbejde, og traditionelt socialt arbejde, men identificeres også på et ideologisk plan omkring individet.

Individet i et empowermentparadigme kan således betragtes som selvforvaltende og ansvarligt for sit valg, dels i sit eget liv dels i forhold til samfundets bedste.

I modsætning til empowermentparadigmet kan der beskrives et behandlingsparadigme, som indeholder forestillinger og forventninger til individet, når et alkoholproblem skal løses (Adams, 2008).

I behandlingsparadigmet indgår individet mere som klient eller patient i en sundhedsmæssig ramme, der møder en ekspert i forhold til det givne problem. Forventningen til mødet er, at eksperten giver viden og løsningsforslag og individet modtager til gavn for sig selv og samfundet.

Relationen mellem klient og ekspert må beskrives som ulige, og får et præg af en tydelig magtrelation, idet gensidigheden imellem parterne mangler. Gensidigheden genkendes fra beskrivelsen om empowermentparadigmet og bliver en afgørende forskel i forståelsen af empowerment- og behandlingsparadigmet.

I de danske kommuners alkoholbehandling ses behandlingsparadigmet tydeligt i form af diagnosticering ved en udredning, fokus på akut behandling af abstinenser og specialisering omkring familier og dobbeltbelastede alkoholmisbrugere. Der igennem de seneste 10 år sket en bevidst opkvalificering af alkoholbehandlingspersonalet i samarbejde med Sundhedsstyrelsen for at styrke fagligheden omkring alkoholbehandlingen.

Denne professionalisering understøtter en øget og specialiseret viden til behandlingen, hvilket øger magten for personalet til at definere 'rigtig' og 'forkert' i mødet med borgeren. Den negative konsekvens for mødet mellem borger og behandler kan blive en fastholdelse af borgeren som svagtstillede samfundsindivid, der skal hjælpes af behandleren.

I treatmentality indgår lovgivning, der understøtter behandling som en relevant løsning på et givet problem. På alkoholområdet er det Sundhedslovens § 141 (www.retsinformation.dk), der beskriver, at alkoholbehandling er kommunernes opgave. Lovgivningen beskriver ikke, hvordan en behandling skal udformes og hvordan individet skal inddrages omkring tilrettelæggelsen af sin behandling.

I praksis vil en alkoholbehandling ikke lykkes uden individets inddragelse og engagement, hvorfor der også her søges en gensidighed omkring et defineret mål og rollefordeling, som uundgåeligt indeholder elementet magtrelation, som kan betragtes som symbolsk inddragelse i behandlingen (Arnstein, 1969, p. 220).

Den daglige praksis i en alkoholbehandlingsinstitution kræver nøje overvejelser, hvis empowermentdimensionen skal indtænkes, idet den ikke er beskrevet lovgivningsmæssigt.

Skismaet mellem opprioriteringen af borgeren og en forstærket ekspertrolle er blevet tydeliggjort indenfor mit arbejdsfelt som afdelingsleder i en kommunal alkoholbehandling gennem de seneste 2 år.

Der er færre økonomiske ressourcer til rådighed siden finanskrisen opstod i 2008. Konkret er der færre skatteindtægter for kommunerne til rådighed for det kommunale budget. Samtidig skulle der indfries en række forventninger om besparelser af det kommunale system efter kommunalreformen i 2007, hvor antallet af kommuner faldt fra 2 – 300 kommuner til 94 kommuner.

Det øgede pres på økonomien skabte forskellige initiativer til at nedbringe det offentlige budget og tilpasningen af indsatsen på institutionsniveau under hensyn til det nedsatte budget.

I samme kontekst blev der udarbejdet en vision for det fremtidige arbejde i den kommune, hvor jeg er beskæftiget, som sætter et mål om inddragelse af frivillige i det sociale og sundhedsmæssige arbejde. Ansvar for besparelsen bliver således også uddelegeret til den enkelte borger med forventningen om, at han også yder mere til fællesskabet, nu hvor velfærdssamfundet løser færre opgaver.

Desuden er der på det sociale område udarbejdet en masterplan, som beskriver en sigtelinje med indsatsen, hvor borgeren skal bringes tættere på det almindelige liv. Kommunens masterplan på det sociale

område er i sammenhæng med New Public Management omkring samspillet mellem tilrettelæggelsen af et vigende velfærdssamfund til fordel for individets øgede ansvar for sig selv og sin nærmeste (Bjerge B., 2005, p. 28).

Disse visioner og sigtelinjer har affødt indarbejdelsen af en ramme for behandlingsarbejdet med alkoholproblemer, hvor introduktion af selvhjælpsgrupper og netværkstilbud indgår senest i den afsluttende fase af behandlingen for at opnå målet om at bringe borgeren tættere på det almindelige liv.

Efter mange års arbejde i behandlingssektoren giver det mig i dag stor undren over det manglende fokus på selvhjælpsgrupper og frivillighed på det personlige, arbejdsmæssige og politiske plan. Selvhjælpsgrupper har ikke tydeligt været en integreret del af tænkningen omkring løsningen for alkoholproblemer, udover ved Lænkeambulatorierne, som er repræsenteret i en række storkøbenhavnske kommuner.

Problemformulering

Denne indledning og den personlige arbejdsproces fører frem til problemformuleringen i denne kvalitative undersøgelse af selvhjælpsgrupper indenfor alkoholområdet som:

Ved brug af begreberne treatmentality, empowermentparadigmet og behandlingsparadigmet vil jeg analysere, hvordan forestillingerne om individet med alkoholproblemer formidles i selvhjælpsgrupper. Desuden vil jeg diskutere de dilemmaer, der er forbundet med den måde, som individet fremstilles på i selvhjælpsgrupper. Endelig vil jeg diskutere, hvordan inddragelsen af selvhjælpsgrupper i den offentlige behandling kan opkvalificere disse tilbud.

Med baggrund i mine analytiske begreber vil jeg analysere følgende 3 forskningsspørgsmål:

1. Hvordan kommer tanker om empowerment til udtryk i selvhjælpsgrupper?
2. Hvordan kommer behandlingsparadigmet til udtryk i selvhjælpsgrupper?
3. Hvordan kommer treatmentality til udtryk i selvhjælpsgrupper?

Udgangspunktet for denne analyse hænger sammen med de empiriske data fra mit feltarbejde i 4 danske selvhjælpsgrupper indenfor alkoholområdet med fokus på gruppens indhold, struktur, netværk og relation til andre.

Undersøgelsens overordnede argumenter.

I den undersøgte selvhjælpsgruppepraksis viste der sig udfordringer for empowermentdimensionen på forskellig vis. Praksis i selvhjælpsgrupperne indeholdte tydelige træk fra traditionel behandlingspraksis, både på indhold og i mødet deltagerne i mellem. Undersøgelsens overordnede argumenter er som følger:

- (a) At empowerment for individet i selvhjælpsgrupper skal tilegnes over tid og med gruppens støtte.
- (b) At behandlingsparadigmets forestillinger om individet som passiv og modtagende kommer til udtryk og accepteres af de deltagende individer i selvhjælpsgruppen.

- (c) Behandling som samfundets foretrukne løsning for individets vej til selvforvaltning understøttes tydeligt i selvhjælpsgruppernes praksis, ideologi og historie.

Teorikapitel

For at besvare min problemformulering og de deraf følgende forskningsspørgsmål ønskede jeg at analysere, hvorfra og hvordan forestillingerne om det frie og selvforvaltende individ opstår, og hvordan forestillingerne formidles videre til individet i selvhjælpsgrupper.

Jeg har udvalgt 3 analytiske begreber, treatmentality, empowermentparadigmet og behandlingsparadigmet, som kan understøtte besvarelsen af min problemformulering og de 3 udvalgte forskningsspørgsmål til analysen af min empiri.

Treatmentality

Det første analytiske begreb er treatmentality, som er skabt af Jöhncke (2009), hvilket er en sammensætning af begreberne treatment og governmentality. Behandlingsbegrebet bliver indtænkt sammen med governmentalityteorien, som er knyttet til Foucaults arbejde om politisk magt (Rose and Miller, 1992, Rose, O'Malley and Valverde, 2006) for at kunne se behandling i en teoretisk samfundsmæssig forståelsesramme.

Governmentality, set i et politisk magtperspektiv, bliver således den overordnede ramme for styringen af samfundets institutioner og individer i den retning, som den til enhver tids siddende politiske magthaver ønsker (Rose and Miller, 1992, Philip, 2009).

For at kunne effektuere denne overordnede styring af samfundet skal der iværksættes forskellige og konkrete styringsinitiativer, som viser sig på individ- og institutionsniveau. De konkrete styringselementer består af forskellige teknologier, procedurer og forskellige rationaler med henblik på at forme, guide og påvirke det enkelte menneske og dennes adfærd (Rose and Miller, 1992, Rose, O'Malley and Valverde, 2006).

Lovgivning er et eksempel på en anerkendt styringsform, og alkoholbehandling kom på landkortet i 1954 og placeret i den daværende Sygehuslov. Denne landvinding kan ses i sammenhængen med etableringen af velfærdssamfundet i Danmark gennem sikring af en lang række ydelser og lovgivninger af hensyn til individet og dets fortsatte deltagelse i samfundet (Bjerger, 2005).

Opgaven med at udføre alkoholbehandling for staten uddelegeres til alkoholambulatorier og de ansatte, som oftest er læger, socialrådgivere og sygeplejersker. Disse faggrupper tildeles ekspertrollen af staten via lovgivning, men i ekspertrollen ligger implicit en forventning om repræsentation af samfundets givne normer og moralske forestillinger om eksempelvis alkohol, men også om understøttelsen af det selvforvaltende individ.

Behandling bliver således i denne sociologiske kontekst en af samfundets måder at skabe en tilpasning til samfundet ved at tilbyde hjælp til borgere med alkoholproblemer, som ikke har været i stand til at vise selvkontrol omkring brugen af alkohol.

I USA og andre engelsktalende vil behandling oftest være et privat anliggende, og hvor forekomsten af selvhjælpsgrupper og frivillighed er meget udbredt. I et nordisk velfærdssamfund som Danmark vil behandling ofte være en offentlig eller forsikringsmæssig ydelse. På alkoholområdet har privat betalt behandling på typisk Minnesotainstitutioner vundet indpas siden midt 80'erne (Steffen V., 1993) og er fortsat en aktør på det samlede alkoholbehandlingsområde, specielt for selvbetalere og arbejdsgivere med sygeforsikringer som den økonomiske dækning af opholdet.

I governmentality indgår der brug af teknikker, som har det formål at tilpasse individet til samfundets normer, og til at individet igen kan være et selvforvaltende individ, hvor behandlingen af alkoholafhængige bliver en konkret teknik i et governmentalityperspektiv (Rose, O'Malley and Valverde, 2006, Rose and Miller, 1992).

Indholdet af disse teknikker er beskrevet af Rose (Bjerger, 2005:43) som psy-formede rum, hvor individet hjælpes til at erkende sandheder for bedre at kunne klare sig selv som individet. Denne psykologisering om mennesket har også haft indflydelse på alkoholbehandlingen gennem årene og har stadig stor indflydelse, hvor mødet med behandleren åbner for fortællingen om problemet og de tilknyttede konsekvenser, hvorefter der iværksættes en behandling.

At yde behandling indebærer udover psykologisering og guidning som indsats overfor individet også kontrol, som kan indgå i teknikken omkring løsningen af alkoholproblemet i en behandlingsindsats. Kontrollen af individet udtrykker en magtrelation mellem borger og behandleren og giver en asymmetrisk relation, som fastholder borgeren som passiv, uansvarlig og ikke selvforvaltende.

Kontrollen kan udføres også af familie og arbejdsgiver, som gerne inddrages i behandlingsforløbet som adfærds- og relationsforstærkende bidrag, hvor der sker en uddelegering af kontrollen til de nærmeste. Det skaber også en asymmetrisk relation, hvor de pårørende får en magt til at styre et andet menneskes liv.

Italesættelsen og ikke mindst iscenesættelsen af behandling gennem lovgivning og andre samfundsmæssige initiativer har betydet, at behandlingen bliver den foretrukne og til tider eneste løsning på individets problemer (Jöhncke, 2009).

Andre løsninger på alkoholproblemer som self-recovery og selvhjælpsgrupper har ikke haft nogen væsentlig opmærksomhed i den statslige og kommunale tilrettelæggelse og promovering af indsatser for alkoholproblemer (Jöhncke, 2009), dog blev der i forarbejdet til Sygehusloven i 1954 peget på patientforeninger som en relevant del af alkoholbehandlingen.

Evnen til at løse problemer i de nære fællesskaber i form af familie og arbejdspladser er heller ikke fremherskende og tydelig i offentlig kontekst, hvor de nære fællesskaber tidligere har været gode platforme for individet at blive støttet i forhold til at håndtere alkoholproblemer. Sundhedsstyrelsen har gennem det seneste årti arbejdet på at skabe et familieorienteret fokus for alkoholbehandlingen, idet erfaringer og videnskabelige undersøgelser peger på inddragelse af familie som en positiv faktor i et vellykket behandlingsforløb.

Risikoen ved behandling som samfundets foretrukne løsning på individets problem bliver individets tiltagende manglende tro på at kunne styre gennem livet som selvforvaltende individ, når der opstår problemer af forskellig karakter og vil forlade sig på hjælp fra behandlingssystemet.

Behandling som den foretrukne løsning indebærer som beskrevet ovenfor en implicit udfordring af empowermentparadigmet for individet, når målet for det individuelle empowerment er selvforvaltning. Behandlingsinstitutionerne og den enkelte behandler, som vil være præget af samfundets normer og moral på et givet tidspunkt, kan gå til opgaven med større eller mindre fokus på individet og dets indflydelse (Cruikshank, 1999).

I et governmentalityperspektiv indgår eksperter indgår som en teknologi til at styre andre, og kan betragtes som den forlængede arm for den politiske magt til, at styringen også implementeres på afstand og dermed på borgerplan (Rose and Miller, 1992)

Betydningen af eksperter bliver i behandlingssamfundet meget fremtrædende i det konkrete møde med individet. Forventningen til eksperten er, at pågældende skal gennem sine behandlingsteknikker påvirke og guide individet til at efterleve de givne samfundsmæssige værdier, som for tiden på alkoholområdet er afholdenhed. Det stærke fokus på eksperter understøtter behandlingsparadigmet, hvor klienten bliver passiv modtager af hjælp og fastholder forestillingen om det svagtstillede samfundsindivid.

Behandlingsparadigmet

Valget af behandlingsparadigmet som analytisk tilgang i denne masteropgave var relevant i forhold til at kunne beskrive den samlede logik omkring behandling, som borgeren får af velfærdsstaten. I relationen mellem behandler og individ indgår magt, hvilket får betydning for sammenhængen med empowermentparadigmet og treatmentality, som er de øvrige analytiske begreber i opgaven.

I behandlingsparadigmet er relationen mellem borger og medarbejderen præget af, at medarbejderen har en ekspertrolle, der skal finde løsninger på klientens problemer. Det skaber en tydelig magtrelation, hvor eksperten fortolker, definerer og kategoriserer borgerens problemstillinger og har retten og pligten til at finde løsninger på problemet for borgeren (Bjerger, 2005).

Denne relation kan genkendes omkring al lægelig og sygehusbehandling, hvor alkoholområdet hører under, og har stærke relationer i form af diagnosticering i form af afhængighed og skadeligt overforbrug, som er diagnoser fra diagnosesystemet ICD-10. Med diagnosticering følger recepter og andre anvisninger på behandling.

Behandlingsparadigmet er også kendetegnet ved at være løsningsfokuseret og problemløsende, hvilket præger hermed både behandler og individet. Forventningen fra det omgivende samfund går på konkrete resultater i form af tilintetgørelse og afholdenhed.

Som en konsekvens af den løsningsfokuserede tilgang er tilrettelæggelsen af arbejdet og dermed personalet opdelt i funktioner og fysisk adskilte for at opnå effektivitet. Personalet er både tillært og uddannet i udførelsen af deres opgaver.

Relationen mellem borger og behandler får karakter af ensidighed og magt med manglende råderum for borgeren og som afhængig af ekspertens vurdering.

Dette behandlingsparadigme har udviklet sig i omfang gennem årtier via opbygningen og udviklingen af velfærdssamfundet, hvor samfundets politikker og love sikrede den enkelte borger hjælp til de fleste forhold i et menneskes liv.

Behandleren bliver ekspert på alkoholproblemet gennem sin rolle omkring bevidstgørelse og tilførsel af viden, og udtrykker således en samfundsmæssig rolle omkring tilpasning af individet til samfundet. Til den samfundsmæssige rolle som behandler knytter der sig også forventninger om kontrol af individet, som er en teknik i forhold til individet.

Holdningsændringer omkring behandlingsparadigmet presser sig på i form af indførelsen af begrebet empowerment og skabelsen af nye narrativer omkring brugen af ordet bruger (Bjerge, 2005). Nye organiseringsprincipper i den offentlige sektor, New Public Management, har ud over nye måder at lede den offentlige sektor på, har haft indflydelse på forestillingen om individet, som aktive og deltagende borgere (Bjerge, 2005, p. 29), hvilket falder i tråd med empowermentparadigmets forestilling om individet. Behandlingsparadigmet vil trækkes i retning af mere brugerorientering og inddragelse i sagens behandling, men der vil fortsat eksistere en asymmetrisk relation mellem borger og behandler.

Empowermentparadigmet

Mit sidste analytiske begreb er empowermentparadigmet, som rummer en række dimensioner omkring fritstillingen af individet, og hvordan empowermentparadigmet skabes i relationen til andre.

