



SOCIALFÖRVALTNINGEN
UTVECKLINGSENHETEN

Kartläggning av arbetet med genusperspektiv i missbruksvården i Stockholm Stad

RAPPORT



Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
1. Inledning	5
1.1 Bakgrund	5
1.2 Frågeställningar	5
2. Målgruppen	5
2.1 Insamling av data	5
2.2 Antal klienter som fått insatser från stadens vuxenenheter	6
2.3 Antal klienter som vänder sig till landstingets beroendemottagningar	7
2.4 ASI-intervjuerna	7
3. Stadsdelsförvaltningarnas arbete i ett genusperspektiv	9
3.1 Kunskapsöversikt	9
3.2 Intervjuerna	10
3.3 Skillnader och likheter i mäns och kvinnors missbruk och psykosociala förhållanden	10
3.4 Skillnader i kvinnors och mäns behandling/ behandlingsutfall:	12
3.5 Könsdifferentierad behandling:	13
3.6 Missbruk och föräldraskap:	15
3.7 Unga vuxna	16
4. Utvecklingsbehov för att stärka genusarbetet i missbruksvården i Stockholm	18
5. Slutsatser	19
6. Referenser	20

SAMMANFATTNING

Kartläggningen har omfattat tre olika delar; en översikt av kunskapsläget idag, en beskrivning av målgruppen samt intervjuer med alla stadsdelsförvaltningar och socialförvaltningens enhet för hemlösa om deras arbete med genusperspektiv.

På temat skillnader och likheter mellan mäns och kvinnors situation och missbruk visar forskningen att det är vanligare att kvinnorna har en bättre förankring i samhället (bostadsmarknad, arbetsmarknad och social förankring) än männen. Denna bild bekräftas i intervjuerna med stadsdelsförvaltningarna. Skillnaderna verkar dock inte påverka hur man på stadsdelsförvaltningarna organiserar sitt arbete för att nå målgruppen. Ingen av stadsdelsförvaltningarna ser några skillnader mellan könen när det gäller hur man blir aktuell hos socialtjänsten, huruvida man söker själv eller blir aktuell på grund av att någon annan anmält oro för personen. Forskningen visar även att samsjuklighet är vanligare hos kvinnor jämfört med männen. Endast en stadsdelsförvaltning instämmer i den bilden, övriga stadsdelsförvaltningar bedömer att andelen personer med samsjuklighet är lika hög oavsett kön.

När det gäller behandling och behandlingsutfall kan konstateras att kvinnorna prioriteras när det gäller insatser. Det är även en högre andel kvinnor än män som vårdas enligt LVM¹. Beträffande behandlingsutfall visar de studier där man kunnat se någon skillnad att kvinnor har ett något bättre behandlingsutfall. Denna bild bekräftas delvis av stadsdelsförvaltningarna som lyfter fram kvinnornas koppling till och ansvar för barnen som en stark faktor för kvinnors förändring.

När det kommer till könsdifferentierade insatser visar forskningen ingen eller endast en liten signifikant skillnad i behandlingsutfall för kvinnor i kvinnospecifik behandling jämfört med kvinnor i blandad behandling. Däremot är det tydligt i intervjuerna att alla stadsdelsförvaltningar anser det bra med könsdifferentierade insatser och erbjuder det då man ser behov av det, men att klienterna sällan själva ansöker om det. Diskussionen om könsdifferentierade insatser handlar i intervjuerna nästan uteslutande om kvinnor och deras specifika behov. Det finns tankar om att kvinnor behöver längre behandlingstider och ett annat innehåll; med mer fokus på relationsprat. Endast en stadsdelsförvaltning uppger att de, med en medveten tanke om det, erbjuder könsdifferentierade insatser till män. I intervjuerna har det framkommit ett flertal uppgifter om insatser som stadsdelsförvaltningarna saknar i dagens utbud, dessa har vi lämnat vidare till stadens Boende- och behandlingsenhet.

Även gällande temat missbruk och föräldraskap fokuseras mestadels på kvinnan som gravid och i sin föräldraroll under intervjuerna, män blir inte i samma utsträckning uppmärksammas när de väntar barn eller redan är föräldrar. Alla

¹ Lagen om vård av missbrukare i vissa fall



stadsdelsförvaltningar lyfter fram den goda samverkan med Rosenlunds Mödravårdsteam.

Stadsdelsförvaltningarna bekräftar i intervjuerna forskningens konstaterande att gruppen unga vuxna har en mer komplex problematik med högre frekvens av samsjuklighet och att det därmed behövs särskilda metoder för att arbeta med målgruppen. När det gäller andelen kvinnor i åldern 18-25 är den något högre än i den totala målgruppen men det varierar stort mellan olika stadsdelsförvaltningar.

Under intervjuerna har det varit tydligt att det finns ett behov av att prata om genusfrågor, flera av de intervjuade har påpekat att de saknar forum att diskutera genusfrågor. Under flera intervjuer har intervjupersonerna lyft fram tankar och idéer om hur man kan arbeta mer genusmedvetet på den egna stadsdelsförvaltningen.

Slutligen när det gäller utvecklingsbehovet av arbetet med genusperspektiv i missbrukarvården i Stockholm stad kan konstateras att det finns både ett intresse för och ett behov av utbildningsinsatser. Utöver det skulle det vara önskvärt med strategier i staden för att öka möjligheterna att diskutera genusfrågor både i det dagliga arbetet och på stadsövergripande nivå.



1. INLEDNING

1.1 Bakgrund

Socialförvaltningen har under hösten 2011 genomfört en kartläggning av hur man arbetar med genusperspektivet i missbruksvården. Syftet med rapporten är att bidra till utveckling av arbetet med genusfrågor i missbruksvården i Stockholm stad.