I det historiske perspektiv bliver det frie og selvforvaltende individ først en realitet i den vestlige verden efter overgangen fra et feudalt samfund til det industrialiserede samfund og indførelsen af den kapitalistiske samfundsorden (Bjerge, 2005). Den statslige styring af samfundet og dermed individet ændres fra en direkte og synlig styring og kontrol til et mere strukturelt og frit samfund. For individet bliver det frie samfund forbundet med overdragelsen af den sociale kontrol til det personlige plan og en individuel frihed til at forfølge ens personlige interesser (Levine, 1978).

Empowerment fokuserer på at sætte individet til at handle selv og retter sig mod undertrykte og underprivilegerede mennesker med sociale og sundhedsmæssige problemer (Andersen et al, 2000, p.13).

Den psykologiske definition af individets empowerment er beskrevet af Dickerson (1998) og indeholder kendetegn i form af personlige kompetencer, selvbestemmelse og socialt engagement. De personlige kompetencer vil bestå af selvtillid, accept af problemet og selvkontrol. Selvbestemmelse består af evnen til at udføre beslutninger om personlige forhold, herunder at indgå i behandling og søge indflydelse på behandlingen. Det sociale engagement kan bestå i at identificere sig med andre i samme situation og deltage i relevante aktiviteter indenfor området.

Frihed under ansvar er et begreb som knytter sig til empowerment på individniveau og beskriver forestillingen om det selvforvaltende individ i det moderne samfund.

For staten og i det her tilfælde Danmark er frihed under ansvar til individet i forhold til alkohol fuldt implementeret. Staten i form af Sundhedsstyrelsen reagerer dog hvert år i uge 40 med kampagner om, hvor meget vi som frie individer maksimalt skal drikke på en given dag eller uge, idet 4- 500.000 danskere drikker mere end Sundhedsstyrelsens angivne antal genstande alkohol (www.sst.dk). Frihed under ansvar kan i denne sammenhæng ses som et statsligt styringselement af individet, hvor guidning fra eksperter i forhold befolkningen og individet kan bruges til at hjælpe med vilkåret – frihed under ansvar.

Empowermentparadigmet i praksis indeholder brugerinddragelse omkring borgerens viden og ønsker til individets behandling, hvilket understøtter individets ansvarliggørelse og selvstændiggørelse.

Frihed under ansvar kan også folde sig ud i anden dimension, hvor individet bliver en del af et politisk og samfundsmæssigt opgør med velfærdssamfundet, hvor individets betydning skulle fremmes.

I Danmark har der gennem de seneste årtier været et politisk flertal for at indskrænke velfærdsstaten og fremme individets ret til at vælge selv, hvilket understøttes af statements fra den forrige borgerlige regering som minimalstat og frit valg af velfærdsydelser. Frihed under ansvar i form af aktive og selvforvaltende individer bliver således en afgørende del af tænkningen omkring samfundet og individet.

I den offentlige sektor ændres på styringen af det offentlige med indførelsen af New Public Management, som indeholder fokus på omkostningsbegrænsning, opsplitning af forvaltningsenheder, resultatvurdering, mål og rammestyring osv. (Bjerger, 2005:29). Indholdet af NPM har tilskyndet til en udvikling af individets vilkår som aktive og deltagende subjekter, hvor individet er blevet til borger med rettigheder til at vælge mellem forskellige tilbud og inddragelse i tilrettelæggelsen af sin behandling (Bjerger, 2005).

Empowermentbegrebets fokus på individet og dets muligheder for frihed til aktive handlinger indgår nemt med ideerne fra ændringen af det offentlige sektor til mere vægt på individets frihed til at vælge og mindst mulig indblanding fra statens side i den enkeltes forhold.

I den videre udfoldelse af begrebet, der udspringer af empowerment, indgår også en relation mellem individet og behandleren, som er repræsentanten for institutionen.

I empowermentrelationen er klient- og patientbegrebet udskiftet med bruger og ses nu som bruger af et tilbud og en ydelse. I min egen organisation hedder begrebet borger, hvilket også signalerer et andet og nyt syn på individet. Formålet med den nye italesættelse omkring brugeren er at ændre borgerens egen forestillinger om det at modtage ydelser fra det offentlige, hvor de nye forestillinger gerne skulle påvirke deres handlinger (Bjerger, 2005)

For at empowerment skal lykkes for individet og systemet, skal de indgå i en dialog, hvor der skal ske en bevidstgørelse af individet omkring sine vilkår og sin situation. Individet skal ligeledes have viden om sit problem og muligheder. Endelig skal individet handle på baggrund af bevidstgørelsen og tilførte viden og kan fremstå som det frie og aktivt handlende samfundsindivid, som er det centrale perspektiv i empowerment (Cruikshank, 1999, p. 70, Bjerger, 2005, p.32).

Behandlerens opgave kan i denne kontekst defineres til at hjælpe individet til at genvinde sin styrke til at blive et frit individ gennem bevidstgørelse og viden. Der skal gives råderum for individet og borgerens egen viden og ønsker skal inddrages i behandlingen.

Individets handling gør, at det kan leve op til forventningen fra samfundets side om det frie og selvforvaltende individ. Alkoholbehandling har i et empowermentperspektiv det mål, at individet selvstændiggøres og gøres uafhængig af alkoholproblemet og naturligvis institutionen. Dette mål er ikke beskrevet i lovgivning eller andet relevant materiale, men er implicit i forståelsen af mødet og behandlingen med dets samfundsperspektiv.

Praksis fra min institution viser, at op mod halvdelen af de behandlingssøgende borgere i alkoholbehandlingen er henvist og presset af forskellige omstændigheder til at søge behandling for deres alkoholproblem. Det omgivende samfund har ligeledes en forestilling om behandling, som den eneste løsning på, hvordan individet hjælpes til at blive selvstændigt og ansvarligt.

Ambivalensen omkring behandlingen og mødet med behandleren er således præget i mange situationer af lave forventninger. Behandlerens teknikker vil bestå af psykologisering, guidning og kontrol i forhold til at støtte og hjælpe individet i retning af selvstændighed.

Empowerment i praksis kan kun lykkes, såfremt relationen mellem behandler og borger er frivillig og nødvendig for borgeren (Cruikshank, 1999, p.72), hvor frivillighed og nødvendighed også indgår som et afgørende vilkår omkring deltagelsen i selvhjælpsgrupper.

Selvhjælpsgrupper skaber empowerment for individet, hvor udgangspunktet i selvhjælpsgrupper er baseret på en gensidighed omkring problemet, og at de møder frivilligt op for at finde en løsning på deres problem. Ligeværdigheden mellem deltagerne viser sig ved, at den enkelte deltager både giver sin viden væk, og modtager støtte og viden fra de andre deltagere. Relationen er som udgangspunkt ligeværdig og uden involvering af magt.

Treatmentalitybegrebet bliver den overordnede forståelsesramme for at forstå individets tilpasning til samfundet og herunder behandlingen som en af de foretrukne måder at tilpasse individet til samfundets givne normer. Treatmentalitybegrebet vil vise, hvordan individet i selvhjælpsgruppen bliver guidet og vejledt hen imod at opfylde den samfundsmæssige forventning om det selvforvaltende individ.

Behandlingsparadigmet beskriver forholdet mellem behandleren og klienten, dels relationelt og indholdsmæssigt, som kendes fra social- og sundhedsverdenen. I denne sammenhæng har behandlingsparadigmet betydning i forhold til relationerne og indholdet i selvhjælpsgrupperne, som har vist sig ikke kun at være ligeværdige.

Empowermentparadigmet beskriver styrkelsen af individet gennem processen med det offentlige system med fokus på inddragelse og bevidstgørelse af individet om sine vilkår og sin situation. Empowermentparadigmet viser sig i selvhjælpsgrupper med involvering og inddragelse af individet i mange forhold og kan tydeliggøre, hvornår individet er centrum og den relationelle ligevægt i det analyserede materiale.

Forskningslitteratur om selvhjælpsgrupper

Definitionen af begrebet selvhjælpsgruppe blev foretaget af Katz and Bender (1976), og karakteriseres ved at være en frivillig, mindre gruppe til fælles støtte i forhold til et bestemt formål. En selvhjælpsgruppe er ofte dannet af ligesindede, som mødes for at yde fælles støtte i forhold til et fælles behov, håndtere et livsforstyrrende problem og skabe de ønskede sociale og eller personlige forandringer. I motivet for grundlæggelsen af selvhjælpsgrupper er der ofte et behov, der ikke er eller kan blive indfriet af eksisterende sociale institutioner (Katz and Bender, 1976).

Definitionen af selvhjælp er anvendt i størsteparten af den eksisterende litteratur og ligeledes anerkendt af WHO (Adamsen, 2001, p.911).

Selve ordet selvhjælp har givet anledning til forvirring, idet ordet selvhjælp ikke i sig selv indeholder den fælles støttende dimension fra gruppen, og kan i stedet pege i retning af simpel individualisme (Humprey and Rappaport, 1994, p. 218). Det foranledigede mange forskere til at anvende begrebet mutual help group, som indeholder de ligeværdige og fælles aspekter ved grupper. I denne opgave vil begrebet selvhjælp blive fastholdt, idet definitionen er tydelig omkring det fælles og ligeværdige aspekt ved selvhjælpsgrupper.

Etableringen af Anonyme Alkoholikere i 1935 i USA betragtes som den ældste og største selvhjælpsgrupper i verdenen og har haft stor indflydelse på etableringen af selvhjælpsgrupper med andet problemfelt (Hatzidimitriadou, 2002).

Udviklingen af selvhjælpsgrupper i indhold og antal sker fra 1960'erne, hvilket kædes sammen med øget indflydelse til individet og social movementbevægelsen (Baldacchino and Rassool, 2006). Andre dimensioner som kan have påvirket udviklingen af selvhjælpsgrupper er ændringer i familie- og netværksmønstre, nedlæggelser af institutioner til fordel for lokale tilbud, utilfredshed med tilbuddene samt den stigende forbrugerorientering (Hatzidimitriadou, 2002 og Baldacchiono and Rassool, 2006).

Adamsen og Rasmussen (2001) beskriver den historiske udvikling med, at selvhjælpsgrupper er gået fra at have været specielle subkulturer for afvigende i 1960'erne til et stringent antiprofessionelt alternativ til det stærkt specialiserede og højt teknologiske sygdomsvæsen i 1970'erne, hvor grupperne i det 21 århundrede fungerer som et supplement til det eksisterende system.

En overordnet kategorisering i forståelsen af selvhjælpsgrupper er udtrykt af den amerikanske sociolog Katz (1981) med 1. selvhjælp som selvbehandling, 2. som en ideologi, 3. som en organisationsform eller en social institution og 4. som en empowermentstrategi.

De mange forskellige selvhjælpsgrupper udviklede et behov for at skabe et system omkring typologien af grupperne, hvor Katz and Bender (1976) og Levy (1976) udviklede forskellige karakteristika omkring gruppernes formål. I denne sammenhæng vil typologien fokusere på adfærdskontrol (Levy, 1976) eller personlig vækst (Katz and Bender, 1976).

Hatzidimitriadou (2002) referer til sociologen Emerick, som skabte 3 typer af selvhjælpsgrupper, som en klassifikation af de forskellige typer af selvhjælpsgrupper. Den første gruppe er social movement grupper, som har til formål at reformere det traditionelle system, og har ofte tilknytning til antipsykiatrien. Den

anden gruppe er individuelle terapi grupper, som har fokus på personlige forandringer. Den tredje og sidste gruppe er kombinerede grupper, som har til formål at skabe både personlige og sociale forandringer.

Katz (1981) fremhæver vigtige kendetegn ved strukturen i selvhjælpsgruppen som horisontal kommunikation, personlig involvering, en tydelig opdeling af opgaverne, beslutninger tages i gruppen. Adamsen og Rasmussen (2001) konkluderer på baggrund af deres gennemgang af relevant litteratur, at vigtige karakteristika er: anti-bureaukratisk organisation, fravær af professionelle, spontanitet, personlig deltagelse og gensidighed.

Udfordringerne omkring selvhjælpsgrupper og struktur vil være udvikling af gruppen i retning af en formel organisation, hvor bureaukrati og professionalisering kan udvikles (Katz, 1981). Udfordringerne vil konkret vise sig ved konflikter om styring af gruppen, konflikter om programmet og indholdet, samt konflikter om ressourcer (Katz, 1981).

Selvhjælpsgruppens ideologi eller system af holdninger må formodes at have indflydelse på gruppens struktur og drift, hvilket AA og Lænken er eksempler på.

AA' ideologi relaterer sig til åndelige dimensioner (Steffen, 1993, Katz, 1981) med tydelige religiøse træk i de 12 trin. AA har ligeledes udviklet de 12 traditioner, som forholder sig til lederskabet, mødets struktur og gruppens rolle i forhold til AA. AA ser ligeledes alkoholisme i et sygdomsperspektiv, hvilket også understøtter ideologien for AA.

Lænken støtter sig overvejende op ad samarbejdet med professionelle omkring de behandlingsmæssige spørgsmål, men gruppens primære formål er at skabe et nyt alkoholfrit netværk.

De individuelle fordele og resultater ved at deltage i selvhjælpsgrupper er øget social støtte og netværk gennem kontakten med andre og dannelsen af venskaber, hvilket understøttes af forskellige undersøgelser (Kelly et al., 2011, Humpreys et al., 1999). En anden vinkel omkring netværk og støtte fremhæves af Adamsen og Rasmussen (2001) gennem deres egen forskning, at deltagerne i selvhjælpsgruppen oplever at tilhøre en form for fællesskab, hvilket ændrer følelsen af at være unormal til at være normal.

Eftersom det sociale netværk og andre strukturer er blevet forandret og delvis nedbrudt i et industrialiseret samfund, kan selvhjælpsgruppens funktion fungere som en ramme for skabelsen af socialt netværk (Adamsen and Rasmussen, 2001, p. 912).

Hatzidimitriadou (2002) fremhæver ligeledes det personlige empowerment som et resultat af deltagelse i selvhjælpsgrupper, hvilket Adamsen og Rasmussen (2001) beskriver med øget selvværd, nye adfærdsmønstre og opnåelsen af ny viden.

Professionelles deltagelse i selvhjælpsgrupper er en dimension som vinder indpas i skandinaviske selvhjælpsgrupper i 90'erne (Adamsen og Rasmussen, 2001), men Katz (1981) folder allerede diskussionen ud i forhold til amerikanske forhold gennem egentlige undersøgelser af emnet. Et argument for involveringen af professionelle er, at ideen om selvhjælp er modificeret og inkorporeret i de professionelle strategier.

Involveringen af professionelle i selvhjælpsgrupper forstyrrer definitioner, strukturer og ideologier omkring selvhjælpsgrupper, som tidligere er beskrevet i dette afsnit, idet det bryder med karakteristika ved selvhjælp som gensidighed og fraværet af professionelle. Katz (1981) beskriver, at professionelle ofte har spillet en vigtig rolle i etableringen af selvhjælpsgruppen, eller har spillet en rolle på forskellige stadier i etableringen og konsolideringen af selvhjælpsgruppen.

Historisk perspektiv på selvhjælpsgrupper i Danmark indenfor alkoholområdet.

De 2 primære aktører i Danmark indenfor selvhjælpsområdet og alkohol, AA og Lænken, har en fælles oprindelse, idet læge Oluf Martensen-Larsen startede en patientforening for sine patienter 25. august 1948 (AA i Danmark, 2005, www.foreningen.laenken.dk). Læge Oluf Martensen-Larsen var den første læge, der behandlede patienter med Antabus, hvilket gav stor søgning til lægen.

Læge Oluf Martensen-Larsen havde besøgt Sverige og Norge i 1947, hvor pgl stiftede bekendtskab med Sällskapet Länkarna i Sverige og AA i Norge, og oplevede den fælles støtte og styrke alkoholikerne imellem (AA i Danmark, 2005, p. 10).

De nordiske brugergrupper havde rødder i afholdsbevægelsen og Oxford Gruppe-bevægelsen, hvor sidstnævnte bevægelse kan ses som en selvhjælps- og identitetsorienteret bevægelse (Steffen, 1999, p. 58).

Den danske forening navngives Ring i Ring og har udgangspunkt i København.

Idegrundlaget for Ring i Ring beskrives med styrken i medlemmernes samvær ved drikketrang. Desuden var der selskabelige aktiviteter med det formål at holde den enkelte fra ensomhed og kedsomhed (www.foreningen.laenken.dk). Ring i Ring var inspireret af AA's 12 trin, og var en del af AA's bevægelse, men havde udarbejdet sine egne 9 tilsvarende trin.

Der tilknyttedes professionel bistand til Ring i Rings arbejde i 1949 i form af læge Kaj Alstrup og siden social rådgivning. Læge Kaj Alstrup repræsenterer foreningen i forhold til offentligheden og alkoholmisbrug (www.foreningen.laenken.dk).

I de følgende år opleves en stor søgning til Ring i Ring, og der etableres flere foreninger i Danmark. Det afføder et arbejde for at lave en landsforening, som etableres i 1954 (www.foreningen.laenken.dk).

Der opstår uenigheder i foreningen omkring relationen til de professionelle, hvilket gør at den første AA gruppe etableres i Danmark i 1955. Landsforeningen Ring i Ring ønskede at indpasse foreningsarbejdet i den lægelige og sociale bistand, hvor udbryderne fra en københavnerafdeling ønskede at fremhæve foreningsarbejdet på bekostning af ambulatoriearbejdet (www.foreningen.laenken.dk).

Anonyme Alkoholikere

AA er et fællesskab fra alle samfundslag, som mødes for at opnå og vedligeholde deres ædruelighed (Steffen, 1993, p.32). AA er et verdensomspændende fællesskab, som har sine rødder i USA fra 1935.