1.2 Frågeställningar

- Hur ser det aktuella kunskapsläget ut kring genusperspektiv inom missbruksvården?
- Hur ser målgruppen ut i Stockholm Stad?
- Hur arbetar stadsdelsförvaltningarnas med genusperspektivet i missbruksvården?

2. MÅLGRUPPEN

2.1 Insamling av data

För att få en så heltäckande bild av målgruppen som möjligt valdes att samla in data från fler olika källor. Dels socialtjänstens journalföring Paraplysystemet² där grunddata bygger på antal personer registrerade med underutredningstyp missbruk under perioden 1:a december 2011- 31:a november 2011. För att även täcka in den målgrupp som vänder sig till Landstingets beroendevård har data inhämtats från Stockholms Läns Landstings VAL-databas³. Mätperioden för data från VAL-databasen är hela 2011. Kvalitativ information om hur målgruppen i Stockholm ser ut har sammanställts av Kerstin och Bengt-Åke Armelius vid Umeå universitet

² Paraplysystemet är Stockholms stads IT-baserade, samlade register för registrering av enskilda ärenden inom socialtjänstens verksamhetsgrenar individ- och familjeomsorgen, äldreomsorgen samt omsorgen om funktionshindrade.

³ Stockholms Läns Landstings VAL-databas omfattar ett tiotal olika databaser med vårdstatistik av olika slag.

som gjort en kartläggning av samtliga ASI⁴-intervjuer som genomförts i Stockholm under åren 2007-2011 som underlag.

2.2 Antal klienter som fått insatser från stadens vuxenenheter

Av Stockholm stads totala befolkning på närmare 700000 invånare över 18 år har 2113 personer under mätperioden fått någon typ av insats från stadens vuxenenheter. Av dem var 525 kvinnor och 1588 män. Detta ger en könsfördelning på 25 procent kvinnor och 75 procent män. En av anledningarna till att det i uppdraget har ingått att särskilt belysa gruppen unga vuxna med missbruksproblem, 18-25 år, är att det i socialförvaltningens rapport 2010⁵ framkom att kvinnor stod för en större andel i den yngsta åldersgruppen. Data från 2011 visar att andelen kvinnor som fått någon typ av insats under mätperioden i åldersgruppen 20-24 är 28 procent.

Anledningen till att det är åldersgruppen 20-24 som redovisas istället för 18-24 är att åldersgränserna på stadens vuxenenheter varierar. På nio av stadens 15 vuxenenheter är åldergränsen 20 år, fem har 18-årsgräns och en har 19-års gräns. Detta innebär att en redovisning av hela åldersgruppen, 18-24, skulle ge en missvisande bild av hur många i åldersgruppen 18-19 år som är aktuella för insatser mot missbruk. För att noggrannare kartlägga den yngre gruppen krävs att man även tittar på insatser från Barn- och ungdomsenheter då majoriteten av 18-19-åringar med missbruk får sina insatser därifrån.

2.2.1 Insatser under 12 månader

Typ av insats	Kvinnor	Procent	Män	Procent	Totalt antal insatser ⁶
Frivillig institutionsvård	78	29	188	71	266
LVM-vård	16	37	27	63	43
Familjevård	15	34	29	66	44

⁴ ASI är en strukturerad intervju som innehåller frågor av relevans för klientens missbruksproblem. ASI är en förkortning av den engelska beteckningen "Addiction Severity Index" som används även på svenska.

⁵ Socialförvaltningens Rapport om socialtjänstens kontakter under oktober 2010 med vuxna med missbruksproblem

⁶ En individ kan ha fått flera olika typer av insatser varför denna siffra blir högre än antalet klienter

Öppenvård	319	29	752	71	1071
Boendeinsatser	277	19	1115	81	1392
Alla insatser	705	25	2111	75	2816

Källa:
Paraplysystemet

Kvinnorna står för 25 % av det totala antalet insatser. Beträffande vilka insatser som män respektive kvinnor har fått under året kan konstateras att kvinnor i högre utsträckning än män är föremål för familjehemsplaceringar samt tvångsvård enligt LVM⁷. Männen är överrepresenterade gällande boendeinsatser.

2.3 Antal klienter som vänder sig till landstingets beroendemottagningar⁸

Totalt under 2011 besökte 10482 individer⁹ någon av beroendemottagningarna i Stockholm stad. Av dem var 30 procent kvinnor och 70 procent män. Totalt 1403 personer var i åldersgruppen 18-24 år och där var 42 % kvinnor. Tendensen att kvinnor är en större andel i den yngre målgruppen gäller alltså även här.

2.4 ASI-intervjuerna

Totalt har 1971 ASI-intervjuer genomförts i staden under åren 2007-2011. Av de intervjuade var 74 % män och 26 % kvinnor vilket motsvarar de siffror som redovisats från stadens journalföring. Här har valts att lyfta in delar av sammanfattningen från Armelius & Armelius kartläggning, vilken bifogas som helhet som bilaga till rapporten. I sammanfattningen hänvisas till tre olika ålderskategorier som begärts och de är 18-24 år, 25-44 år samt 45 och äldre¹⁰

⁷ Lagen om Vård av Missbrukare i vissa fall

⁸ Här ingår: Maria Ungdom akut- och öppenvårdsmottagning, Beroendeakuten Maria, Beroendeakuten S:t Göran, Erstas öppenvård för hemlösa, Kungsholmens beroendevård för vuxna, Beroendecentrum Stockholms mottagningar i Liljeholmen, Bromma, Hässelby, Kungsholmen, Norrmalm, Rinkeby Kista, Tensta, Östermalm, Team Sydväst samt Capio Marias mottagningar på Södermalm och Gullmarsplan.

⁹ Om en individ besökt flera mottagningar är denne räknad flera gånger.

¹⁰ Tanken att dela in klienterna i fyra åldersgrupper: 20 till 25 år, 25 till 44 år, 45 till 64 år och 65 år och äldre. I den äldsta åldersgruppen fanns endast 93 klienter, 3,5%, varför den gruppen i analyserna ingår i gruppen 45-64 år.

2.4.1 Könsskillnader

”Skillnader mellan män och kvinnor är inte så stora i sociala bakgrundsvariabler. Kvinnliga klienter har en något bättre social situation än män, bor oftare i egen lägenhet, lever tillsammans med partner eller med barn och har i större utsträckning försörjning via försäkringskassan. Det är vanligare att män är bostadslösa, lever ensamma och försörjer sig med pengar från socialtjänst eller olaglig verksamhet. Att arbete och försörjning är ett större problem för män framgår också av intervjuar- och klientskattningar, där problem med arbete/sysselsättning är mer framträdande för män än för kvinnor.

Kvinnor har mer problem med familj och relationer än män. Det är vanligare att kvinnor har varit utsatta för misshandel av olika slag och kvinnor har både enligt intervjuar- och klientskattningar mer problem/behov av hjälp och mer oro rörande familj/umgänge än män. Kvinnor har också mer problem än män med psykisk hälsa. Enligt både intervjuar- och klientskattningar har kvinnor mer problem/behov av hjälp och mer oro för sin psykiska hälsa och det är vanligare för kvinnor än för män att ha en svår psykisk problematik. Särskilt unga kvinnor verkar vara en utsatt grupp, där drygt hälften har svår psykisk problematik. För kvinnor kan problem med relationer och med psykisk hälsa tänkas hänga ihop och förstärka varandra, där mer problem med relationer leder till mer psykiska problem och tvärtom att mer psykiska problem leder till mer problem i relationer, i en ond cirkel som kan vara svår att bryta. Ett område som kanske bör uppmärksammas mer för båda könen är fysisk hälsa där klienterna själva uttrycker mer oro jämfört med intervjuarskattningen, där området dock uppmärksammas något mer för kvinnorna. Det är mycket små skillnader mellan män och kvinnor i användning av olika droger. Enbart cannabis skiljer och är vanligare bland män. Tungt missbruk skiljer inte heller mellan män och kvinnor.”

2.4.2 Åldersskillnader

”Den bild man får är att de äldsta klienterna (45 år och uppåt) har den bästa sociala situationen. Jämfört med de två yngre klientgrupperna bor de äldsta klienterna oftare i egen lägenhet och har sin försörjning från olika insatser från samhället. Intervjuar- och klientskattningar ger samma bild, de äldsta klienterna har mindre problem och behov av hjälp och oro för alla områden förutom fysisk hälsa och alkohol. Bland de äldsta klienterna dominerar alkohol som problemdrog och bruk av olika narkotiska preparat är inte så vanligt, vilket kanske kan förklara att de också har mindre problem inom

andra livsområden, eftersom alkoholmissbruk inte är lika starkt förknippat med kriminalitet som narkotikamissbruk.

Den yngsta åldersgruppen (18-24 år) har sämst social situation när det gäller boende och försörjning, vilket man kan förvänta sig eftersom det gäller för alla ungdomar. Det är bara i den yngsta gruppen som problem med narkotika och inte med alkohol är den vanligaste problemdrogen. Det är troligt att olika livsproblem förstärks av narkotikamissbruket och riskerar att förvärras och permanentas upp i medelåldern.

Klienter i medelåldersgruppen (25-44 år) liknar mest de äldsta klienterna när det gäller den sociala situationen medan de i övriga problemområden, som problem med misshandel, arbete/försörjning, kriminalitet, familj/umgänge och med psykisk hälsa, liknar klienter i den yngsta gruppen. Också när det gäller bruk av droger och problem med narkotika, tungt narkotikamissbruk och en svår psykisk problematik liknar de två yngsta grupperna varandra. Man kan möjligen notera att intervjuarna skattar mer problem med narkotika för klienter i den yngsta gruppen, medan klienternas egna skattningar av oro visar att klienterna i medelåldersgruppen upplever lika stor oro för problem med narkotika som yngre klienter.

Unga kvinnor utgör en speciellt utsatt riskgrupp, där mer än hälften enligt resultaten har en svår psykisk problematik. Även om kvinnliga missbrukare generellt har mer psykiska besvär än män är detta en hög siffra för svår psykisk problematik som bör leda till eftertanke. Eftersom de yngre kvinnorna också har problem med missbruk så kan man utgå ifrån att många av de unga kvinnorna uppfyller sannolikt kriterier för samsjuklighet som ställer speciella krav på behandling. Detsamma gäller sannolikt även för äldre kvinnor med svår psykisk problematik. ”

3. STADSDELSFÖRVALTNINGARNAS ARBETE I ETT GENUSPERSPEKTIV

3.1 Kunskapsöversikt

I kunskapsöversikten har material inhämtats framförallt från färdiga sammanställningar av forskning. Då både socialstyrelsen och missbruksutredningen har aktuella sammanställningar från 2007 och 2011, är det i huvudsak dessa som använts. Forskningen har delats in i olika teman som är kopplade till frågeställningarna för kartläggningen. De teman som ringats in är *Skillnader och likheter i mäns och kvinnors missbruk och psykosociala*

förhållanden, Skillnader och likheter i mäns och kvinnors behandling/behandlingsutfall, Könsdifferentierad behandling, Missbruk och föräldraskap, och Unga vuxna. Ansatsen var inte en fullständig redovisning av forskningsläget utan en översikt av litteratur som ansetts relevant för att kunna genomföra kartläggningen av hur man arbetar med genusperspektivet i Stockholm stad.