AA bygger på 12 trin og 12 nedskrevne traditioner, som blandt andet beskriver formålet med fællesskabet og relationen til omverdenen og professionelle. Steffen (1999, p. 60) beskriver, at 'AA gennem hele

fællesskabets historie har holdt sig til det mere indadrettede arbejde mod personlig forandring og et ædru liv'. Med udgangspunkt i Katz and Bender (1976) er AA's funktion fokuseret på personlig vækst.

AA bekender sig historisk til sygdomsbegrebet og således også til WHO's diagnose afhængighed af alkohol, hvilket bruges til at afstigmatisere alkoholikeren (Steffen, 1999, p. 59).

AA i Danmark etableres som ovenfor beskrevet i 1955, men de første stabile AA grupper opstår først i 70'erne. I forbindelse med introduktionen af Minnesotamodellen i 1985 (Steffen, 1993) øgedes antallet af AA grupper til over 150 grupper i starten af 90'erne. I 1999 var der registreret 346 AA grupper og i 2004 var der 400 AA grupper (AA i Danmark, 2005). Anno 2014 er der registreret 400 AA grupper i Danmark (interview AA gruppe). Der sker ikke registrering af antal deltagere i AA, men den beskrevne udvikling af grupper må betragtes som en konsolidering af AA i Danmark med 400 grupper gennem det seneste årti.

Lænken.

Landsforeningen Ring i Ring ændres til Lænken i 1962 som en konsekvens af et retsligt opgør med en lokalforening.

Landsforeningen Ring i Ring havde udover sit foreningsarbejde i 50'erne ligeledes status som høringspart omkring tilblivelsen af en betænkning angående behandling og forsorg af alkohollidende. Betænkningen førte til en ændring af lov om sygehusvæsenet, som åbnede for etablering af ambulatorier for alkoholproblemer. Der var ligeledes opmærksomhed på, at der skete henvisning til patientforeninger og oprettelse af grupper for tørlagte patienter (www.foreningen.laenken.dk).

Denne lovændring betyder fra 1960 en adskillelse af det professionelle og frivillige arbejde i Ring i Ring, siden Lænken. Der blev oprettet tilsynsråd med ambulatorierne, hvor medlemmer fra de lokale Lænkeafdelinger deltog. I dag er der stadig en formel adskillelse mellem Lænkeforeningerne og Lænkeambulatorierne/Misbrugscentrene, om end der ofte er et fællesskab om de fysiske faciliteter.

Lænken beskriver selv deres formål som frivilligt socialt arbejde som supplement til alkoholbehandling i et prospekt fra 2012. Lænkens grundide beskrives som en genopbygning af misbrugeren med det mål at fungere normalt i samfundet, på arbejdsmarkedet og i familien, hvilket kan understøttes ved forskellige fælles aktiviteter. Steffen, (1999) beskriver Lænken med et udadrettet socialt arbejde som kendetegn. Adamsen og Rasmussen (2001) ser selvhjælpsgrupperne i det 21. århundrede som et supplement til det eksisterende system, hvilket Lænken har honoreret gennem mange år.

Lænken anser også alkoholproblemer som en sygdom, men ser også sygdommen som årsagsbetinget. Årsagerne hænger sammen med fysiske, psykiske, sociale og nedarvede faktorer og er således forskellig fra person til person (www.foreningen.laenken.dk). Lænken bruger som AA ligeledes sygdomsbegrebet til at afstigmatisere alkoholmisbrugeren og fjerne skyldfølelsen som en hindring for at søge hjælp (Steffen, 1999, p. 59).

Der registreres i 1954 7 afdelinger i Danmark tilhørende det daværende Ring i Ring. I 1966 er der 32 lænkeafdelinger i Danmark. I 2014 er der 25 afdelinger, primært i det storkøbenhavnske område og sønderjylland.

Korube (1992, p. 692) beskriver at medlemstallet i Lænken i 1990 var 5000. I 2014 er der 800 medlemmer.

Metode

Udgangspunktet for herværende opgave er at udføre en kvalitativ undersøgelse af selvhjælpsgrupper indenfor alkoholområdet. Jeg ønskede med den kvalitative metode at skabe en ramme, hvor gruppeinterviewet kunne skabe udsagn for individet og gruppen, som kunne bidrage med viden om selvhjælpsgruppen og individet. Denne viden kunne være gruppens og individets værdier, overbevisninger og adfærd. Med det kvalitative interview fremkommer ligeledes muligheden for at forstå gruppens og individets proces omkring sig selv og gruppens udvikling.

Disse kendetegn ved det kvalitative interview giver mig muligheden for at få en række udsagn fra individet og gruppen, som kan beskrive og diskutere individet i selvhjælpsgrupper ud fra mine valgte analytiske begreber.

Gruppeinterview

Jeg valgte at interviewe 4 forskellige selvhjælpsgrupper indenfor alkoholområdet for at åbne for forskellige gruppers indhold og struktur, som kunne bidrage til en mere nuanceret analyse af min problemformulering.

Mit valg af gruppeinterview baserede sig på, at gruppedynamikken skulle bruges til at skabe nuancerede diskussioner om relevante temaer i forhold til selvhjælpsgrupper, hvor den enkelte interviewperson kunne give en række konkrete udtryk omkring foretrukne forståelser af temaerne (Bryman, 2012).

Jeg gennemførte selv min indsamling af empiri i Anonyme Alkoholikere og Landforeningen Lænken. Begge selvhjælpsgrupper er etablerede selvhjælpsgrupper indenfor Danmark og med en stor geografisk spredning i Danmark. Min rolle var at lede gruppeinterviewene ved hjælp af temaer, som kunne skabe en diskussion deltagerne i mellem.

Det var nødvendigt at have en kontaktperson til at arrangere de respektive gruppeinterviews, i og med jeg ikke kendte disse selvhjælpsgrupper på forhånd. Denne rekrutteringsmetode beskrives som key informant recruitment (Bryman, 2012, p. 511).

Kontakten til AA grupperne skete via forskellige kanaler, idet hver AA gruppe ikke umiddelbart har en offentlig kontaktperson.

Første interviewaftale med en AA gruppe blev formidlet af en lederkollega fra en alkoholbehandling, som på baggrund af et skriftligt oplæg omkring interviewformål, kontaktede en lokal kontaktperson til AA. Kontaktpersonen kontaktede mig for konkret aftale af gruppeinterviewet i forhold til tidspunkt og sted. Jeg sikrede mig, at kontaktpersonen var bekendt med mit oplæg omkring undersøgelsens formål, som informerede om deltagerens anonymitet på navn og by, indhold og efterbehandlingen af interviewet.

Kontaktpersonen og 6 andre personer, 2 kvinder og 5 mænd, deltog i dette interview, som blev gennemført på i et lokale i en offentlig alkoholbehandling. Interviewet løb over 2 timer, men mødet med en ny potentiel

AA deltager optog omkring den første halve time inden jeg kunne introducere interviewet. Der var tidsnød omkring de sidste spørgsmål i interviewguiden, idet vi skulle være ude af lokalet til en bestemt tid.

Det andet gruppeinterview med en AA gruppe blev formidlet gennem en behjælpelig AA repræsentant fra mit eget lokalområde, som kendte en repræsentant for en AA gruppe et andet sted i Jylland end Esbjerg.

Aftalerne blev truffet gennem mailkorrespondancer med min kontaktperson, som havde modtaget mit oplæg om undersøgelsens formål.

Til dette gruppeinterview deltog 6 personer, 5 mænd og 1 kvinde, som blev gennemført i lokalerne tilhørende en frivillig social organisation. Interviewet løb over 2 timer og bar præg af stor talelyst fra deltagerne, hvilket betød mindre styring fra min side i forhold til guidning gennem interviewguiden.

Jeg gennemførte 2 gruppeinterview med 2 forskellige Lænkeforeninger. Jeg valgte at kontakte Landsforeningens hovedkontor som jeg tidligere havde haft kontakt med i anden anledning. Min henvendelse om 2 gruppeinterview blev drøftet på Lænkens hovedbestyrelsesmøde, som havde peget på 2 forskellige Lænker i forhold til geografi og indhold, hvilket var optimalt i forhold mit ønske om forskellighed grupperne i mellem.

Det tredje gruppeinterview blev også formidlet af en lokal kontaktperson. Ved dette interview deltog 5 personer, 3 kvinder og 2 mænd, hvoraf 2 af deltagerne er pårørende til alkoholoverforbrugere. Interviewet foregik i den lokale Lænkes lokaler, hvor øvrige fremmødte sad i et tilstødende lokale, men de ønskede ikke at deltage i interviewet.

Det var mit første interview med min interviewguide, hvor jeg fandt frem til at mine underspørgsmål var mindre vigtige og enkelte spørgsmål var for lukkede.

Det fjerde og sidste gruppeinterview blev gennemført med 5 personer, 2 kvinder og 3 mænd. 3 af deltagerne er i familie med hinanden, hvor 3. person er en voksen søn. Mødet foregik i Lænkens lokaler, som fysisk er placeret sammen med Lænkeambulatoriets ambulante alkoholbehandling. Under interviewet kom forskellige besøgende til Lænken ind og ud af lokalet, uden at de deltog aktivt i interviewet.

Alle 4 interviews blev gennemført i løbet af marts 2014.

Transskribering

Alle 4 interviews blev optaget digitalt på min telefon, hvilket blev accepteret af alle de deltagende interviewpersoner. Lydfilerne er fortsat tilgængelige.

Transskriberingen skete hurtigst muligt efter interviewene, hvilket tidsmæssigt var over perioden marts til og med april 2014.

Jeg gennemførte selv transskriberingen ud fra vurderingen, at vigtige udtryk fra lydoptagelserne ikke skulle tabes ved overdragelsen til en anden. Jeg havde ingen hjælpeprogrammer til transskriberingen, hvorfor processen var langsommelig, og alle udsagn er gennemspillet flere gange for at sikre det korrekte udsagn.

Jeg har udskrevet hvert af de 4 interview med gruppens navn, bestemmelsessted og et forbogstav ud for hver af de interviewedes udsagn, hvilket sikrer mig omkring brugen af citater i min analyse.

Jeg udelod enkelte meget personlige historier fra transskriberingen, men ellers er alle udsagn nedskrevet ordret.

Der var enkelte lydmæssige problemer i form af lav tale eller flere udsagn på samme tid, som vanskeliggjorde transskriberingen og udsagnene udgik af materialet. Min efterfølgende erfaring omkring digitale optagelser i grupper er, at gruppedeltagerne skal placeres af interviewerens i forhold til den optimale lydoptagelse.

Analysemetode

Alle 4 transskriberede interviews blev udskrevet på papir. Hvert interview blev gennemlæst med henblik på empirinær kodning, hvor jeg i venstre margen skrev de konkrete udsagn ned. Samtidig havde jeg en blok, hvor jeg skrev refleksioner og overvejelser ned for hvert af de 4 interviews. Disse overvejelser blev herefter samlet til begreber, kategorier og temaer. Denne proces med åben kodning er et af værktøjerne i grounded theory, som er den mest anvendte ramme for analyse af kvalitative data (Bryman, 2012, p. 567).

I forbindelse med 2. gennemlæsning af materialet skrev jeg bemærkninger i højre margen, som henviste til mine tanker om begreber, kategorier og temaer (Bryman, 2012).

Den 2. gennemlæsning af materialet fik afgørende indflydelse på min problemformulering og mine teoretiske vinkler, idet jeg åbnede for justeringer på både problemformuleringen og min teoretiske tilgang til analysen af min empiri gennem drøftelser med min vejleder. Denne proces blev afgørende for min tilgang til min empiri, idet mine fund fik stor indflydelse på mine teoretiske vinkler, hvilket er kendetegnende for en induktiv tilgang til sin undersøgelse (Bryman, 2012, p. 26).

Etiske overvejelser

Jeg fravalgte at undersøge selvhjælpsgrupper i det lokalområde, som jeg fagligt agerer i, idet en række deltagere i lokale AA grupper kender mit virke og min person, hvilket kunne udfordre deres anonymitet på en måde, der betød modstand og tilpassede svar, altså høj biasrisiko.

Mit kendskab til lokale deltagere kunne ligeledes påvirke min neutralitet og dermed min tilgang til opgaven, hvorfor det ligeledes kunne være en risiko for bias med dette perspektiv.

Jeg har vægtet, at deltagelsen i interviewene skal være anonymiseret. Mine kontaktpersoner har jeg et link til via en mailadresse eller et telefonnummer, som ikke fremgår af hverken bilag eller opgaven. Alle personer bliver i opgaven beskrevet med et opdigtet navn, hvor kun jeg kender deres opgivne fornavn. Gruppernes præcise geografiske placering er ligeledes udeladt af hensyn til anonymiseringen.

Jeg har efter bedste evne forsøgt at overholde de etiske principper for undersøgelser ved at vægte at undgå skade for deltagerne, manglende informeret samtykke, krænkelse af privatlivets fred samt bedrag (Bryman, 2012, p. 134).

Begrænsninger

Med undersøgelsen af 4 grupper og deltagelsen af 23 personer har jeg et meget begrænset kvantitativt materiale omkring selvhjælpsgrupper i Danmark indenfor alkoholområdet, hvorfor mine fund i opgaven ikke nødvendigvis kan findes i andre grupper. Følgelig skal jeg være varsom med at overføre konkrete fund i mit materiale til en generaliseret viden om selvhjælpsgrupper indenfor alkoholområdet (Bryman, 2012, p. 347), med mindre jeg kan støtte mig på anden litteratur og undersøgelser.

Udvælgelsen af interviewdeltagere var udlagt til mine 4 kontaktpersoner, som alle 4 var meget positive omkring deres selvhjælpsgruppe og deltagelsen i interviewet. Disse forhold kan have betydning for udvælgelsen af de fremmødte interviewdeltagere og deres udsagn om selvhjælpsgruppen. Jeg fravalgte at anmode om en ligelig udvælgelse af interviewdeltagerne i form af alder, køn og andre forhold, idet frivilligheden omkring deltagelsen skulle være i højsædet.

I og med at undersøgelsen er et soloprojekt har jeg været opmærksom på den interne reliabilitet i forhold til drøftelse af fundene, hvilket er sket via inddragelse af min vejleder.

Overførselsværdien af min opgave i forhold til at sætte selvhjælpsgrupper i scene i mit faglige virkefelt indeholder en række forbehold, idet fundene og erfaringerne vil være bundet til de konkrete selvhjælpsgrupper.

Analyse

Temaerne i analysen er fremkommet fra kodningen af min empiri, og er efterfølgende navngivet med 4 temaer. Det første tema, frihed under ansvar, har fokus på individet. Det andet tema, eksperter i øjenhøjde, har fokus på ekspertrollen i selvhjælpsgrupper, som blev beskrevet i empirien. Det tredje tema, fælles støtte, beskriver den gensidige og ligeværdige støtte i grupperne. Det sidste tema, relation til samfundet, beskriver selvhjælpsgruppernes sammenhæng med myndigheder.

De fire temaer vil blive analyseret gennem mine valgte analytiske begreber, som er beskrevet under teori afsnittet.

Frihed under ansvar

I dette analyse afsnit vil der være fokus på deltageren i selvhjælpsgruppen. Empowermentparadigmet sætter fokus på individets frigørelse til blandt andet at kunne honorere et af vilkårene ved at være deltager i et nutidigt samfund – frihed under ansvar. Samtidig repræsenterer empowermentparadigmet

også en central placering i de offentlige ydelser, hvor der gives plads til brugerens viden, ønsker og råderum for at styrke individets position i forhold til endemålet – selvstændiggørelse og uafhængighed.

For at kunne leve op til samfundets forventninger til individet om at honorere vilkåret – frihed under ansvar, skal individet besidde forskellige egenskaber til at have eller skabe styrken til at leve som et selvstændigt og frit individ, som også sker under indflydelse af samfundet.

Dickerson (1998) deler individets empowermentegenskaber op 3 kategorier: personlige kompetencer, selvbestemmelse og social engagement. Med socialt engagement forstås, at individet identificerer sig med, og støtter andre i samme situation og deltager i støttende aktiviteter i forhold til det primære formål.

Empowermentegenskaberne kommer til udtryk i selvhjælpsgrupperne på forskellig vis, hvilket Thomas, Lænken udtrykker således:

” jeg har også fået selvtillid efter jeg er kommet herop, og jeg tror ikke at jeg var gået ind i den her bestyrelse hvis jeg ikke havde fået den selvtillid ved at komme sammen med de mennesker her, jeg turde stille mig op og sige noget højt og jeg troede at det hjalp når jeg drak, nu behøver jeg ikke at drikke for at sige noget, så det har jeg fået meget selvtillid ved og det er også deres skyld, de mennesker heroppe.”

Til de personlige kompetencer knytter der sig psykologiske elementer som at udvise positiv selvtillid, acceptere sit alkoholproblem og selvbeherskelse, hvilket Thomas udtrykker konkret, men også implicit i form af accept og kontrol af sit alkoholproblem. Thomas er også blevet en del af bestyrelsen, som understøtter de forskellige aktiviteter i Lænken.

AA har et tydeligere udtryk omkring accept af sit alkoholproblem i et sygdomsperspektiv, hvilket Lisbeth, AA udtrykker således:

” for mig når jeg sidder ved AA bordet, så handler det om liv og død, min mand kan ikke forstå, hvorfor jeg ikke kan drikke et glas vin efter så lang tids ædruelighed, så er det jo egentlig meget heldig at det er mig der skal forstå det. Mine møder svarer for mig som til at tage insulin som sukkersyg.”