3.2 Intervjuerna

Samtliga enhetschefer på stadens vuxenenheter tillfrågades om att delta i intervjuerna som genomfördes under hösten 2011. Majoriteten valde att genomföra intervjuerna med hela arbetsgruppen. Några intervjuer genomfördes med enhetschef och/eller biträdande enhetschef. Intresset att delta var stort och det är inget bortfall, samtliga 14 stadsdelsförvaltningar samt Socialförvaltningens enhet för hemlösa har deltagit i kartläggningen¹¹. Intervjuerna var semistrukturerade och spelades in för att sedan sammanställas efter de olika temana. Frågeställningarna kopplades till den forskningsgenomgång som gjorts och redovisas nedan uppdelade efter tidigare redovisade teman.

3.3 Skillnader och likheter i mäns och kvinnors missbruk och psykosociala förhållanden

Den beskrivning som tidigare presenterats av målgruppen i Stockholm stad genom Armelius och Armelius kartläggning överensstämmer med den större genomgång som samma forskare gjort av 14000 ASI-intervjuer. Där framkom att en något större del av männen är utlandsfödda, bostadslösa, ensamstående, har socialbidrag och är inblandade i kriminalitet. Man konstaterar också att en större andel av kvinnorna, jämfört med männen, har eftergymnasial utbildning, bor i egen bostad, är gifta/sambo och försörjer sig via försäkringskassan (SOU 2011:6 s 537). Att män i högre utsträckning får boendeinsatser stämmer med de siffror som redovisats tidigare gällande insatser från socialtjänsten i Stockholm stad. I intervjuerna framkom att sex stadsdelsförvaltningar bedömer att de missbrukande kvinnorna har en bättre förankring i samhället (bostadsmarknad, arbetsmarknad och social förankring), än de missbrukande männen. Två av de intervjuade stadsdelsförvaltningarna instämmer inte alls i den bilden.

Hälften av kvinnorna och en fjärdedel av männen i Armelius och Armelius ASI-studie har någon gång varit utsatta för fysisk misshandel och det är vanligare att

¹¹I redovisningen av intervjuerna benämns även Enheten för hemlösa som en stadsdelsförvaltning för att inte skilja ut enskilda intervjugrupper

kvinnor lever i förhållanden där misshandel förekommer (SOU 2011:6 s 538). Denna bild bekräftas i intervjuerna med stadsdelsförvaltningarna.

Flera studier visar att samsjuklighet mellan alkoholism och annan psykiatrisk sjukdom är vanligare hos kvinnor (ca 60 %) jämfört med männen (ca 40 %). Vidare konstaterar man att på gruppnivå har kvinnliga patienter med missbruksproblem mer problem med familj/umgänge samt sämre psykisk hälsa, exempelvis depressiva tillstånd, ätstörning, ångest och posttraumatisk stress (SOU 2011:6 s 538). Endast en stadsdelsförvaltning bedömer att kvinnorna i högre grad än männen har en samsjuklighet. Övriga stadsdelsförvaltningar bedömer att andelen personer med samsjuklighet är lika hög oavsett kön. Några nämner dock att kvinnor i högre utsträckning uttrycker att de mår dåligt psykiskt och har tankar om att det skiljer sig i diagnoser mellan könen; kvinnorna bedöms oftare ha en ångest- och depressionsproblematik medan en högre andel av männen har en neuropsykiatrisk diagnos. Fler uttrycker att man ser samsjukligheten öka, framförallt i den yngre gruppen.

I samarbetet med landstinget rörande personer med samsjuklighet har man kommit olika långt i de olika stadsdelsförvaltningarna. Sju av stadsdelsförvaltningarna uppger att de har en bra samverkan med psykiatrin, att man jobbat fram rutiner för samordnade och samtidiga insatser för klienten. Sex stadsdelsförvaltningar uppger att samverkan med psykiatrin är ett utvecklingsområde, man har svårigheter i samverkan med psykiatrin, framförallt gällande personer med komplexa vårdbehov. Socialtjänsten och sjukvården är olika organiserade i olika stadsdelsförvaltningar, det skiljer sig även när det gäller graden av utformade rutiner för samverkan.

I KSL's policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende konstaterar man i sitt avsnitt om genusperspektiv att kvinnor i mindre utsträckning söker vård för alkoholproblem, utan istället vänder sig till vården för somatiska och psykiatriska åkommor. Detta gör att kvinnor får hjälp senare med sitt missbruk/beroende. Man konstaterar också att det är tre gånger vanligare med alkoholmissbruk bland män än bland kvinnor (KSL Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende s 40). Detta bekräftar 11 av 15 stadsdelsförvaltningar som upplever att kvinnorna söker hjälp hos socialtjänsten i ett senare skede, att missbruket då har gått längre och de är i sämre kondition än männen. En annan aspekt är att det finns många kvinnor som har upplevt hinder i att vända sig till de sociala myndigheterna då man ansett detta vara ett hot om att bli ifrågasatt som förälder och kanske till och med förlora vårdnaden om barnen (Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks och beroendevård 2007 s 148).

Några av stadsdelsförvaltningarna ser en skillnad mellan könen när det gäller vilken sorts missbruk man har. Cannabis upplevs vanligare hos männen, alkohol hos kvinnorna. Flera stadsdelsförvaltningar menar att man, som handläggare,

oroar sig mer för kvinnorna då de tål mindre alkohol, blir mer utnyttjade och anses vara mer utsatta i sitt missbruk än männen.

Sammanfattningsvis bekräftar stadsdelsförvaltningarna den bild som forskningen ger av skillnader och likheter mellan män och kvinnors situation och missbruk. Dessa skillnader verkar dock inte påverka hur man på stadsdelsförvaltningarna organiserar sitt arbete för att nå målgruppen. Ingen av stadsdelsförvaltningarna ser några skillnader mellan könen när det gäller hur man blir aktuell hos socialtjänsten, huruvida man söker själv eller blir aktuell på grund av att någon annan anmält oro för personen.