I forhold til selvbestemmelse er individet i stand til at udføre personlige beslutninger i sit liv, herunder deltagelse i behandling samt søger indflydelse på planlægning og organiseringen af tilbud, hvilket Thomas beskrev som en del af sin proces omkring erhvervelsen af selvtillid. Disse komponenter i forhold til empowerment må ses i en sammenhæng for at forstå det enkelte individ og den beskrevne fritstilling og selvforvaltning af de respektive individer.

Den sidste egenskab omkring empowerment i Dickersons fremlægning er socialt engagement, hvor selvhjælpsgruppedeltagelse er en åbenlys måde at identificere sig med og støtte andre i samme situation, som Lisbeth gør. Thomas forstærker dimensionen omkring socialt engagement ved at være en del af bestyrelsen for den lokale Lænkeforening.

De sproglige udtryk i empirien omkring vilkåret frihed under ansvar for individet har forskellige afsæt og understøttelser.

Det første udsagn kommer fra Niels, AA:

” Der er nogle der holder et spejl op foran mig på møderne, så jeg bliver mindet om hvor jeg kommer fra. Det er også derfor at jeg siger at jeg hedder N. og er alkoholiker. Når nogle fortæller om dem selv, så bliver jeg mindet om mig selv. Når der kommer et tilbagefald [i gruppen], så kan jeg også blive mindet om mig selv og tage min sygdom alvorligt. Det er den der støtte og kærlighed, som bliver udvist, hvis jeg begynder at opføre på en anden måde. Det vil typisk være efter mødet, at de spørger til mig, hvordan har du det egentlig? Det er jo det fantastiske, at der er nogen der tør være ærlige overfor mig i kærlighed, de tør sige sandheden.”

I AA defineres det enkelte individ som havende en alkoholisk personlighedstype, som er kendetegnet ved åndelig umodenhed og ved en række såkaldte karakterdefekter (Steffen, 1993, p. 83). Karakterdefekterne indenfor AA beskrives som selviskhed, perfektionisme, vrede og andre lignende negative karaktertræk.

Niels har accepteret sig selv i AA's kontekst om den alkoholiske personlighedstype, som beskrevet af Vibeke Steffen, hvorfor spejlingen i de øvrige deltagere bruges som gentagelse og forstærkning af sit valg om fastholdelse af sin afholdenhed fra alkohol.

Den beskrevne spejling i AA gruppen og fokus på personligheden beskriver en behandlingsproces for individet, hvor synet på individet fremstår som uansvarlig, passiv og ikke selvforvaltende, hvilket normalt forbindes med behandlingsparadigmets klientforestilling som det svagtstillede samfundsindivid. Eksperten må i en AA kontekst være speakeren på mødet, gruppen og AA programmet med de 12 trin og 12 traditioner, som formidler den sociale påvirkning af individets disponeringer til individets bedste.

Frivillighed i deltagelsen i gruppen og accepten af sin situation vil skulle forbindes med empowermentparadigmet, hvor individet ses som selvforvaltende individ, der er ansvarlig for valg i sit liv og i relation til samfundets bedste.

Niels udviser en høj grad af disciplin og selvkontrol via sikringen af sine rutiner med at møde i AA og fastholde sit syn på sig selv som alkoholiker, men belønningen er at han oplever sin frihed og selvstændighed i modsætning til sit tidligere liv som afhængig af alkohol (Steffen, 1993, p.117).

Niels, AA beskriver en dimension om individets deltagelse i AA:

” vi taler kun om os selv, fra os selv og til os selv f eks det minder mig om, da jeg var der i mit liv, der gjorde jeg sådan og sådan og det bare ad helvede til eller jeg gjorde sådan og sådan og det var bare godt for mig.”

AA har et selverkendende og indadvendt fokus, som Niels udtrykker det, hvilket understøtter deltageren i sin følelse af kontrol over egen krop og sundhed, hvilket gør AA og deres 12 trin og 12 traditioner til en fremragende eksponent for individualiseringen af ansvaret for det enkelte individs selvforvaltning (Steffen, 1993, p. 117).

Michael, AA uddyber synet omkring forvaltningen af sig selv og individuelle ansvar:

”det er ikke et spørgsmål om hvordan man har det, men det er et spørgsmål om hvordan man tager det, jeg har totalt ændret holdning til livet og der har AA så en del af det og jeg har fået et fornuftigt forhold til mig selv, den gang jeg drak, var jeg verdensmester i mange forhold, nu har jeg fundet min plads i livet og tager livet på en anden måde end tidligere.”

Vilkåret frihed under ansvar for individet indebærer værdier som valg, selvstændighed og selvfølgelig frihed, som er en del af tankegodset omkring governmentality og personliggørelsen af individets styring (Reith, 2004). Behovet for personlig og indre kontrol i individet bliver mere fremtrædende og nødvendig i og med forbrugskulturen bliver udbredt og tilgængeligheden er stort set uden restriktioner i et globalt samfund. Det betyder en identitetsbaseret styring, hvor det ikke kun handler om, hvad individet gør, men mere gennem hvem individet er (Reith, 2004, p. 294). I denne sammenhæng kan den identitetsbaserede styring være en identitet som alkoholiker, som skaber den individualiserede kontrol. Michael beskriver, hvordan han tager det som det vigtigste, hvilket kan analyseres gennem den opnåede identitet som alkoholiker og afholdende, hvilket er den for Michael eneste måde at skabe sin frihed.

Identitet er en vigtig dimension omkring individet og i denne sammenhæng med fokus på individet i et moderne samfund, som har givet ansvaret for styringen af individet til den enkelte, vil det at kalde sig alkoholiker redefinere og præcisere individets identitet. Reith (2004, p. 297) beskriver styrken for individet ved at identificere sig som alkoholiker, idet det vil gøre det nemmere at bevare kontrollen over sin situation og dermed sit liv, som i hverdagen skal håndtere mange risici omkring eksempel vis alkohol.

En af behandlingens og selvhjælpsgruppernes fornemste opgaver kan således analyseres til at understøtte og fremme individets erkendelse af sin nye identitet – alkoholiker, hvilket åbner for de traditionelle udfordringer i behandlingsparadigmet i form af eksperter, der ved hvad der er bedst for individet og således definere 'rigtig' og 'forkert' om individets identitet.

Niels, AA beskriver yderligere en pointe omkring individet:

” det der med at tage ansvar for, hvad der foregår i mit liv har betydet frihed, fordi når alle de andre er skyld i dit liv så har de også magten.”

Niels' pointe udtrykker den implicite individualisering i et moderne samfund, som frihed under ansvar også indeholder, omkring løsningen af eks. vis alkoholproblemer, hvor individet selv har ansvaret for at løse sit alkoholproblem i form af udvikling af selvkontrol.

Integrationen af samfundets forestilling om det frie og autonomt handlende individ er lykkedes for Niels og internaliseringen af forestillingen er sket gennem blandt andet selvkontrol og selvbekendelse via deltagelse i selvhjælpsgruppen.

Udover at individet kan bruge selvhjælpsgruppen i sit forehavende om at skaffe sig selvkontrol til at leve op til forventningen til sig selv, men også til familiens forventninger og trusler. Det udtrykkes af Lisbeth således:

” det der er det allervigtigste i mit liv er min ædruelighed, hvis jeg ikke har min ædruelighed, så har jeg ingen mand, ingen børn, ingen børnebørn og intet arbejde, men det allerværste ville være at jeg mistede mig selv”

Anja, Lænken, er pårørende til Flemming fortæller om sin oplevelse af selvkontrol:

”jeg vil altså mene, at man jo kommer videre, nu kan man jo sætte ord på, jeg er jo ikke mere bleg for at sige, at jeg har en mand, der er alkoholiker, han drikker ikke mere, men det er han, det gør man jo ikke i starten når han er i behandling, jeg er ikke bleg for at sige i mit arbejdsnetværk, hvad det er vi laver her i Lænken og hvorfor jeg er her, det gjorde man jo ikke før og det giver jo en hjælp til selvhjælp, man kommer videre og kan sætte ord på, hvad er det at jeg har været igennem og jeg kan fortælle hvordan livet var førhen, så på den måde er det også en form for hjælp til selvhjælp, at du åbner dig og sætter ord på.”

Udover at definere sin ægtefælle som alkoholiker, som hun forventer at opsøge behandling og følger den, så tilføjer hun en dimension omkring det at være pårørende til en alkoholiker. Hendes identitet accepterer hun som pårørende til en alkoholiker, og beskriver det som hjælp til selvhjælp i form af accepten af vilkåret. Det selvforvaltende individ håndterer sin situation med åbenhed og oplever friheden gennem skabelsen af en ny identitet.

AA' s program indeholder de fornødne teknikker via de psykologiserede 12 trin, som kan støtte og guide individet hen til at håndtere selvforvaltningens vilkår om frihed under ansvar.

AA's program kan også ses som havende en forestilling om et svagtstillet samfundsindivid, alkoholikeren, og indeholder mange års viden og erfaring, som er den rigtige løsning for en bestemte individer, altså udtryk fra behandlingsparadigmet.

I Lænken indeholder deres aktiviteter ikke i samme grad som i AA støtten til at leve op til at kontrollere sig selv, hvorfor mange i Lænken støtter sig på offentlige behandlingstilbud for at kontrollere deres alkoholtrang, hvilket Thomas, Lænken fortæller således:

” jeg bruger det som sikkerhed [alkoholbehandling], jeg bruger det 2 gange om ugen så har jeg sikkerhed for at jeg ikke falder i vandet.”

For Thomas handler det i første omgang om selvkontrol med en rutine om 2 ugentlige handlinger, som efterfølgende kan give ham friheden til at opnå et lykkeligt og ædrueligt liv.

Empowermentparadigmets forestilling om det selvforvaltende individ sker gennem denne analyse i selvhjælpsgrupper og individets egen indsats. Individet har valgmuligheder og benytter dem, hvilket også kan tænkes som frihed under ansvar.

Fritstillingen af individet sker i den beskrevne praksis også gennem ansvarliggørelsen af individet med opnåelsen af disciplinering af individet gennem identitetsdannelse og selvkontrol. Opnåelsen af individets identitet som alkoholiker og selvkontrollen sker blandt andet gennem deltagelsen i selvhjælpsgruppen og den personlige udvikling.

I behandlingsparadigmet forbinder vi normalt kontrol overfor en borger med en magtrelation, men med denne udfoldelse af individets vilkår om frihed under ansvar kan der i empirien spores en accept af nødvendigheden med kontrol omkring sin afhængighed. Individet har ligeledes en accept i stort omfang af sin identitet som afhængig af alkohol, som betinger det personligt valgte kontroltiltag i form af behandling eller deltagelse i selvhjælpsgruppe. Accepten af kontrollen skal primært defineres gennem frivilligheden af relationen til en magtudøver og en frivillig deltagelse i selvhjælpsgrupper.

Eksperter i øjenhøjde

Selvhjælpsgrupper på et generelt og i et overordnet perspektiv vil kendetegnes ved, at alle medlemmer er lige i status, og enhver laver beslutninger for sig selv. Selvhjælpsgruppen er ligeledes ansvarlig for sine egne beslutninger. Disse karakteristika omkring selvhjælpsgrupper er ufravigelige og essentielle i forhold til empowerparadigmet, men jeg vil i dette afsnit synliggøre, at ekspert- og kontroldimensioner har indflydelse på selvhjælpsgruppens praksis og relationerne.

Den klassiske måde at forstå eksperten på i en relationel sammenhæng vil i denne kontekst være gennem behandlingsparadigmet, hvor individet modtager viden og indsigt fra en offentlig ansat, som er uddannet og specialist i forhold til det givne problem. Denne relation er som tidligere beskrevet en magtrelation, hvilket ikke indgår som et kendetegn i selvhjælpsgrupper som er præget af frivillighed og ligeværdighed.

I governmentalityteorien ses behandleren som eksperten, der skal guide individet hen til igen at indgå på samfundets præmis om det selvstændige og ansvarlige individ.

I mit feltarbejde mødte jeg tilgrænsende udtryk i forhold til at være ekspert. Det første og meget konkrete begreb er en sponsor, som anvendes indenfor AA, for en person, der vejleder en anden AA'er i de 12 trin, som beskriver et personligt udviklingsprogram til opnåelse af ædruelighed (Steffen, 1993, p.32), hvilket Anette, AA siger på følgende måde:

”en sponsor vil jeg jo egentlig kalde en vejleder i AA, i trinene, ikke andet, jeg kan godt spørge om et godt råd, men det er kun i forhold til trinene, og hvad der står i den blå bog”.

Det er langt fra alle AA grupper i Danmark, der benytter sig af sponsorfunktionen og skal også forstås som et relationelt valg mellem 2 mennesker i en AA kontekst.

Den praktiske dimension omkring at have en sponsor udtrykkes af Anette AA:

” jeg behøver jo ikke at være overfor hende[sponsoren] hele tiden eller være sammen med hende hele tiden, som jeg startede op var det de daglige forslag med at gå på knæ om morgenen og aftenen og jeg skriver et taknemmelighedsbrev, ringer til nykommere og kontakter min sponsor, det gjorde jeg rigtig lang tid under 1., 2., 3. og 4. trin, helt frem til at jeg havde gennemført de her ting ringede jeg faktisk dagligt til min sponsor”.

hvilket bliver den erfaring som Anette støtter sig op ad. Guidningen af Anette sker på baggrund af sponsorens egne erfaringer med de 12 trin og sin ædruelighed, hvilket kan beskrives som en overdragelse af rationaler og teknologier til Anettes fortsatte styring hen mod fastholdelsen af sin ædruelighed (Rose and Miller, 1992, p. 187).

Tilblivelsen af AA og de 12 trin og 12 traditioner sker i USA, hvor de stiftende personer var influeret af Oxford Gruppen og gruppens leder, Frank Buchmann, som blandt andet brugte begrebet sjælekirugi, hvis formål var at fremme en bekendelse ved synderen som kunne bane vejen for fjernelse af synden (Steffen, 1993, p.82).

I Anonyme Alkoholikers 12 trin, som danner grundlag for indholdet af møderne, fortæller det første trin, at:

” vi indrømmede, at vi var magtesløse over for alkohol, og at vi ikke kunne klare vores eget liv” (AA’s historie i Danmark, p. 17).

De 12 trin indeholder tydelige sammenhænge omkring psykologiseringen af mennesket med dimensionen omkring at erkende sandheder og deres konsekvenser.

I sammenhængen omkring psykologiseringen af mennesket, som er en af måderne at internalisere samfundets forventninger og holdninger i individet med henblik på selvforvaltning (Bjerger, 2005), stemmer AA’s 12 trin med dimensionen omkring at erkende sandheder og deres konsekvenser for individet. De 12 trin giver ligeledes en teknik og en løsning for individet for igen at blive i stand til at klare sit eget liv, hvilket giver sammenhængen mellem det individuelle empowerment og det overordnede styring af individet gennem et selvhjælpsprogram.

Sponsoren er kendetegnet ved at have længere tids ædruelighed og foldes yderligere ud af Tim, AA:

” en sponsor er en som selv har gennemgået de 12 trin og lever efter programmet og selv har en sponsor og som kan fortælle mig, hvis du vil have det ligesom mig så vil jeg foreslå at du gør sådan her, for det er det som jeg har gjort.”

Konteksten af denne guidning, der sker mellem sponsor og sponcie, er indgået på basis af frivillighed og et selvstændigt ønske om at skabe en forandring omkring sit alkoholproblem.

En yderligere dimension omkring guidning af den enkelte udtrykkes af Tim:

” når der er noget som jeg er i tvivl om og det er der, men så har jeg jo selv en sponsor og hvis han er i tvivl, så kan han vende det med sin sponsor, på et eller andet tidspunkt er vi ovre i USA, men på den måde er det jo rigtig meget erfaring, som jeg i virkeligheden kan trække på”.

Erfaringsdeling gennem et stort netværk bliver en styrke for den enkeltes guidning i forhold til sit mål og forehavende, hvor ekspertdimensionen ikke kun forlader sig på relationen mellem sponsor og sponcie og den opbyggede mængde af viden og erfaring de to imellem.

Relationen mellem sponsor og individet er indledningsvis styret af frihed under ansvar, hvilket udtrykkes af Anette, AA og Jørgen, AA:

” man går hen og spørger en, som har gennemgået trinene, jeg spurgte den eneste kvinde som var i gruppen dengang om hun ønskede at være min sponsor og det ville hun gerne”.

” hvis man får en ny sponcie, så siger jeg til ham, hvis du vil noget så skal du ringe hver dag hvad siger du til det? ”

Relationen bygges op omkring, at sponsoren er ekspert på sig selv og sit liv via sine erfaringer, hvilket pågældende vælger at dele med andre, som gerne vil være ekspert og uafhængig på deres liv og ikke mindst få styr på alkoholen. Det adskiller sig i sin kerne fra eksperten i behandlingsparadigmet, hvor eksperten oftest har en faglig og uddannelsesmæssig baggrund for at indtage ekspertrollen omkring guidning og behandling af problemet.

Uligheden i relationen i denne selvhjælpsskontekst består i erfaring, idet sponsoren har en erfaring med de 12 trin og i at forblive ædru, hvilket den knapt så erfarne sponcie er interesseret i. Der er en frivillighed omkring indgåelsen af relationen og en accept af den forestående guidning fra sponsorens side.

Relationen mellem sponsor og sponcie foldes yderligere ud af Jørgen, AA:

” jeg er ham som er lidt hård og provokerende, så det ikke er mig som skal være venner som sådan, ikke til at starte med i hvert fald, så man ringe til nogle af de andre i gruppen, jeg ringer ikke til min sponcie og spørger hvorfor ringede du ikke, han må selv ringe til mig, det er for at holde den afstand, selv om det er svært engang imellem. Og det var det min sponsor gjorde med mig og det er det som jeg har givet videre til Tim, Tim giver det så videre til Jonas og det er nøjagtig det samme som bliver givet videre.”

Det store fokus på målet om ædruelighed og at holde sig til de 12 trin betyder, at relationen, som er skabt på frivillighed fra begges sider, fastholder ansvaret for hvem der skal guide og hvem der skal udføre de daglige opgaver udstukket af sponsor. Afvisning af venskabsdimensionen og fastholdelse på opgaven vil kunne genkendes i relationen mellem behandler og borger i behandlingsparadigmet, som er kendetegnet ved en accepteret magtrelation.

Den ulige relation mellem sponsor og sponcie beskrives i et mere følelsesmæssigt perspektiv af Anette, AA:

” til at starte med tænkte jeg at det var ydmygende at skulle ringe hver dag, men meget hurtigt blev det en naturlig ting at gøre hver dag, det gør jo faktisk at hvis jeg har det skidt så gør det meget nemmere at ringe til min sponsor, hvis jeg har brug for at få noget vejledning og hvis jeg har noget som jeg gerne vil dele med hende.”

Flovheden over at være i tæt forbindelse med et andet menneske, som har det bedre og styr på sit liv, er en følelsesmæssig tilstand for Anette som folder sig ud i den umiddelbare relation. Anette handler mere på

den ydre aftale om daglige opkald i starten end sine indre følelser, men kan i bakspejlet se fordelene ved sponsorordningen., hvor hun har givet sig hen til et andet menneskes erfaring og støtte. Relationen kan vurderes som asymmetrisk med Anette som det passive, modtagende og ikke selvforvaltende individ og sponsoren som den der påvirker Anettes dispositioner aktivt og styrende.

Processen for Anette går i retning af, at hun er i stand til at handle rationelt, hvilket også udtrykker empowerment i praksis med ansvarliggørelsen af Anette og brugerinddragelse.

Der beskrives personlige fordele ved at være sponsor, som styrker Jørgen:

”man kan ikke bare tage imod helbredelsen man er nødt til at give det væk, så man er nødt til at have nogle sponcies , det er ikke mig der holder Tim ædru, det er faktisk Tim som holder mig ædru, jeg har flere sponcies, det får man med tiden , dem som jeg stadig har de giver rigtig meget til mig og især på det åndelige område , sådan en som Søren han er ekstrem harikrisna og buddist og sådan noget , hvor jeg bare har været blikkenslager og Tim begynder at gå til noget healing og sådan noget, så jeg får noget den anden vej også , og ikke bare de 12 trin, men også noget der udover”.

Jørgens personlige oplevelse af empowerment får på den måde selvhjælp til at fremstå som fælles støtte til både Jørgen og hans forskellige sponcies, hvilket er den relevante måde at forstå gensidigheden i selvhjælpsgrupper. Sponsordimensionen hæver sig til et gruppeniveau ved denne udlægning.

I Lænken er ekspertrollen mere nedtonet, men historisk har fyldt mere, hvilket Lillian fortæller således:

Interviewer: ”har i tidligere delt Antabus ud?”

Lillian: ”ja, det har vi, ændringen kom i forbindelse med amternes nedlæggelse”

Lillian: ” og det var der at de skulle til at tjene penge, sende regninger til kommunerne, inden da fik ambulatorierne et tilskud fra amtet og der måtte ikke sendes en regning for at frivillige delte Antabus ud og de meldte ud at det måtte vi ikke ud fra det Sundhedsstyrelsen havde meldt ud, vi var faktisk meget glade for den post og havde kurser i medicin/Antabusudlevering, og havde et andet samarbejde dengang og deltog i behandlermøder, så der var vi tættere på brugerne.”

En af delementerne omkring New Public Management er ydelsesafregning for hver enkelt borger imellem tilbud og myndighed, hvilket skete for de fleste alkoholbehandlingsinstitutioner efter kommunalreformen i 2007. For Lænken i Københavnsområdet ændrede det deres tydelige deltagelse i behandlingsarbejdet op til ændringen i 2007, hvor de ikke længere skulle modtage nye borgere, dele Antabus ud og deltage i behandlermøder.

Lænken mistede her en lang tradition for brugerindflydelse og inddragelse af frivillighed og netværk i mødet med behandlingssøgende borgere. Det er uklart, hvad den nye behandlingssøgende har mistet ved ændringen.

Lænkeambulatoriernes ønske om at styrke de behandlingsmæssige aktiviteter forstærker som udgangspunkt behandlingsparadigmet i retning af tydeligere ekspertdominans, men fraskiller samtidig involveringen af frivilligheden i det daglige arbejde i form af Lænken frivillige, hvilket ændrer fokus for Lænkeforeningen i retning af netværk og mindre behandling. Det frigør Lænken for eventuelle uklarheder i forhold til rollen som behandlingens forlængede arm set med individets briller, og for individet fremadrettet må Lænken være et frivilligt netværk uden indblanding af andre.

Udlevering af Antabus af frivillige som i Lænken finder fortsat sted i den anden Lænkegruppe, som blev interviewet. Udleveringen af Antabus sker på den måde, som Curt, Lænken udtrykker det:

” vi må støtte dem i at tage deres Antabus. ”

Kontrol indgår i tænkningen fra governmentality og treatmentality som en af ekspertens teknikker til at hjælpe individet til at efterleve samfundets værdier og specielt med medicin indenfor misbrugsområdet. Lænken udlevering af Antabus fastholder individet i at være passiv, uansvarlig og ikke selvforvaltende, og understøtter individet i en passiv rolle i forhold til giveren af Antabus. Med klare træk fra behandlingsparadigmet med borgeren som klient udfordrer det den normale personrelation i et frivilligt fællesskab som Lænken. Praksis fra Lænken viser stor grad af brugerindflydelse, idet det er en nemmere og billigere løsning for borgeren, men perspektivet for selvstændiggørelsen og uafhængigheden for individet fremstår uklart og med klare træk fra behandlingsparadigmet.

Antabus bliver en sikkerhed og en kontrol for samfundet, når der anlægges en antropologisk analyse (Steffen, 2005), hvor individet har påtaget sin rolle som havende behov for støtte og indgår villigt i samarbejdet. I den sammenhæng foreslår Steffen (2005) at se Antabus som en rituel behandling frem for en ren medicinsk behandling, hvor patienten accepterer den ydre kontrol fra en professionel eller andre vigtige personer for patienten.

Antabus er i Danmark på mange måder synonymt med alkoholbehandling, hvilket har den historiske sammenhæng med opdagelsen af det medicinske præparat Antabus i 1947, opdaget af danske forskere, Hald og Jacobsen (Steffen, 2005). Samtidig er der også som tidligere beskrevet en historisk relation mellem oprettelsen af selvhjælpsgrupper indenfor alkoholområdet og Antabus, hvor den behandlende læge initierede oprettelsen af en patientforening som en netværksmæssig støtte til alkoholbehandlingen.

Det behøver ikke kun at være en behandlingsinstitution, der indgår i en rituel behandling, idet Lænken har lignende funktion, hvilket Curt, Lænken udtrykker således:

” vi arbejder også sammen med Kriminalforsorgen, folk kommer og får deres Antabus her [Lænken] og en kvittering på, at de har været her. Det fungerer fint med Kriminalforsorgen”.

I AA findes en lignende konstruktion omkring samarbejdet med Kriminalforsorgen og behandlingsdomme, hvor den enkelte får et stempel for hvert fremmøde i AA gruppen (AA's historie i Danmark, 2004), som har klare dimensioner af behandlingsparadigmet omkring relationen mellem institution og dømte samt en kontrolfunktion i form af stempel ved hvert fremmøde.

Kontrol og dermed kontrollen af usikkerhed for den enkelte, familien, netværk og samfund kan håndteres gennem behandling og fremmøde i selvhjælpsgrupper, hvor Antabus og pust i alcometer bliver nogle af de

institutionaliserede måder for et samfund at styre og kontrollere individet, både individuelt og kollektivt (Steffen, 2005, p.15).

Selvhjælpsgrupper får således klare udtryk af kontroldimensionen i konkrete situationer, som normalt forbindes med relationel magt i traditionelle behandlingsinstitutioner. Den relationelle magt bliver ikke i interviewene beskrevet yderligere udover, at alternativet for borgeren var 20 km ekstra kørsel hver vej. I og med at kontrol indgår som en del af en magtrelation, vil den blive forhandlet parterne imellem (Steffen, 2005, p.11) og sikkert til alles umiddelbare tilfredshed. Individets selvkontrol bliver således i denne sammenhæng uddelegeret til andre i større eller mindre omfang, således at individet kan honorere det samfundsmæssige krav om frihed under ansvar.

Ekspert i selvhjælpsgrupper eksisterer i form af sponsorer og kontrollanter, og benytter sig af de samme strategier som repræsentanter for samfundet i form af psykologisering, guidning og kontrol, og er således med til at understøtte den overordnede styring af samfundet. Det er således ikke kun behandlingsparadigmets eksperter, der udøver de samfundsmæssige strategier omkring tilpasningen af individet, men får god hjælp af samfundsborgere med særlig personlig kendskab til alkoholproblematikken.

I behandlingsparadigmet er magten også at betragte som relationel, hvor behandlerens rolle er bundet op på at være eksperten, og borgeren er klienten, hvilket begrænser forhandlingsgrundlaget og den mulige indflydelse for individet som udgangspunkt. De empiriske fund i udvalgte selvhjælpsgrupper omkring sponsorrelationen og kontrolrelationen viser, at relationen ikke altid er symmetrisk og ligeværdig, som normalt forventes i en selvhjælpsgruppe.

Selvhjælpsgrupper er en selvvalgt løsning for individet, som accepterer og forhandler sig frem til acceptable løsninger med sin guidning og kontrol med selvhjælpsgruppen. Praksis i selvhjælpsgrupper er normalt forbundet med indflydelse, frihed under ansvar og understøttelsen af det selvforvaltende individ, men i og med fund fra empirien som kontroldimensionen og ekspertfunktioner, som er tilknyttede samfundsmæssige forestillinger om behandling, viser der sig en dobbelthed omkring empowermentparadigmet i selvhjælpsgrupper.

Fælles støtte

I gruppen kan individet finde den individuelle støtte til sine problemstillinger, men deltagelse i gruppen indeholder også en anden dimension – at give støtte. Dette afsnit vil analysere individuelle og strukturelle dimensioner omkring individets deltagelse i forskellige selvhjælpsgrupper.

Begrebet selvhjælp har givet anledning til forvirring gennem mange år, hvilket også kom til udtryk i interviewene på følgende måde af Tim, AA.

” hvis jeg kunne hjælpe mig selv så havde jeg ikke brug for AA's 12 trin, altså hele pointen i 1. trin er at jeg er magtesløs overfor alkohol og jeg er et håbløst tilfælde, der ikke kan hjælpe mig selv”

Anja, Lænken udtrykker sin forestilling om selvhjælp i anden kontekst:

”jeg tænker med selvhjælpsgrupper skal der noget professionel hjælp indover”.

I litteraturen (Katz and Bender, 1976) beskrives det engelske begreb omkring selvhjælpsgrupper, mutual aid, som understreger den fælles eller gensidige støtte, som metoden til at opnå individets selvstændiggørelse og gruppens formål. Dimensionen omkring involvering af professionelle i selvhjælpsgrupper ligger udenfor rammen af denne opgaves problemformulering og analyse af empirien.

Historisk blev Ring i Ring skabt som en patientforening, hvor gruppen skulle være et værn mod drikkefrang og igangsætte aktiviteter imod kedsomhed og ensomhed. Den igangsættende læge, Oluf Martensen-Larsen og siden læge Kaj Alstrup havde blik for, at genrejsningen af styrken i det enkelte individ krævede mere end behandlingen for alkoholproblemet kunne klare, hvorfor de sammen med de første patienter skabte Ring i Ring.

Disse erfaringer og synspunkter om fælles støtte blev som tidligere beskrevet under forskningslitteratur beskrevet i vejledningen til indførelsen af den offentlige ambulante alkoholbehandling i 1954 med opfordring til de behandlingsansvarlige om at oprette patientforeninger, og blev således et udtryk for vigtigheden af brugerorientering og fokus på individet.

Det har givet et vigtigt bidrag til både behandlingssystemet og individet om, hvordan individet genvinder sin styrke gennem fælles støtte, og har således skabt en samfundsmæssig forestilling om, hvordan individet kan selvstændiggøres.

Den fælles støtte beskrives i dag forskelligt i henholdsvis Lænken og AA, hvilket definerer 2 forskellige rammer for individet i dets vej for at leve afholdende med alkoholproblemet.

I AA udtrykkes rammen omkring selvhjælpsgrupper og for den fælles støtte af Jørgen, AA:

”Min sponsor skreg af grin, da jeg nævnte det for ham i starten, at AA er en selvhjælpsgruppe, fordi det troede jeg at det var, selvom at jeg havde været i AA i et år, så skreg han af grin og sagde det er Guds hjælpeprogram – det sagde han bare og grinte bare, det er jo sådan at man ser det i Danmark.”

Et hjælpeprogram angiver et systemiseret indhold, som udtrykker den samlede erfaring og viden indsamlet af de personer, som har udarbejdet programmet. I behandlingsparadigmet beskrives eksperten, som den der ved bedst og er den myndige leder og modtageren, klienten, fremstår som passiv og uansvarlig.

AA præsenterer sig officielt på følgende måde:

”AA er et fællesskab af mænd og kvinder, der deler erfaring, styrke og håb for at kunne løse deres fælles problem og derigennem hjælpe andre til at genvinde helbredet efter misbrug af alkohol” (AA’ historie i Danmark, 2005, p.8).

Fællesskabet indikerer brugerinddragelse i høj grad og et stort fokus på individet. Målet med at genvinde helbredet må klart betragtes som at leve op til forestillingen om det frie og selvforvaltende individ.

I de 12 trin indgår åndelige budskaber i form af en magt, der større end selvet i det 2. trin og en samhørighed med Gud i 3. trin (Steffen, 1993), hvorfor AA kan ses som et fællesskab baseret på åndelighed, hvilket Hans, AA udtrykker således:

” da jeg havde aflagt 3. trin og ligger mit liv over til dig Gud og da jeg så rejste mig op bagefter og det kan man så kalde en kombination, for der kom de andre fra AA gruppen og gav mig et kram og sagde velkommen i det åndelige fællesskab”.

Med en magt der er større end en selv foreskrives en asymmetrisk relation mellem individet og Gud, hvor individet har behov for ydre/åndelig kontrol i forhold til påvirkning og bedømmelse af dets handlinger og tanker. Den åndelige dimension ved AA's program bliver en understøttelse af det moderne samfunds forestilling om det selvforvaltende individ, når individet tager vare på sine problemer med hjælp fra det åndelige fællesskab.

Den fælles støtte i begge grupper kommer til udtryk flere forskellige måder i empirien, hvor Kurt, AA fortæller:

” hvis jeg falder i er det fint nok og fortælle det til nogen det tør jeg godt i AA, fordi det er det eneste sted jeg bliver accepteret på at jeg har taget et tilbagefald og der vil være folk der takker mig for at have taget et tilbagefald og jeg plejer at takke folk for at have taget et tilbagefald, fordi de fortæller mig at de ikke kan finde ud at drikke alligevel, så de må hellere komme tilbage til AA, så fortæller jeg dem tak fordi du tog et tilbagefald, fordi så er jeg fri for at prøve den tur.”

Udsagnet udtrykker det store individuelle fokus på sig selv, hvilket udtrykker tydelige kompetencer omkring egen selvforvaltning og fremtræder som ansvarligt individ ved at bruge sig selv og andre deltagere til at forblive fritstillede. Spejlingen i mødet med andre ligesindede bruges til at definere rigtig og forkert, hvilket understøtter den enkeltes magt over sit eget liv.

Indholdet af AA møderne detaljeres her yderligere af Tim, AA:

” ved møderne her er der altid en indleder på, som siger noget i 20 minutter og det er udelukkende alkoholikere som har erfaring med de 12 trin som er igennem trinene, som kan speake, fordi så har de noget løsning at fortælle om, så bliver der delt ud fra den 5. tradition for at dele erfaring, styrke og håb og hjælpe den alkoholiker der stadig lider, det er simpelthen det, for at få fortalt nye hvad det er de skal ”.

Indholdet af mødet udtrykker tydelig en ekspertrolle til speakereren, som gennem egen erfaring ved hvad der skal til få at håndtere vilkåret, alkoholisme. Eksperten har mulighed for at udtrykke sin personlige viden og programmets viden til lytterne, som ikke kan spørge eller have anden indflydelse på bidraget. Denne struktur indeholder et syn på de øvrige som passive og ikke selvforvaltende, hvilket kan skabe fremmedgjorthed.

Understregningen af den individuelle kontekst i AA understreges i disse udsagn af Niels, AA:

”afhængig af hvor du møder, så er der typisk en runde, hvor man byder ind med hvad der lige falder en på hjertet omkring en tekst eller et emne eller man siger jeg vil gerne lytte i dag, så tager man typisk en runde omkring det emne der nu har været og hvor der er mulighed for at byde ind hvis man har lyst så herefter er ordet frit – for mig kommer jeg tit til at tænke på sådan var det også for mig, en ting som jeg er kommet i tanke om, så det kan komme meget langt omkring”

Den individualistiske dimension af AA, som berøres i citaterne, viser, at AA bygger på en individualistisk ideologi, som har stort fokus på selverkendelse for at nå målet om afholdenhed (Steffen V., 1993, p. 116). Denne ideologi er samstemmende med tankerne fra treatmentalityteorien, som beror på en forestilling om, at det enkelte samfundsindivid må støttes og hjælpes til at blive et selvstændigt og frit individ. Støtten til at opnå selverkendelse indeholder klare psykologiske elementer, som anerkendes som en teknik for individet til at opnå målet om uafhængighed.