3.4 Skillnader i kvinnors och mäns behandling/ behandlingsutfall:

30 % av patienterna inom missbruksvården är kvinnor (KSL Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende s 40). Utifrån kvinnors minoritetsställning i både behandling och forskning har missbrukarvården traditionellt varit manligt fokuserad.

I SOU 2011:6 sammanfattas kapitlet om kvinnor och män i behandling för missbruksproblem med konstaterandet att man inte funnit uppenbara skillnader i tillgång på missbruksvård utifrån kön. Däremot har man identifierat grupper av patienter där det finns ett större behov och sämre tillgång på vård. I denna grupp finns kvinnor utsatta för sexuella/och eller fysiska övergrepp, gravida kvinnor med missbruk, familjer med missbruksproblem, psykiskt sjuka kvinnor med komplexa vårdbehov samt unga med en antisocial problematik. (SOU 2011:6 s 527)

Under intervjuerna med samtliga stadsdelsförvaltningar fördes en diskussion om att det kan finnas en skillnad i vilka insatser män och kvinnor får; någon uppger att kvinnor i högre utsträckning får institutionsbehandling med ett faktiskt innehåll medan männen oftare får placeringar på nyktert boende utan vidare innehåll. Kvinnor uppges även oftare vårdas enligt LVM vilket bekräftas av de siffror som redovisats tidigare gällande insatser från socialtjänsten i Stockholm stad. Kvinnor bor oftare med barn och är högprioriterade. En stadsdelsförvaltning kan först inte se skillnad i utfall men konstaterar senare att kvinnorna generellt är aktuella under en kortare tidsperiod än män vilket skulle kunna tyda på ett bättre behandlingsutfall.

Sammanställningar som gjorts gällande hur kön påverkar behandlingsutfallet visar motsägelsefulla resultat, men i de studier där man kunnat visa upp någon skillnad är den till kvinnors fördel, dvs. de har ett bättre utfall än männen. (SOU 2011:6 s 545) Detta kommenteras även av Socialstyrelsen som konstaterar att det i flera

studier visar sig att kvinnor har ett bättre utfall än män och även att i några studier uppvisar äldre klienter bättre utfall än yngre (Socialstyrelsens Faktaunderlag till Nationella riktlinjer för missbruks och beroendevård 2007 s 152).

Sex av stadsdelsförvaltningarna tycker sig se ett något bättre utfall hos kvinnorna jämfört med männen, fem ser inte någon skillnad, resterande vet inte. Orsaker till eventuella skillnader som framkommer är att man anser kvinnorna vara mer förändringsbenägna då de kommer till socialtjänsten, de har tagit längre tid på sig innan de söker, är i sämre skick och därför kanske också mer motiverade. De har heller kanske inte fått insatser mot missbruk tidigare och kan därför vara mer mottagliga för behandling. Man menar också att kvinnor i högre grad har kvar bostad och social förankring, och att kvinnor har mer att förlora på att gå tillbaka till missbruket. Flera påpekar att skuld och skam finns tydligare med i bilden hos kvinnor.

Den orsak som framförallt lyfts fram som orsak till att kvinnor kan få ett bättre behandlingsutfall är att barn är en stark motivation till förändring hos kvinnor, att kvinnor oftare har en starkare koppling till barnen och ett större ansvar för dem. När man pratar om missbruk och barn så pratar man nästan uteslutande om kvinnor – mammor. Stadsdelsförvaltningarnas bild tycks vara att föräldrarollen inte är lika viktig för männen, att det inte är en lika stark motivation för en man. Några kommenterar att man kanske inte pratar med männen om det i samma utsträckning, att man kanske är sämre på att nå papporna.

Sammanfattningsvis angående behandling kan konstateras att kvinnorna prioriteras när det gäller insatser. Det är även en högre andel kvinnor än män som vårdas enligt LVM. Beträffande behandlingsutfall visar de studier där man kunnat se någon skillnad att kvinnor har ett något bättre behandlingsutfall. Denna bild bekräftas delvis av stadsdelsförvaltningarna som lyfter fram kvinnornas koppling till och ansvar för barnen som en stark faktor för kvinnors förändring.

3.5 Könsdifferentierad behandling:

Enligt SOU 2011:6 visar en genomgång av befintlig behandlingsforskning att det finns ett fåtal randomiserade kontrollerade studier vad gäller könisdifferentierad behandling. Dessa studier visar sammantaget ingen eller endast en liten signifikant skillnad för kvinnor i kvinnospecifik behandling jämfört med kvinnor i blandad behandling. Ett undantag är den svenska EWA-studien från 1989 . Genusperspektivet och behovet av könisdifferentierad behandling är därför viktigt att undersöka utifrån både mäns och kvinnors behov av god behandling. (SOU 2011:6 s. 553).

Intervjuerna med stadsdelsförvaltningarna visar att alla stadsdelsförvaltningar har möjlighet att erbjuda könsdifferentierade placeringsinsatser och gör det. Flera stadsdelsförvaltningar uppger dock att klienterna relativt sällan själva ansöker om eller uttrycker behov av könsdifferentierade insatser, men att socialsekreteraren ofta bedömer att det skulle vara bra. Endast en stadsdelsförvaltning erbjuder män könsdifferentierade insatser med en medveten tanke om det. När det gäller öppenvård, som är socialtjänstens vanligaste insats mot beroende, är alla stadsdelsförvaltningar eniga om att det egna underlaget är för litet för att erbjuda könsdifferentierade grupper i öppenvård. Några stadsdelsförvaltningar kan, åtminstone i perioder, erbjuda kvinnogrupper i öppenvård på lokal beroendemottagning, andra köper in det externt.

Dagens behandlingssystem är uppbyggda för mäns behov och att frågor om hur kvinnors missbruk ser ut och vad som utgör de bästa insatserna för dem förbises (SOU 2011:6 s 493). Den bilden bekräftas i intervjuerna med stadsdelsförvaltningarna, flera framför att det inte finns lika många alternativ för kvinnor. Som nämndes tidigare har kvinnor i större utsträckning än män erfarenhet av sexuella övergrepp, fysiskt våld, suicidförsök och medicinering för psykiska problem. Här menar man att det finns behov av genusmedveten behandling. Man pekar också på att familjeperspektivet och hur man arbetar med de utsatta barnens behov behöver vidareutvecklas. Detta gynnar inte bara kvinnor och män utan även de barn som växer upp med missbruk i familjen. (SOU 2011:6 s 493) Man menar även att kunskapen är speciellt bristfällig gällande missbrukande flickors och unga kvinnors problematik och behov av behandling (SOU 2011:6 s 519) .

I intervjuerna framkommer att samtliga stadsdelsförvaltningar har en bild av att kvinnor i alla åldrar och grupper gynnas av könsdifferentierade insatser och särskilt de som varit utsatta för våld och övergrepp. När det gäller våldsutsatthet påpekar flera stadsdelsförvaltningar att man tenderar att glömma männen, man har en tydlig föreställning om vem som är offer och vem som är förövare. Även unga kvinnor pekas ut som en grupp som särskilt gynnas då de fortfarande håller på att forma sin identitet. Andra menar att könsdifferentierade insatser är viktigare när det gäller äldre kvinnor, ju mer man varit med om desto mer utsatt är man. Utöver detta lyfter man fram vikten av kvinnospecifik behandling för kvinnor som har erfarenhet av prostitution och andra problem förknippade med sexualitet.

Flera stadsdelsförvaltningar menar även att personer som tenderar att gå in i relationer i stället för att fokusera på behandling gynnas av könsdifferentierad behandling. Generellt tycks det vara så att männen glöms bort när det gäller relationsproblematik, endast en stadsdelsförvaltning nämner män när de talar om relationsproblematik.

Sammanfattningsvis koncentreras diskussionen om könsdifferentierade insatser kring kvinnor och deras specifika behov. Det finns tankar om att kvinnor behöver längre behandlingstider och ett annat innehåll; med mer fokus på relationsprat. I intervjuerna har det framkommit ett flertal uppgifter om insatser som stadsdelsförvaltningarna saknar i dagens utbud, dessa har vi lämnat vidare till stadens Boende- och behandlingsenhet.

3.6 Missbruk och föräldraskap:

Det finns en trend de senaste 15 åren att alkoholkonsumtion under graviditet minskat. MVC har den centrala rollen i arbetet med att identifiera kvinnor med ett riskbruk som därmed riskerar att skada det väntade barnet. Kvinnor med just riskbruk av alkohol får till viss del stöd av barnmorskor på MVC. För kvinnor med svårare missbruks- eller beroendeproblematik finns specialiserade verksamheter i fyra landsting (SOU 2011:35 s 771-772). I Stockholm finns Rosenlunds mödravårdsteam, som finns inom Beroendecentrum Stockholm, samt Capio Maria som har en barnmorska med beroendekompetens. Alla stadsdelsförvaltningar lyfter i intervjuerna fram samarbetet med Rosenlunds mödravårdsteam som mycket välfungerande.

I KSL's riktlinjer pekar man på att det när det gäller gravida kvinnor framförallt är fostret som måste skyddas men man konstaterar också att missbruket hos en kvinna ofta minskar under graviditeten och att motivationen att sluta med missbruket ofta är stor. De utvecklingsområden man pekar på är särskilda resurser för gravida med missbruk och psykisk störning då dessa kvinnor ofta återfaller i missbruk under barnets första år. Man menar att dessa insatser ska ges över en lång tidsperiod för att undvika återfall och att det finns behov av att utveckla kompetens och behandlingsmetoder för gravida kvinnor med missbruk och psykisk störning (KSL Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende s 43- 44). Merparten av stadsdelsförvaltningarna uttrycker att det är relativt sällsynt med graviditeter hos deras kvinnliga, missbrukande, klienter. Generellt råder uppfattningen att det finns tillräckligt med insatser för gruppen. Män som ska bli pappor blir inte uppfångade och uppmärksammade i samma utsträckning som kvinnor som väntar barn, men ska finnas med i nya riktlinjer. Gravida är högt prioriterade och placeringsmöjligheter finns vid behov. Rutinerna ser olika ut på de olika stadsdelsförvaltningarna, men alla samarbetar med Rosenlunds mödravårdsteam och familjeenheten i den egna stadsdelsförvaltningen. Dock finns skillnader i hur formaliserade rutinerna för samarbete med familjeenheten i den egna stadsdelsförvaltningen är. I vissa stadsdelsförvaltningar önskar man tydligare rutiner för samarbete med familjeenheten i den egna stadsdelsförvaltningen, det kan finnas olika åsikter om när i graviditeten de ska kopplas in.

När det gäller föräldraskap i övrigt har alla stadsdelsförvaltningar rutiner för att ta reda på om klienter har barn och/eller bor med barn. Viss variation finns när det gäller hur rutinerna ser ut och i hur hög grad de är formaliserade. I alla stadsdelsförvaltningar samverkar man med den egna familjeenheten när det gäller barn till missbrukare, även där finns variationer i hur formaliserad samverkan är samt hur tät samverkan är. Genom att uppmärksamma när det finns barn, prioritera föräldrar, ha rutiner för samverkan med barnenheten, att anmäla/lämna över info till rätt enhet och särskilt ta hänsyn till barnen vid placering av föräldrar säkerställer alla stadsdelsförvaltningar att barnperspektivet tillgodoses. Tre av stadsdelsförvaltningarna nämner att man arbetat med kollegiegranskning med fokus på barnperspektiv.