AA's betydning og fremgang i Danmark viser sig fra midt 80'erne og frem, hvor der i samfundet var sket et begyndende opgør omkring ekspertvældet i det offentlige system i form af styrkelse af individets følelse af kontrol over egen krop og sundhed (Steffen, 1993, p. 117), som trak mere i retning af empowermentparadigmet med fokus på selvforvaltning og brugerorientering.

Mødet i AA med sit individuelle fokus og det åndelige fællesskab tydeliggør for individet, at gennem fællesskabet vil individet kunne honorere forventningen fra samfundet om ansvaret for løsningen af alkoholproblemet er placeret ved individet.

AA rummer gennem sine 12 traditioner lighed på individniveau, hvilket Mogens, AA beskriver sådan:

” der er ikke nogen, der er mere her end andre, jeg har brugt rigtig mange år i Lænken xx, der var en kamp om at være formand, jeg var næsten ved at blive formand, så er du på kursus, hvis du ryger i, så starter du forfra. her har jeg fundet min plads, det er skide godt at være her, den der 3 måneders mønt, den betyder faktisk rigtig meget, det der med, at ingen er mere end andre, det kan jeg rigtig godt lide.”

Styringen af møderne og deltagerne gennem de 12 traditioner giver et relativt nyt medlem gennem 3 måneders deltagelse oplevelsen af lighed mellem deltagerne, hvilket styrker oplevelsen af indflydelse og ansvarlighed for sig selv og gruppen.

Mogens tillægger således ikke i denne sætning betydning af, at programmet og de mest erfarne har en ekspertrolle omkring mødet. Der er en accept af den fælles identitet som alkoholiker og den fraværende definering af ledelse omkring AA, som ved traditionelle foreninger.

Der er ligeledes en mulighed for at skabe autonome grupper indenfor AA med den fornødne respekt for de 12 trin og 12 traditioner, hvilket åbner for forskellighed i gruppernes sammensætning af deltagere og vægtning af indhold, hvilket Jørgen, AA fortæller således:

” der var nogle stykker der gik sammen, fordi der er et AA møde her og så laver jeg noget kaffe og så er der en der har småkager med og så sidder vi rundt om bordet og fortæller

hvordan vi har det, men der er ikke nogen løsning på, hvordan vi får det bedre og få balance i følelseslivet og der var så nogen fra Kolding, som der gik sammen og undersøgte hvad er det man gør og så lavede de så nogle trinworkshops, hvor de begyndte at arbejde med trin og så har det så udviklet sig på den måde og Kolding er en af de byer hvor AA eksploderede.”

Der er i AA den beskrevne mulighed for vægte indholdet af AA, s materialer forskelligt, hvilket understøtter autonomien for den enkelte og gruppen til gavn for den enkeltes valg af gruppe. Valgfrihed omkring sin egen behandling i AA sammenhæng øger den enkeltes ret til og oplevelse af selvbestemmelse. Udover valg af gruppe har den enkelte også indflydelse på gruppens valg af indhold på møderne gennem gruppesamvittigheds møderne, typisk en gang i måneden. Denne dimension omkring indflydelse på indholdet af møderne nedtoner det tidligere beskrevne omkring ekspertrollens betydning for det enkelte møde i AA, idet mødedeltageren har aktivt en mulighed for at få indflydelse på sin behandling og/eller støtte.

Dimensionerne at give og modtage støtte er meget tydeligt opdelt ved at modtage sker gennem en struktur, hvor individet lytter til andres erfaringer for at skabe håb og styrke til at skabe sin vej ud af alkoholproblemet. At lytte kan ses som værende passiv, idet der ikke er mulighed for dialog og inddragelse. Omvendt har den lyttende også retten til at vælge udsagnene fra, og kan fastholde sit individuelle fokus.

At give støtte sker på møderne som en monolog til de øvrige mødedeltagere. Det at give støtte til andre gennem at fortælle sin historie opretholder individets kontrol og selvdisciplin omkring sin sygdom, alkoholisme, hvilket understøtter det selvforvaltende individ i sit ansvar omkring løsning af problemer. At give støtte har også en dimension af at definere rigtig og forkert viden, selvfølgelig baseret på egen erfaring, hvilket understøtter ekspertforestillingen.

Det at give og tage støtte i AA sammenfattes af Hans, AA:

” jeg ved jo godt, at jo mere at jeg tager af det her, jo bedre får jeg det, jo mere jeg giver af mig selv, jo bedre får jeg det.”

I Lænken udtrykkes rammen om deres arbejde i deres Lokalforeningslove med det formål at forebygge og bekæmpe alkoholmisbrug via behandlingstiltag og foreningsaktiviteter i form af kontakt mellem lokalforeningens medlemmer, møder og studiekredse samt oplysnings- og kursusvirksomhed.

Den fælles støtte i Lænken baserer sig på et samarbejde med behandlingssystemet og et netværk, som er bygget op omkring aktiviteter og kursusvirksomhed for individet.

Det tætte samarbejde mellem Lænken og behandlingssystemet kan betragtes som dobbeltheden i empowermentparadigmet, med dels individuelle udtryk omkring indflydelse i selvhjælpsgruppen, dels som et led i en god og rigtig behandling, hvor målet for den samlede personlige indsats er ansvarliggørelse.

I Lænken er de individuelle udtryk omkring støtten fra gruppen udtrykt på følgende måde:

Thomas, Lænken: " det er mit netværk, idet jeg har skrottet alle mine gamle venner, jeg har ikke nogle tilbage af de gamle venner, så har jeg dem her (Lænken) og det er også rigeligt til mig, dem er jeg meget glad for

Thomas: "det er rart at være sammen med nogen der ikke har et problem, det er derfor jeg kommer heroppe også for at komme væk fra dem jeg var sammen med før, det er vigtigt for mig at være sammen med de mennesker her oppe [vi befinder os på 1. sal] og det måske også derfor at jeg er her så meget."

Ejnar, Lænken komplementerer dimensionen omkring netværk med dette udsagn:

" vi deler jo alt hvad vi har oplevet, det er jo faktisk det det drejer sig om og ikke misbruget, det er det sociale, det synes jeg faktisk, at det er mest skønne ved at komme her, der er sådan en forskel på os her, se de unge og så os gamle her, jeg tror faktisk at det er det sociale der gør det."

Lænken får et udtryk som et socialt netværk for deltagerne, hvor delingen imellem deltagerne er af social karakter og foregår på et ligeværdigt plan med respekt for det enkelte individ, som ønsker et alkoholfrit miljø.

Det sociale netværk i form af Lænken er ligeledes en erstatning for ensomheden, hvilket Ejnar, Lænken folder ud:

" det er for at komme lidt hjemme fra, det er jo simpelthen for at møde nogle andre mennesker, i stedet for at sidde derhjemme for nedrullede gardiner, mange af os misbrugere er jo ensomme og har det med at sidde og drikke alene og gemme vores misbrug".

Det beskriver det selvstændige individ, der håndterer sit behov om nærvær og samvær med andre, hvilket viser ansvarlighed for valg i sit liv og i relation til samfundets bedste.

Lænken har forskellige aktiviteter og værdien af deltagelsen for enkeltpersoner udtrykkes af Sara, Lænken:

S:" her bliver der jo lavet arrangementer og det er jo nogen ting, som man aldrig selv ville gøre, man ville ikke bare lige selv melde sig til nede i byen, her kender vi dem vi tager af sted med. Det gør man jo nemmere, når det er med nogen man kender – det rykker jo på ens selvværd."

Tilhørsforholdet til et netværk og et fællesskab bliver afgørende for den enkelte, som beriges individuelt gennem mødet og samværet med andre. Strukturen i Lænken med vægt på samvær og aktiviteter for individet giver en forudsigelighed og ro til den enkelte i sin genopbygning af sig selv.

Freddy, Lænken:

”det er jo fuldstændig rigtigt, til at starte med er det jo kun en selv der har et problem, der er ikke nogen der skal se det, lige pludselig så får man erkendt problemet, så sker der en hel masse stille og roligt, dem man er sammen med de har det samme problem og på et tidspunkt er det også vennerne der hører om det og siger at jeg har haft et problem, det er forhåbentligt ved at være løst, senere er det måske arbejdsgiveren der får det at vide og lig pludselig så står alle naboerne det også at han er en af dem og man står ved det, pludselig så har blomsten foldet sig helt ud og man bliver utroligt meget mere velfungerende når man får foldet blomsten ud.”

En forløbsbeskrivelse omkring udtrykkene af Freddys problemer mangler kun dennes deltagelse i behandling og Lænken aktiviteter, men viser et billedligt udtryk med den udfoldede blomst, som udkommet af sine anstrengelser for at ændre sit liv og den udfoldede blomst kan ses som symbolet på det fritstillede og uafhængige individ.

En sidste dimension omkring Lænken og med stor sandsynlighed andre selvhjælpsgrupper er betydningen af enkeltpersoner for gruppen.

Sara, Lænken:

” grunden til at jeg stoppede i xx-Lænken var, at formanden var begyndt at drikke, han skulle jo være mit forbillede, den der fortalte hvor lang tid han havde klaret den, det han sagde, kunne han ikke selv være i.”

Betydningen af rollemodeller i alle grupper er vigtig i mange henseender, men i denne sammenhæng bliver relationen mellem Sara og formanden ødelagt af manglende overholdelse af vigtige værdier i et afholdende fællesskab. Normalt vil overholdelsen af de samme værdier være positivt forstærkende for hver enkelt, men i modsat fald betyder det enten et farvel til gruppen som det sunde valg eller tilbagefald til alkohol som den negative forstærkende konsekvens. En rollemodel kan også ses som en ekspert og leder, som kan vise vejen for de individer, der ikke helt kan afgøre, hvad der er rigtigt eller forkert.

Lænken bygger på beskrevne demokratiske foreningsregler, som påvirker det enkelte medlem i oplevelsen af hinanden og gruppen. Ejnar, Lænken beskriver følgende:

” jeg har ligeså meget indflydelse som resten af flokken, jeg bestemmer selv om jeg vil stemme på ham[formanden] til næste generalforsamling, men vi er jo ligeværdige og jeg kan godt lide at de pårørende også har lidt at sige her, fordi vi også er afhængige af dem.”

Den oplevede indflydelse på gruppen og dermed på sin egen virkelighed skaber for Ejnar en fortsat tro på sit eget projekt om at skabe sig en virkelighed, hvor han er mindre afhængig af andre og mere fritstillet som individ. Oplevelsen af indflydelse hænger sammen Ejnars øvrige situation omkring den skabte kontrol af sit alkoholmisbrug, men også deltagelsen i Lænken, hvor han oplever sig som ligeværdig.

Tænkningen i Lænken omkring den fælles støtte støtter sig på en traditionel psykosocial forståelsesramme for alkoholproblemer i form af et afholdende samvær og sunde aktiviteter og i mindre grad på sygdomsmodel. Anja, Lænken beskriver tænkningen således:

” at han er sammen med nogen han godt kan lide, så er trangen og tankerne jo ikke på flasken, dem er der nogen der kan hjælpe ham med hernede[Lænken].”

Det sociale positive samvær sammenholdt med de psykologiske strategier mod trang indarbejdet via behandlingen, giver et billede på tænkningen omkring vigtigheden af støtten imellem deltagerne i et afholdende samvær. Det giver også udtryk for behandling, og den personlige empowerment går ved siden af hinanden, således at individet sikres selvstændiggørelse og uafhængighed med samfundets hjælp.

Tænkningen fastholder samtidig behandlingsparadigmet omkring samspillet mellem individ og behandling uden at se på individets etablerede kompetencer til at klare sin trang ved egen hjælp. Udsagnet bliver således meget understøttende for treatmentality, som den foretrukne model for samfundets intervention overfor alkoholproblemer, uagtet at samværet uden alkohol i Lænken kunne have været en indsats, der ville have en tilfredsstillende udgang den enkelte, familien og samfundet.

Lænken som samlet institution med Lænkeambulatorierne og Lænkeforeningerne, som tilbyder behandling, uddannelse og fritidsaktiviteter, hvilket for nogle medlemmer som Freddy betyder 10 – 15 timer i ugen i Lænkens regi, satser på værdier som kollektivismen sammen med behandling som svar på alkoholudfordringen.

Tilslutningen af medlemmer i AA og Lænken gennem de senere år og aktuelt indikerer, at individets selvforvaltning og dets selvkontrol som svar på alkoholproblemer er den mest fremherskende i et selvhjælpsperspektiv, hvor AA, s tanker om erfaring, styrke og håb er målrettede en forandring for deltagerne, og kræver deres indbyrdes engagement for hver enkelt individ kan lykkes. I AA etableres der også et socialt netværk, men det adskilles fra de traditionelle møder og foregår før og efter møderne.

Eftersom tilrettelæggelsen af behandlingen af alkoholproblemer i Danmark har et stærkt individfokus, som beskrevet i andet afsnit, bliver Lænkeforeningens arbejde et supplement til alkoholbehandlingen, hvor de kan fastholde deres traditionelle kollektivistiske værdier om netværk, udannelse og samvær uden alkohol. Samværet uden alkohol og netværk giver en mindre målrettet og direktiv ramme for deltagerne i Lænken, men det er en konsekvent adskillelse mellem behandling og socialt støttende netværk.

Den fælles støtte har vist sig at være forskellig i sit overordnede udtryk mellem Lænken og AA, som ovenfor beskrevet.

Den fælles støtte viser sig i empirien med brugerinddragelse og selvbestemmelse, som understøtter selvstændiggørelsen af individet.

Den fælles støtte er ikke hele tiden ligeværdig og symmetrisk, idet de erfarne deltagere har en fremtrædende position omkring udførelsen af programmet, men fungerer også som rollemodel, hvilket skaber et ulige forhold deltagerne imellem. Det ulige forhold etableres ikke kun som et magtforhold af den stærke, men den svage part, specielt nye, har en positiv forventning om, at ekspertens ved bedst. Den stærke kan også have fordel af nye deltagere i forhold til opretholdelsen af sin egen erkendelse af sit alkoholproblem.

Relation til samfundet

Selvhjælpsgrupper er i sin natur skabt af frivillighed og mødet omkring det fælles problem. I dette analyseafsnit vil der være fokus på, hvorvidt og hvordan de undersøgte selvhjælpsgrupper relaterer sig til det omgivende samfund og specielt til det offentlige behandlingssystem. Selvhjælpsgrupper er blevet en bevægelse, der gennem årtier har haft betydning for rusmiddelområdet, hvorfor selvhjælpsgrupper indgår som en del af den samlede løsning af rusmiddelproblemer på samfundsplan.

Historisk har både AA og Lænken haft relationer til behandlingssystemet gennem henvisninger til det frivillige selvhjælpstilbud, som AA og Lænken repræsenterer.

For AA, ses vedkommende tilskrives en del af AA, s fremgang i midten af 80'erne den konsekvente henvisning af personer fra afsluttede behandlinger i Minnesotainstitutioner (Steffen, 1993). Disse henvisninger fra afsluttede Minnesotabehandlingsforløb sker fortløbende, og personerne introduceres til AA under behandlingsforløbet for at sikre det fortsatte personlige arbejde mod ædruelighed.

For Lænken vedkommende sker henvisningerne oftest fra de offentlige behandlingstilbud, hvilket Sara fortæller således:

”inden jeg startede [i Lænken] mødte jeg nada, jeg sad og gemte mig derhjemme og jeg havde ingen omgangskreds og så var jeg på Misbrugscenter og inden jeg endelig tog det skridt at gøre noget ved det, blev jeg opfordret rigtig mange gange til at gå i Lænken, rigtig mange gange.”

I de byer, hvor Lænken er etableret, bliver Lænken et supplement til alkoholbehandlingen, hvor der er stort fokus fra de henvisende behandlere på ensomhedsproblematikker og en øget risiko for tilbagefald med alkohol ved oplevet ensomhed. I behandlernes perspektiv er henvisningen et udtryk for en guidning af individet i retning af opnåelse af den samfundsmæssige forventning om det selvstændige og ansvarlige individ.

Lænken tænkes også ind af andre myndigheder end alkoholbehandlingen, hvor magtrelationen træder tydeligt frem, hvilket dette udsagn udtrykker fra Gerda, Lænken:

” min kæreste fik det at vide fra både Misbrugscentret og kommunen at han skulle gå i Lænken. Kommunen sagde enten holder du op med at drikke ellers kan du ikke se dine børn.”

Dette udsagn kolliderer med at, Lænken er en frivillig forening, hvor medlemmerne møder af egen fri vilje i forhold til at blive støttet omkring sine alkoholproblemer og etablering af et alkoholfrit netværk.

Tænkningen omkring Lænken ud fra citatet bliver ligeledes, at Lænken bliver en del af den samlede løsning omkring alkoholproblemer i en kommunal sammenhæng, og Lænken kan i individets perspektiv ses som en del af behandlingssystemet.

Relationen mellem individ og systemet, herunder behandlingen, bliver præget den tydelige magtfordeling i behandlingsparadigmet, hvilket vanskeliggør en reel brugerinddragelse i forhold til løsningen af individets problem.

Forholdet mellem individet og Lænken vil have indhold af kontrol og således en magtdimension, hvilket hæmmer udfoldelsen af frivillighed og indflydelse omkring mødet i selvhjælpsgruppen.

Opfordringer til at komme i Lænken kan også komme fra familiens side, hvilket Ejnar, Lænken udtrykker:

”mine forældre skubbede også på, at jeg skulle i Lænken dengang, bare det, at de ved at jeg går i Misbrugscentret og Lænken, så det har stor betydning.”

Ydre forventninger fra familiens side bliver en del af Ejnars indre styring omkring sit misbrugsproblem, hvor Lænken som frivillig forening risikerer at blive blandet sammen med behandlingens og familiens forventninger om forandringer i individets situation. Det bliver afgørende for selvhjælpsgruppen og individet, at samværet baseres på frivillighed og ønsket om engagement i selvhjælpsgruppens aktiviteter.

Ejnar accepterer sin identitet som alkoholiker, der har brug for hjælp til sin selvkontrol i form af behandling og fremmøde i Lænken, hvorfor spændingen omkring det ydre pres ikke fremstår klart og tydeligt.

Det tætte samarbejde mellem behandlingen og Lænken giver også forventninger til hinanden udover at Lænken tilbyder et netværk. Lillian, Lænken udtrykker her forventninger til behandlingen om henvisninger:

”nogen synes jo stadigvæk, at ambulatoriet ikke henviser deres brugere til Lænken, før sad vi jo på den første plads, hvor det var foreningen[Lænken] brugerne kom til, når de kom til ambulatoriet”

Den tidligere praksis i ovenstående Lænkeambulatorier var, at de frivillige modtog nye borgere, som havde brug for behandling. Desuden delte de frivillige Antabus ud til borgerne, og deltog i møder om de behandlingssøgende borgere. I forbindelse med kommunalreformen i 2007 ønskede de betalende kommuner, at behandlingsperspektivet skulle professionaliseres med ansættelse af flere behandlere, som skulle varetage alle behandlingsopgaver, hvilket fremadrettet også inkluderede modtagelsen af nye borgere og uddeling af Antabus.

Omlægningen af den hidtidige praksis betød fratagelse af de frivilliges indflydelse på behandlingen og ændrede et mangeårigt koncept omkring et behandlingstilbud med indhold af professionelle og frivillighed. Den tidligere praksis med frivilliges indflydelse på individets behandling kan ses som en asymmetrisk relation, hvor de frivillige har haft karakter af eksperter om behandlingstilrettelæggelse. Forandringen af en samarbejdspraksis mellem behandlingen og Lænken som ovenstående har betydet, at netværksdimensionen ved Lænken er blevet mere tydelig, og behandlingsydelser er forbeholdt ambulatorierne. Den nuværende og fremtidige relation mellem de frivillige i Lænken baseres således tydeligt på frivillighed og gensidighed, og for individet fremstår Lænken mere som en frivillig organisation, som vælges til, hvis indholdet af Lænkens aktiviteter har betydning for individet.

Udsagnet udtrykker også den umiddelbare vigtighed af behovet for tilførsel af nye deltagere i selvhjælpsgruppen, som kan have gavn af et afholdende netværk, og naturligvis har Lænken gavn af og behov for nye medlemmer.

Samarbejdet mellem den lokale Lænkeforening og alkoholbehandlingen bliver indledningsvis udtrykt af Sara:

”Britta og Curt er mere åbne overfor Misbrugscentret end som andre [Lænkeafdelinger] og det gør at vi kommer her. Misbrugscentret er en del af vores vej til at holde os ædru, det kan Lænken ikke kun gøre, Curt bakker om det

Curt: jeg er faktisk i kontakt med Misbrugscentret flere gange om ugen

Sara: xx Lænke og yy Lænke vil ikke have noget med Misbrugscentret at gøre, men de glemmer at misbrugerne kommer fra Misbrugscentret, men de lukker faktisk døren for dem, fordi vi føler, at vi har lov til at snakke om Misbrugscentret og Lænken støtter det faktisk”.

Gensidigheden og nødvendigheden af et samarbejde mellem behandlingen og Lænken opleves som en vigtig faktor for Sara, og hendes oplevelse af sammenhængen mellem behandlingen og Lænken er vigtig for hende som individ.

Synet på behandlingen og deres ansatte har forskellige udtryk i empirien, hvilket kommer til udtryk i denne dialog omkring holdning til offentlig behandling og Lænken:

”I: i hvilket lys bringer det så Lænken ind?

Ejnar: den er jo menneskelig – det andet [behandlingen] der har vi bare et nummer og en journal. Ved dem som selv har haft et misbrug, der har vi jo et navn og de har gennemskuet en for længe siden, de kender jo selv hvordan man kan lyve sig igennem

Curt: der blev han jo tosset på mig, lederen af misbrugscentret, da jeg sagde at mange af os fra Lænken vi kan jo noget som du ikke kan og det er at have været i misbrug – det var han ikke enig med mig i.

I: hvis du nu skal sige hvad det er Lænken kan som de ikke kan?

Curt: vi kan jo se når det er gået galt for folk

B: jeg tror, at der er en forskel at vi jo er frivillige og vi er ens og der er jo ikke nogen der er mere end andre, fordi vi sidder i bestyrelsen er vi jo ikke mere end andre”

Dialogen rummer klare udtryk omkring frivillighed, ligheden i relationen og mødet omkring det samme problem, som er kendetegn ved selvhjælpsgrupper og selvhjælpsgruppen kan indgå som en del af individets styrkelse af sig selv.

Udsagnene bliver ligeledes en klar udfordring af den traditionelle ekspertrolle, som behandlingssystemet normalt indtager, og dermed et ønske om en frigørelse af individet fra behandlingen og den asymmetriske behandlingsrelation i retning af mere brugerorientering.

Den klassiske modsætning mellem professionelle eller tidligere misbrugere omkring, hvem der bedst støtter individet med problemer, viser også, at Lænken tænker sig som en løsning, om end det er uklart, hvordan relationen og indholdet af en mere brugerorienteret indsats skal foldes ud.

Forestillingen om, at individet foretrækker at betro sig til en, som selv kender til alkoholproblemet, er genkendeligt, idet det indeholder frivilligheden og sandsynlighed for at blive mødt med forståelse.

Omvendt kan det med at betro sig til en behandler indeholde yderligere dimensioner, hvilket udtrykkes af Frits, Lænken:

”man går jo nok tættere på inde hos behandleren, hvis man skal noget professionel hjælp, så det jo dem som er uddannet til det, vi får masser af hjælp herinde [Lænken], men det kan godt være at diskretionslinjen er rykket lidt længere fremad, det fornemmer jeg i hvert fald”

Frits udtrykker et begrundet valg af behandleren med henvisning til professionalismen, hvilket kan forstås ved vægtningen af uddannelse og specialisering indenfor alkoholproblemer. Valget er understøttende for argumentet for, at samfundet stiller eksperter til rådighed for individet og dets håndtering af sit alkoholproblem, hvor forståelse af en situation bliver en del af behandlerens menneskelige empati.

AA's relation til andre instanser og organisationer udtrykkes af Niels, AA:

”kort kan jeg sige at AA blander sig ikke i behandling, vi henviser til nærmeste møde og den nærmeste behandlingsinstitution, uanset om den er kommunal eller privat, så vi blander ikke tingene sammen, vi tager ikke stilling til om den ene eller den anden er god eller dårlig, vi er nogle stykker som har været i en behandling som har hjulpet os, vi er AA og vi kan det vi kan. det er en af traditionerne at vi ikke skal blande tingene sammen og være i konflikt med nogen.”

Med AA's traditioner i hånden som beskrevet kan AA undgå indblanding fra andre, som potentielt kan medføre konflikter omkring indblanding i gruppernes arbejde. Traditionerne sikrer således det store individuelle fokus, som baserer sig på frivillighed og styrkelsen af den enkeltes evne til at hjælpe sig selv og andre nødlidende alkoholikere. Med den klare adskillelse fra andre organisationer undgår de relationelle forhold, som baserer sig på magt og asymmetri. AA, set i et samfundsmæssigt perspektiv, er vanskeligt at have indflydelse på som samfund ud over at stille lokaler til rådighed, men AA's formål er meget samfundsunderstøttende med fokus på at hjælpe individet med alkoholproblemer, og er på den facon en del af samfundets styring af individets alkoholproblem i et overordnet perspektiv.

Selvhjælpsgrupper samarbejde og tilknytning til andre institutioner og offentlige instanser åbner for udfordringer af principperne omkring frivillighed i deltagelsen i selvhjælpsgrupper, specielt når individet henvises til selvhjælpsgruppen med et krav om forandring.

Samarbejdet mellem selvhjælpsgrupper og behandlingsinstitutioner kan ligeledes give anledning til ændring af selvhjælpsgruppens opfattelse af behandling, hvor behandlingsydelser bliver en del af selvhjælpsgruppens aktiviteter, hvilket ændrer på den normalt frivillige relation i en selvhjælpsgruppe i retning af et aftaleforhold med forventninger til hinanden, som vi kender fra behandlingsrelationen.

Konklusion

I denne undersøgelse har jeg analyseret, hvordan forestillingerne om individet med alkoholproblemer formidles i selvhjælpsgrupper og de dilemmaer, der er forbundet med den måde, som individet fremstilles på i selvhjælpsgrupper. Endelig har jeg ønsket at diskutere, hvordan inddragelsen af selvhjælpsgrupper i den offentlige behandling kan opkvalificere disse tilbud.

Analytisk har jeg valgt at anvende empowermentparadigmet og behandlingsparadigmet som analytiske begreber i forhold til min undersøgelse samt treatmentalitybegrebet, som knytter sig til governmentalityteorien.

Disse tre analytiske vinkler har givet en mulighed for at skabe beskrivelser og forklaringer på forestillinger og praksis for individet i selvhjælpsgrupper og de eventuelle dilemmaer for individet i denne sammenhæng.

Jeg har beskrevet, at den dominerende forestilling om velfærdsstatens behandlingsarbejde i forhold til individet beror på en forestilling om, at individet må støttes og hjælpes til at blive selvstændigt, frit og ansvarligt.

I denne dominerende forestilling indgår på et mere praktisk og relationelt plan empowermentparadigmet, som indeholder selvhjælp og fælles støtte på individuelle niveau, men også involveringen og deltagelsen af individet i sin behandling med henblik på afviklingen af magtforholdet til behandlingen.

Samtidig indgår i behandlingsarbejdet et behandlingsparadigme, som stiller individet som passiv og modtagende og behandleren som eksperten. Relationen mellem individet og eksperten indeholder en magtdimension, hvorfor relationen skal ses som asymmetrisk.

Jeg har argumenteret for:

- (a) At empowerment for individet i selvhjælpsgrupper skal tilegnes over tid og med gruppens støtte.*

Mange af deltagerne i selvhjælpsgrupperne er ved opstarten ikke individuelt i stand til at agere med selvtillid og indsigt i egne forhold, hvorfor gruppens støtte bliver meget afgørende for det videre forløb for individet.

Praksis for den nye deltager bliver i starten ikke præget af den forventede lighed og fælles støtte omkring det fælles problem, som kendetegner karakteristika ved selvhjælpsgrupper. Succesfuld empowerment for individet skal tilegnes gennem forskellige personlige kompetencer og en række fælles handlinger fra individet og gruppen omkring deltagelse og indflydelse i gruppens aktiviteter.

Individet skal agere i overensstemmelse med selvhjælpsgruppens definition af "god" og "rigtig" livsførelse, som primært fokuserer på afholdenhed og en identitet som alkoholiker i de undersøgte grupper, hvilket skaber den vigtige ansvarliggørelse af individet på samfundsniveau, men også i gruppensammenhæng.

Gruppen og uformelle ledere i gruppen påtager sig ansvaret for at hjælpe den nye deltager i selvhjælpsgruppen, hvilket også understøtter gruppens fortsatte eksistens med optaget af nye medlemmer. Gruppens indsats overfor den nye deltager kan betragtes som altruisme, men rummer faktisk også en hjælp til gruppen, idet de bekræftes i deres alkoholproblem og identitet som alkoholiker.

Jeg har endvidere argumenteret for:

- (b) At behandlingsparadigmets forestillinger om individet som passiv og modtagende kommer til udtryk og accepteres af de deltagende individer i selvhjælpsgruppen.

Behandlingsparadigmets tilgang og syn på brugerne kan udtrykkes som passive, uansvarlige og ikke selvforvaltende, hvilket kendes fra mangeårige brugere af systemet og de fleste lovbundne områder indenfor social- og sundhedsområdet.

Selvhjælpsgrupperne rummer enten tilknytning til behandlingssystemet som Lænken eller AA's behandlingsprogram, de 12 trin, som kan benytte sig af traditionelle samfundsmæssige teknikker til at hjælpe individet med at blive ansvarligt og selvstændig. Teknikkerne, som benyttes i selvhjælpsgrupperne er eksperten i form af sponsor, guidning og kontrol.

Samlet set er disse teknikker et udtryk for psykologiseringen af individet, som indbefatter argumentet, at individet bliver passiv og modtagende i en klientrolle i forhold til behandleren, rollemodellen eller sponsoren.

Individets usikkerhed med at leve op til forventningen om det selvforvaltende individ bliver den overordnede forståelsesramme for, at individet søger hjælp i selvhjælpsgrupper eller behandling for at styrke egne kompetencer.

Individets accept af at indgå i en passiv og modtagende rolle sker i selvhjælpsgruppen i en frivillig ramme, men er naturligvis også betinget af nødvendighed. Den asymmetriske relation mellem individet og udvalgte personer i selvhjælpsgruppen skabes af begge parter, men ansvaret for indgåelsen og ophævelsen af relationen hviler stærkest på sponsoren eller kontrollanten.

Endelig har jeg argumenteret for:

- (c) Behandling som samfundets foretrukne løsning for individets vej til selvforvaltning understøttes tydeligt i selvhjælpsgruppernes praksis, ideologi og historie.

Selvhjælpsgrupper i Danmark er en del af den samlede løsning omkring individets alkoholproblemer. Både AA og Lænken har en mangeårig praksis med at fungere ved siden af eller sammen med egentlige behandlingsudbydere, uagtet at begge grupper skal betragtes som selvstændige og unikke grupper.

AA har i deres program decideret integreret behandlingstankegangen i form af de 12 trin og sygdomsfilosofien. AA' s program er et stærkt individualiseret program, som understøtter det stigende individfokus med det selvforvaltende individ, hvorfor AA bidrager med et relevant indhold for individet og samfundet.

Lænkens program fokuserer på netværk og aktiviteter, men også på et tæt samarbejde med den lokale kommunale behandlingsenhed. Lænken har stadig, men ikke konsekvent, behandlingsydelse i form af udlevering af Antabus inkluderet i deres aktiviteter. Lænken bidrager med et socialt netværk, som mange savner, men har vanskeligt ved at opsøge, hvorfor samarbejdet med de offentlige instanser er meget vigtigt.

Selvhjælpsgruppernes aktiviteter og indhold giver individet de nødvendige kompetencer og budskaber til at skabe en proces, der fører i retning af at kunne leve under vilkåret – frihed under ansvar.

Selvhjælpsgrupper i Danmark er ikke et alternativ til det overordnede begreb behandling, hvilket selvhjælpsgrupperne understøtter ved at stå ved siden af eller sammen med det traditionelle behandlingstilbud.

Perspektivering

Offentligt system og læring af selvhjælpsgrupper

Som repræsentant for et offentligt system har processen omkring denne opgave givet en del læring omkring frivillighed og selvhjælpsgrupper.

Ligeværdigheden i mødet mellem individet og grupperne skaber en optimal ramme for åbenhed og gensidig udveksling af erfaringer, hvorfor det offentlige system bør bakke op om selvhjælpsgrupper og andre borgerorienterede tiltag.

Borgerorienterede tiltag indeholder ønsket om inddragelse af borgerne fra det offentliges side, hvilket er en vigtig dimension af styrkelsen af individet og gruppen af individer.

Selvhjælpsgrupper er i stand til at løse behandlingsopgaver, hvilket opgaven har påvist. Samfundet og det offentlige system har ikke synligt taget stilling til, at behandling foregår andre steder end i alkoholbehandlingerne. Borgerne vælger i princippet selv deres behandling, men synliggørelsen af selvhjælpsgrupper ville kvalificere valget for individet. Denne undersøgelse viser ikke, at alle kan behandles i selvhjælpsgrupper, men der foregår behandling i et omfang i grupperne. For nogle individer er sammenhængen og samarbejdet mellem den offentlige behandling og selvhjælpsgruppen vigtig, som beskrevet i analysen, hvilket også er et vigtigt opmærksomhedspunkt i en fremtidig praksis.

Jeg har oplevet en umiddelbarhed og en tilgængelighed fra mange selvhjælpsdeltagere, som er meget forfriskende og livgivende. Tilgængeligheden via elektroniske medier giver et sammenhold deltagerne imellem og er ikke styret af planlagte arbejdstider. Tilgængelighed har naturligvis nogle grænser i et offentligt perspektiv, men med mobiltelefoner og moderne teknik kan det offentliges tilgængelighed øges

yderligere. Aktuelt arbejdes der i min organisation på at kunne lave videomøder med borger og samarbejdspartnere, som kan øge fleksibiliteten for alle parter.

Jeg er optaget af, at borgere i behandling også skal gøres opmærksom på tilbuddene om selvhjælp og frivillighed, som kan give mulighed for netværk og behandlingsunderstøttende aktiviteter i en frivillig ramme. Det vil øge borgerens valgmuligheder omkring deres egen situation, hvilket kun kan understøtte styrkelsen af individet.

Det at nærme sig selvhjælpsgrupper som offentligt tilbud har flere udfordringer. Organisationen skal forstå og acceptere, at selvhjælpsgrupperne er netværksskabende og behandling i øjenhøjde, og er at betragte som et godt bidrag for mange borgere til at komme videre i livet. Der skal ligeledes være en accept af, at som offentlig ansat forholdet til borgeren aldrig blive lige, men den ansatte målsætter sig om at inddrage borgerperspektivet løbende i arbejdet.

Behandlerrelationer i selvhjælpsgrupper

Integrationen af funktioner i selvhjælpsgrupper som eksperter i form af sponsorer og kontrollanter ved Antabusudlevering giver et billede af behandlersamfundet, som har fundet plads i selvhjælpsgrupper. De normale forventninger til selvhjælpsgrupper om ligeværdighed og autentisk deltagelse og involvering er formentlig mindre vigtige for individet, som ønsker hurtig hjælp og behovstilfredsstillelse.

Det er ikke alle selvhjælpsgrupper, hvor der kan identificeres behandler-klientrelationer, og oftest er det enkeltpersoner, som vælger at indtage en særlig rolle med forventninger om ekspert- og kontrolfunktioner. I AA fik jeg indtrykket af en relation mellem sponsor og sponcie, som minder om mesterlære, hvor erfaringer fra den enkelte og mange andre gives videre til individet. I individuelt empowermentperspektiv er der mange, som har haft glæde af den fastlagte overlevering og arbejde med de 12 trin. Set i et relationelt empowermentperspektiv har individet ikke mange muligheder for indflydelse og inddragelse med sine erfaringer i et fastlagt program.

Jeg kan genkende fra min praksis, at individet ikke nødvendigvis ved præcis, hvad forventningen til støtten er, men vigtigheden af hjælpen er tydelig. Tilliden til at individet kan træffe sine beslutninger er fortsat vigtig at have med, ligegyldig i hvilken sammenhæng mødet sker, hvorfor processen skal være åben og fremadrettet.

Jeg er med min behandlerbaggrund optaget af de etiske og faglige dimensioner, når der etableres et behandlingsforhold for individet som indebærer en asymmetrisk magtrelation. I denne kontekst har empowermentparadigmet været centralt, hvorfor indholdet af mødet skal bære præg af individets ønsker og behov i forhold til at opnå kontrol over sit liv.

Krav om deltagelse i et frivilligt tilbud

I min empiri har jeg noteret en forskellighed omkring det enkelte individs opstart i en selvhjælpsgruppe. Forskelligheden går fra egentlig fri vilje fra individets side til opmærksomme henvisninger fra pårørende og

behandlingen til krav fra myndigheders side. Forventninger til individet om forandringer i alkoholproblemet må betragtes som et relevant vilkår, men desperationen for myndigheder og pårørende kan tage en drejning til udtryk af krav forbundet med sanktionsmuligheder.

Individet har ideelt set en valgmulighed, men reelt er det de færreste, der overhører de ultimative krav om forandring.

Selvhjælpsgruppen sætter deres ligeværdige relation til hinanden på spil, såfremt gruppen accepterer og indgår på myndighedernes vilkår og det bliver svært for individet at skelne imellem det frivillige og det offentlige myndighedssystem. Ved etablering af brugerinitiativer i en offentlig kontekst vil det være afgørende, at det baserer sig på frivillighed fra borgerens side.

Et nummer og en journal – syn på borgeren i det offentlige system.

I mine 20 år indenfor misbrugsbehandlingen er synet på borgeren forandret i retning af empowermentparadigmet. Klientbegrebet er erstattet med borger, som skal inddrages i udarbejdelsen af handleplanen. Det nye fokus på, at institutioner skal skabe resultater i deres arbejde understøtter en praksis, hvor individet inddrages i målsætningen af sine mål og naturligvis arbejdet under processen.

Imidlertid er der forventninger i forvandlingen af det offentlige behandlingssystem mod borgeren, at medarbejderne opdeles i specialiserede og opdeltede funktioner for at yde en fejlfri og ekspertydelse. Disse dimensioner understøtter behandlingsparadigmet med behandleren som ekspert, som individet er blevet henvist til af en anden ekspert. Denne segmentering af det offentlige via specialiseringen skaber store udfordringer omkring at se og hjælpe det hele menneske, som oftest har mere end et problem. Empowerment er ofte betragtet som en holistisk tilgang til mennesker, hvor individet modtager en helhedsorienteret indsats omkring sin situation, hvilket er vanskeligt med en segmenteret og specialiseret indsats, som oftest tilbydes individet.

Der er klare forventninger til behandleren om, at retssikkerheden skal overholdes, hvorfor der skal skrives journaler og udarbejdes handleplaner for sikre borgeren.

Disse vilkår for det offentlige system giver et indblik i, at både empowermentparadigmet og behandlingsparadigmet er eksisterende i en balance, som kan bølge frem og tilbage.

Forskellige selvhjælpsgrupper til mennesker med forskellige behov

Når jeg valgte at tage udgangspunkt i 2 forskellige selvhjælpsgrupper, var det ud fra en ide om, at forskellighed giver det enkelte individ valgmuligheder i forhold til gruppens indhold og struktur.

Jeg er blevet bekræftet i, at mange vælger AA med deres klare og strukturerede budskaber omkring sygdom og individuel fokus på at blive et selvforvaltende individ igen, og samtidig har trygheden ved at være del af et kæmpestort fællesskab i Danmark og hele verden. AA har den åndelige dimension, som kommer til at dele vandene for individer, som søger et afholdende fællesskab.

Lænken bygger på mere kollektivistiske ideer om sammenhold og aktiviteter og har mindre fokus på individet. Mange individer med alkoholproblemer har store ensomhedsproblemer, hvor Lænkens tilbud er mindre forpligtende for individet set i forhold til AA, men stadig rummer samværet, aktiviteter og et afholdende netværk.

Det er tydeligt, at begge grupper har relevante budskaber og aktiviteter, som giver en nuanceret og forskellig vifte af frivillig støtte til borgeren. Det er optimalt for borgeren at kunne vælge det rigtige frivillige tilbud som giver den bedste støtte til de behov, som individet oplever.

Med inspiration fra empowermentlitteraturen og fokus på at bringe borgerne tæt på det almindelige liv arbejdes der i egen organisation med brugerråd og selvstændige borgerinitiativer i forhold til etablering af en borgerstyret cafe. Hvor denne proces kan bringe os hen må tiden vise og hvad behovene for borgerne viser sig at være.

Det er et vilkår, at behandlingen har et stort borgerfokus, og samtidig med, at behandlingen skal være professionel.

Litteraturliste

AA's historie i Danmark (2005) Narayana Press

Anonyme Alkoholikere I Danmark: www.dkaa.dk

Adams R. (2008) 'Empowerment, Participation and Social Work, Palgrave Macmillan, New York'.

Adamsen L. and Rasmussen J M. (2001) 'Sociological perspectives on self-help groups: reflections on conceptualization and social process. *Journal of Advanced Nursing*, 35(6), 909 – 917'.

Adamsen L. (2002) 'From victim to agent: the clinical and social significance of self-help group participation for people with life-threatening diseases.' *Scand. J. Caring Sci.*, 16; 224-231.

Arnstein S.R. (1969) 'A Ladder Of Citizen Participation'. *Journal of the American Institute of Planners*, 35:4, 216-224.

Baldacchino A. and G.H. Rassool (2006) 'The Self-Help Movement in the Addiction Field- Revisited' *Journal of Addictions Nursing*, 17:47, 47-52.

Bjerge B. (2005) 'Empowerment og brugerinddragelse i praksis: Mellem forestillinger og det muliges kunst' Center for Rusmiddelforskning Aarhus Universitet.

Bloomfield K. (1994) 'Beyond Sobriety: The Cultural Significance of Alcoholics Anonymous as a Social Movement'. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, vol. 23, no 1. 21 – 40.

Bryman A. (2012) 'Social research methods' 4th edition. Oxford University Press.

Cruikshank B. 1999: "The will to empower: Technologies of Citizenship and the War on Poverty" The will to empower. *Democratic Citizens and Other Subjects*, Cornell University Press, London, 67-87

Dickerson F. B. (1998) ' Strategies that foster Empowerment' *Cognitive and behavioral practice* 5, 255-275

Groh D.R., Jason L.A. and Keys C.B. (2008) 'Social network variables in alcoholics anonymous: A literature review' *Clinical Psychology Review*, 28, p.430 – 450.

Hatzidimitriadou E. (2002) 'Political Ideology, Helping Mechanisms and Empowerment of Mental Health Self-Help/Mutual Aid Groups' *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 12, 271-285.

Humphreys K. (1997) 'Individual and social benefits of mutual aid self-help groups' *Social Policy*, Vol. 27, Issue 3, p.12-19.

Humphreys K. and Rappaport J. (1994) 'Researching self-help/mutual aid groups and organizations: Many roads, one journey' *Applied & Preventive Psychology*, 3, 217 – 231.

Humphreys K. et al (1999) 'Do enhanced friendship networks and active coping mediate the effect of self-help groups on substance abuse?' *Annals of Behavioral Medicine*, vol 21, no 1, p. 54 -60.

- Humphreys K. et al. (2003) 'Self-help organizations for alcohol and drug problems: Toward evidence-based practice and policy'. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 26, 151 – 158.
- Jenkins R., Jessen H. and Steffen V. (2005) 'Managing Uncertainty' Museum Tusulanum Press, University of Copenhagen.
- Jöhncke S. 2009: Treatmentality and the governing of drug use, *Drugs and Alcohol Today*, Volume 9 Issue 4, 14-17
- Katz A.H. (1981) 'Self-Help and Mutual Aid: An emerging Social Movement?', *Am. Rev. Sociol.*, 7, p.129 – 155.1
- Katz A.H. and Bender E.I. (1976) ' Self-help Groups in Western Society: History and Prospects'. *Journal of Applied Behavioral Science* 12: 265, 265-282.
- Kelly J.F. et al. (2011) 'The role of Alcoholics Anonymous in mobilizing adaptive social network changes: A prospective lagged meditational analysis'. *Drug Alcohol Depend.* 2011 April 1, p. 119- 126.
- Kurube N. (1992) 'National models: self-help groups for alcohol problems not applying the Twelve Steps program'. *Contemporary Drug Problems*, 689-715.
- Kurube N. (1992) 'The ideological and organizational development of the Swedish Links movement'. *Cotemporary Drug Problems*. 649- 676.
- Levine H.G. (1978) ' The Discovery of Addiction – Changing Conceptions of Habitual Drunkenness in America' *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 39, no. 1 , 143-174.
- Levy L.H. (1976) 'Self-Help Groups: Types and Psychological Processes, *Journal of Applied Behavioral Science*, 12: 310.
- Lænkens historie. http://foreningen.laenken.dk/media/LF-historie/kroeniken_om_laenken_1954_2004.pdf
- Mold A. & Berridge V. (2008) ' The rise of the user? Voluntary organizations, the state and illegal drugs in England since the 1960s' *Drugs: education, prevention and policy*; 15(5): 451 -461.
- Moos R.H. (2007) 'Theory-based active ingredients of effective treatments for substance use disorders'. *Drug and Alcohol Dependence* 88, p. 109-121.
- Moos R.H. (2008) 'Active ingredients of substance use-focused self-help groups'. *Addiction*, 103, p. 387-396.
- Moos R.H. (2011) 'Substance Use-Focused Self-Help Groups: Processes and Outcomes'. *Addiction Medicine*. 925 – 940.
- Reith G. (2004) 'Consumption and its discontents: addiction, identity and the problems of freedom' *The British Journal of Sociology*, vol. 55, issue 2, 283-300.
- Retsinformation. www.retsinformation.dk
- Riessman F., Bay T. and Madara E.J. (1992) ' The politics of self-help' *Social Policy*, vol 23, issue 2, 28 – 38.

Schubert M. A. and Borkman T. J. (1991) 'An Organizational Typology for Self-Help Groups' *American Journal of Community Psychology*, Vol 19, No 5, 769-787.

Sundhedsstyrelsen. www.sst.dk

Steffen V. (1993) 'Minnesotamodellen I Danmark – mellem tradition og fornyelse. Forlaget SocPol.

Steffen V. (1995) 'Fortællinger som terapi. Livshistorier og myter i Anonyme Alkoholikere.' *Nordisk Alkoholtidsskrift*, vol. 12, 273-281.

Steffen V. (1999) ' Vil Lænkene overleve i den moderne velfærdsstaten?' *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift*, vol. 16, 58-60.

Stewart M. J. (1990) 'Expanding Theoretical conceptualizations of Self-Help Groups', *Soc.Sci.Med.*, Vol. 31, No. 9, p. 1057 – 1066.

Ward D. and Mullender A. (1991) 'Empowerment and oppression: An indissoluble pairing for contemporary social work' *Critical Social Policy*, 11, 21-30.

Wituk S. et al (2000) 'A topography of self-help groups: An empirical analysis' *Social Work*, 45.2, 157-165.

Wituk S.A. et al (2002) 'Factors Contributing to the Survival of Self-Help Groups'. *American Journal of Community Psychology*, vol 30, no 3,p. 349-365.

Interviewguide – Selvhjælpsgrupper i Danmark.

0. Indledning

- Introduktion af opgaven og ut.
- Præsentation af deltagere, gruppe og by – fornavn, alder, køn samt periode/længde for deltagelse i selvhjælpsgruppen.

1. Struktur for gruppen

Fortæl mig om jeres gruppe?

- Stiftelse/dannet hvornår og af hvor mange
- Hvem laver hvad – rotation?
- Hvordan træffer I beslutninger?
- Hvordan håndterer I uenigheder?
- Hvad koster det at deltage? Evt. anden finansiering
- Hvad er gruppens forhold til alkohol – tilbagefald – fremmøde i påvirket tilstand
- Gruppeselvransagelsesmøde (AA)

2. Indhold for gruppen

Fortæl mig om indholdet af Jeres gruppe?

- Detaljer om forskellige aktiviteter med fokus på aktivitet og personlig vækst
- Hvor ofte møder du?
- Hvor vigtig er forandringer i indholdet
- Hvor vigtig er traditioner
- Atmosfære
- Intimitet

Beskriv støtten, som du modtager fra mødet og de andre deltagere?

- Hvad giver du til mødet og de andre deltagere?
- Hvad er det vigtigste ved denne gruppe for dig?
- Har det vigtigste forandret sig for dig gennem perioden, hvor du har deltaget i gruppen?
- Hvad mangler du i gruppen?
- Hvad kan du ikke tale om i gruppen?

Hvordan tager du/I imod nye medlemmer?

- Hvad gør du, når et medlem ikke møder?
- Hvilke muligheder er der for ægtefæller og børn i Jeres gruppe?

3. Netværk

Fortæl mig om betydningen af denne gruppe i forhold til dine andre netværk?

Andre netværk kan være familie, venner, bekendte og arbejde.

- Hvilke værdier sætter højt ved denne gruppe?
- Hvilke holdninger sætter du højt ved denne gruppe?
- Hvilken adfærd sætter du højt i denne gruppe?
- Hvornår stopper man i denne gruppe?
- Nye venner i gruppen/mødes udenfor gruppen

Hvordan ser dit netværk ud i dag set i forhold til, da du startede i gruppen?

- Flere/færre relationer i dag
- Tættere/svagere relationer i dag
- Forhold til fulde/ædru relationer
- Hvilken støtte modtager du fra familie, venner, bekendte og arbejde?

4. Behandling og selvhjælp

Hvad er alkoholbehandling for dig?

- Holdning til offentlig behandling
- Holdning til privat betalt behandling
- Erfaringer med behandling
- Aktuel behandling? Relation til professionelle – relation til sponsor

Hvad er selvhjælp for dig?

- Hvilken indflydelse har du i gruppen?
- Er gruppen afhængig af tilskud og midler? Hvilke?
- Hvilken indflydelse har du på dit eget liv?
- Hvordan kan du hjælpe dig selv i fremtiden?
- Hvordan får du kontrol over fremtiden?
- Personlig udvikling
- Ny livsstil
- Sunde aktiviteter
- Anonymitet
- Venskaber
-

5. Eftertanker på interviewet.

- Hvordan gik interviewet?
- Hvor foregik interviewet?
- Stemninger og følelser omkring interviewet
- Relationer til kontaktpersonen, som formidlede kontakten

Gruppeinterview om selvhjælpsgrupper i Danmark

Jeg hedder Jens Kjer Nielsen og er i gang med min afsluttende opgave på min efteruddannelse, Master i alkohol- og narkotikaindsatser. Til daglig arbejder jeg i Alkoholbehandlingen, Esbjerg.

Mit emne er selvvalgt og hedder selvhjælpsgrupper i Danmark indenfor alkoholområdet.

De to vigtigste selvhjælpsgrupper indenfor alkoholområdet er Anonyme Alkoholikere og Lænken.

Jeg ønsker at interviewe 2 eller 3 selvhjælpsgrupper fra henholdsvis AA og Lænken om selvhjælpsgruppens struktur, indhold og netværk.

Der er tale om et gruppeinterview med 5 – 6 frivillige deltagere fra den enkelte gruppe, som finder sted i et af Jer valgt lokale. Det er en fordel at lokalet ikke skal benyttes af andre i den tid interviewet løber.

Varigheden af interviewet anslår jeg til 2 timer.

Interviewet respekterer naturligvis alles behov for anonymitet, hvilket jeg kan tilgodese ved at udelade personnavne, bynavne og andre personhenførende oplysninger i min afsluttende opgave.

Interviewet vil blive optaget på disk til mit senere brug af relevante og anonymiserede udsagn fra deltagerne.

Med venlig hilsen

Jens Kjer Nielsen

7616 6462 (arbejde)

61720560 (privat)

Mailadresse: jekni@esbjergkommune.dk