Sammanfattningsvis är det även gällande temat Missbruk och föräldraskap mestadels fokus på kvinnan som gravid och i sin föräldraroll, män blir inte i samma utsträckning uppmärksammade när de väntar barn eller redan är föräldrar. Samtliga stadsdelsförvaltningar har lyft fram den goda samverkan med Rosenlunds Mödravårdsteam.

3.7 Unga vuxna

I SOU 2011:35 konstaterar man att det aktuella kunskapsläget entydigt pekar mot att ungdomar med missbruksproblem inte kan ses som ”små vuxna”, och inte kan behandlas med samma metoder. Detta menar man beror på att missbruksmönster, samsjuklighet, familjemönster, mottagligheten för social påverkan samt psykologiska och biologiska konsekvenser av missbruk och möjligheten att tillgodogöra sig behandling påtagligt skiljer sig mellan ungdomar och vuxna. Vidare skriver man samsjuklighet med psykisk sjukdom är extremt hög hos ungdomar med missbruk. I upp till 90 % av fallen har ungdomar med missbruks/beroendediagnos en samtidig psykiatrisk diagnos. De vanligaste diagnoserna är uppförandestörning (CD), trotssyndrom (ODD) och depression. Pojkar visar mer utåtriktade symtom i form av trots och normbrytande beteende, medan flickorna har mer inåtvända symtom i form av nedstämdhet och ångest. Man pekar också på att neuropsykiatriska funktionsnedsättningar i form av ADHD förekommer hos 40 till 75 procent av ungdomarna med missbruk eller beroende. De ungdomar som har samsjuklighet har dessutom oftare ett allvarligare missbruk. Även risken för att de begår kriminella handlingar, och/eller får problem i skolan är högre. Ett viktigt konstaterande är också att den psykiska problematiken oftast uppträder långt innan missbruket uppstår. (SOU 2011:35 ss738-739)

Alla stadsdelsförvaltningar uppger att unga vuxna är en prioriterad grupp. Den generella uppfattningen är att gruppen kräver andra metoder, mer tid för att fånga

upp, mer nätverkande och motivationsarbete. Flera stadsdelsförvaltningar upplever att personer i den yngre gruppen ofta har komplex problematik. Andelen unga vuxna skiljer sig mycket mellan de olika stadsdelsförvaltningarna. I de stadsdelsförvaltningar som har en större andel klienter i den yngre gruppen har man också tydligare rutiner för arbetet och i fem av dessa stadsdelsförvaltningar även särskilda team som arbetar med gruppen. De särskilda teamen för unga vuxna har fler gemensamma nämndare; en sammansättning av personal från olika sektioner inom socialtjänsten, högre utsträckning av kontinuitet i arbetet, samma personal och tät kontakt med klienten och snabb tillgång till besökstider för den unge.

I fem av stadsdelsförvaltningarna känner man igen bilden som presenterades i Socialförvaltningens Rapport 2010 där andelen kvinnor är högre i gruppen unga vuxna än i hela gruppen, i en stadsdelsförvaltning hade man delade meningar om det, i tre av stadsdelsförvaltningarna såg man inte en större andel kvinnor. I fem av stadsdelsförvaltningarna hade man ingen uppfattning om i fall kvinnorna utgjorde en högre andel i den yngre gruppen. I den statistik som hämtats från paraplysystemet kan man se att andelen kvinnor i åldern 20-24 år som fått insatser från socialtjänsten under året varierar mellan stadsdelsförvaltningarna. Andelen kvinnor i gruppen unga vuxna är 28 %. Antalet individer i åldersgruppen totalt i staden är 164 personer, varav 46 kvinnor vilket innebär ett relativt litet underlag för varje stadsdelsförvaltning.

Socialstyrelsen tar upp att ett viktigt fält för forskningen är unga kvinnor som missbrukar cannabis, här handlar det om att utveckla kunskaperna och förståelsen för unga kvinnor i behandling. Man menar att det är angeläget att studera skillnader mellan män och kvinnor i denna kontext. Man pekar också på att det är viktigt att identifiera eventuella faktorer som hindrar en gynnsam behandlingseffekt på sikt. De faktorer som nämns är exempelvis depression, fobier, ångest, sömnsvårigheter, minnesstörningar, tomhets känslor och förföljelsetankar. (Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks och beroendevård 2007 s 133)

Gällande vård och behandling finns inga evidensbaserade metoder specifikt för gruppen unga vuxna. Man kan inte i alla delar överföra de metoder som tillämpas i arbetet med vuxna i missbruk till arbetet med unga vuxna. Utvecklingsområden i arbetet med unga vuxna menar man är att utveckla nya metoder för vård och behandling. Man menar att det inte bara råder brist på vårdalternativ för den yngre gruppen utan att det även brister i samordning och planering mellan sjukvård, socialtjänst och kriminalvård (Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende s 50-51).

När det gäller särskilda behov hos gruppen unga uppger fler stadsdelsförvaltningar att det saknas alternativa boenden i motivationsfasen;

boenden för de som inte kommit så långt i sitt missbruk och som inte är redo för en förändring. I fyra av stadsdelsförvaltningarna upplever man att de särskilda behoven hos den yngre gruppen är oberoende av kön. I de stadsdelsförvaltningar man ser särskilda behov hos kvinnorna är det psykiatriska behov som lyfts fram i första hand, men även skamrelaterat våld, destruktiva relationer, alkohol, narkotika och kriminalitet, nämns.

Sammanfattningsvis bekräftar stadsdelsförvaltningarna forskningens konstaterande att gruppen unga vuxna har en mer komplex problematik med högre frekvens av samsjuklighet och att det därmed behövs särskilda metoder för att arbeta med målgruppen. När det gäller andelen kvinnor i åldern 18-25 är den något högre än i den totala målgruppen men det varierar stort mellan olika stadsdelsförvaltningar.

4. UTVECKLINGSBEHOV FÖR ATT STÄRKA GENUSARBETET I MISSBRUKSVÅRDEN I STOCKHOLM

Det som de flesta stadsdelsförvaltningarna, 12 av 15 anser skulle vara mest verksamt för dem för att kunna förstärka genusarbetet är utbildningsinsatser. Det som i första hand efterfrågas är en grundutbildning i hur man kan föra in ett genusperspektiv i missbruksvården. Andra utbildningsinsatser som efterfrågas är kunskap och aktuell forskning om kvinnor och missbruk, våldsutsatta kvinnor och forskning kopplat till skam utifrån kön. Även kunskap om våldsutsatta män samt män och kriminalitet efterfrågas.

Fem stadsdelsförvaltningar efterfrågar även diskussionsforum för genusfrågor inom staden där man kan prata om och uppmärksamma genusperspektivet, ha temadiskussioner och ta del av goda exempel från varandra i arbetet med genusfrågor. Några stadsdelsförvaltningar efterfrågar ett forum där det finns utrymme att diskutera skillnader i handläggning och utredning ur ett genusperspektiv.

Under intervjuerna har det även dykt upp frågeställningar där stadsdelsförvaltningarna önskar att det fanns mer aktuell forskning att basera sina bedömningar på. Dessa frågeställningar rör främst kvinnor i missbruk och det som efterfrågas är evidensbaserade metoder för socialtjänsten att nå kvinnor i missbruk i högre utsträckning samt studier av kvinnor som försvinner från socialtjänsten under den period de bildar familj och sedan återkommer till vuxenheten, inte sällan med omhändertagna barn.

5. SLUTSATSER

Under intervjuerna har det varit tydligt att det finns ett behov av att prata om genusfrågor, flera av de intervjuade har påpekat att de saknar forum att diskutera genusfrågor. Under flera intervjuer har intervjupersonerna lyft fram tankar och idéer om hur man kan arbeta mer genusmedvetet på den egna stadsdelsförvaltningen. Något som framkommit vid de flesta intervjuerna är att diskussioner om genus tenderar att handla om kvinnor och deras specifika behov. Detta blir särskilt tydligt då det handlar om föräldrarollen som drivkraft där detta nästan uteslutande anses gälla kvinnor. Genomgående kan sägas att man inte ser på mäns föräldraskap på samma sätt.

Endast enheten för hemlösa har ett särskilt forum för genusfrågor; en genusgrupp som arbetar med frågorna. De flesta uppger att de aldrig har någon diskussion om genus på strukturell, övergripande nivå. Tre stadsdelsförvaltningar uppger att de har diskussionen levande hela tiden, utan att ha ett särskilt forum för detta. Önskan om forum för att diskutera genusfrågor lyfts upp av flera stadsdelsförvaltningar.

I de femton intervjuer som genomförts har HBT¹²-begreppet bara tagits upp vid två intervjuer. Detta är inget som efterfrågats specifikt i intervjun men det är ändå anmärkningsvärt att detta perspektiv inte nämnts mer frekvent i ett sammanhang där man diskuterar genusfrågor och könsroller. Inom stadens missbruksvård finns generellt ett heteronormativt sätt att se på män och kvinnor och deras roller.

Alla stadsdelsförvaltningar uppger att de prioriterar kvinnor, speciellt den yngre gruppen kvinnor. Prioriteringarna handlar i huvudsak om vilka insatser man får. Detta kan till vis del bekräftas genom data från paraplysystemet där det är tydligt att kvinnor får mer insatser än män. Under intervjuerna och arbetet med rapporten har frågan väckts hos oss om just kön är det som ska avgöra prioriteringsordning.

Positivt under intervjuerna har varit att många stadsdelsförvaltningar uppgett att de har ett välfungerande samarbete med psykiatrin. En särskilt god samverkan med psykiatrin lyfts fram i de stadsdelsförvaltningar som har en geografisk närhet till psykiatrin.

I både forskning och intervjuerna framkommer att kvinnor i högre utsträckning vänder sig till sjukvården i första hand och att de kommer till socialtjänsten först

¹² Homosexuella, Bisexuella och Transpersoner



när missbruket gått längre. En förutsättning för att socialtjänsten bättre och tidigare ska kunna nå kvinnor är väl utvecklade rutiner för samverkan runt gruppen.

När det gäller den yngsta gruppen är det tydligt att den på många sätt skiljer sig från övriga målgruppen. Många stadsdelsförvaltningar har även börjat hitta arbetsmetoder för att arbeta specifikt med den yngsta målgruppen.

Slutligen när det gäller utvecklingsbehovet av arbetet med genusperspektiv i missbrukarvården i Stockholm stad kan konstateras att det finns både ett intresse för och ett behov av utbildningsinsatser. Utöver det skulle det vara önskvärt med strategier i staden för att öka möjligheterna att diskutera genusfrågor både i det dagliga arbetet och på stadsövergripande nivå.

6. REFERENSER

KSL, Kommunförbundet Stockholms län & Stockholms läns landsting (2008)
Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende - samverkan mellan kommunerna och landstinget i Stockholms län

Socialstyrelsen (2007) *Faktaunderlag till Nationella riktlinjer för missbruks och beroendevård*

Socialstyrelsen (2007) *Nationella riktlinjer för missbruks och beroendevård*

SOU 2011:6 *Missbruket, Kunskapen, Vården - Missbruksutredningens forskningsbilaga* Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer

SOU 2011:35 *Bättre insatser vid missbruk och beroende*
Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer