

Fokusrapport

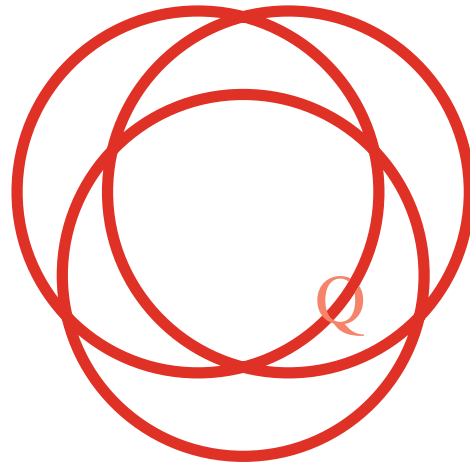
Fördjupning av könsperspektivet
för personer med
komplexa vårdbehov p g a
psykisk störning och missbruk

Stockholms läns landsting

2005

Medicinskt
programarbete





Fokusrapport

Fördjupning av könsperspektivet för personer med komplexa vårdbehov p g a psykisk störning och missbruk

Rapportens huvudförfattare är
Tom Palmstierna

ISBN 91-85209-41-53

Om det medicinska programarbetet i SLL

Det medicinska programarbetet (MPA) i Stockholms läns landsting är till för att vårdgivare, beställare och patienter skall mötas för att forma en god och jämlik vård för länets 1,9 miljoner invånare. Kunskapen om den goda vården skall vara gemensam, tillgänglig och genomlysbar och bilda grund för bättre beslut i vården.

Arbetet drivs inom FORUM, Medicin och Omvårdnadsavdelningen. Sakkunniga från produktion och beställare deltar i arbetet. Patientföreträdarna har också en viktig roll i arbetet och medverkar i de olika grupperna. Stockholm Medicinska Råd och 17 Programråd har skapats för att driva arbetet. Ett flertal årsrapporter, regionala vårdprogram och fokusrapporter har redan publicerats och arbetet med nya rapporter fortskrider kontinuerligt.

Syftet med fokusrapporterna är att lyfta fram och belysa angelägna områden, att beskriva dagsläget och diskutera och föreslå möjliga lösningar.

Rapporterna från MPA skall vara en bas för dialog mellan beställare och producenter om den medicinska kvaliteten i vården och utgör en grund för beställarorganisationens styrning och uppföljning av vården.

Programarbetet har samlat ett stort nätverk av sakkunniga och har lagt grunden till en gemensam arena för vårdens parter.

Förord

På Psykiatrirådets initiativ utkom våren 2004 fokusrapporten "Behandling av personer med komplexa vårdbehov på grund av psykisk störning och missbruk". Syftet var att granska det aktuella vårdutbudet för psykiskt störda missbrukare med behov av stödinsatser och föreslå hur landstinget genom anpassning av sitt vårdutbud kan främja en bättre samordning av de olika aktörernas insatser.

När fokusrapporten skrevs konstaterades det att frågan behöver belysas ur ett genderperspektiv. Denna rapport är en fördjupning av fokusrapporten om psykiskt störda missbrukares behov. Utgångspunkten för fördjupningen är att olika grupper av psykiskt störda missbrukare har olika behov och att genderperspektivet inte belysts i huvudrapporten.

Arbetet med rapporten och dess utformning har letts av en projektgrupp bestående av Tom Palmstierna, projektledare (SPESAK narkomanvård, SLL), Catarina Norman (projektsamordnare, Beroendecentrum Stockholm) och Malin Rodin (projektkoordinator, Beroendecentrum Stockholm). I avsnittet om vetenskaplig evidens för behandling av patientgruppen har Malin Rodin kompletterat huvudrapporten med en genomgång av vetenskaplig litteratur från den medicinska databasen Medline. Dessutom har som litteraturkälla använts antologin "Könsperspektiv på missbruk" (Leissner och Hedin, red 2002) utgiven av stiftelsen Kvinnoforum samt den historiska översikten om genderperspektiv inom den medicinska världen "Den mörka kontinenten" av Karin Johannisson.

Fördjupningen har utarbetats i samråd med samma sakkunniggrupp som vid utarbetandet av huvudrapporten men synpunkter har dessutom inhämtats från Karin Trulsson och Bam Björling, stiftelsen Kvinnoforum. Kartläggningen har fördjupats med intervjuer på enkönade¹ institutioner inom länet som Klaragården, Stadsmissionens hus för hemlösa kvinnor; Västan, Socialtjänstförvaltningens stödboende för hemlösa kvinnor; Lena Harland, enhetschef/barnmorska, Familjesociala Mottagningen, Rosenlund; Hvilan, Socialtjänstförvaltningens i Stockholms stad akutboende för hemlösa kvinnor;

¹ Med "enkönad" behandlingsverksamhet avses i denna rapport behandlingsinstitutioner som riktar sig enbart till patienter av det ena könet, oavsett könssammansättning på behandlargruppen.

Socialtjänstförvaltningens i Stockholms stad ”Kvinnoteam” på Enheten för hemlösa, Hållpunkts nya verksamhet för hemlösa kvinnor samt Färingsö-anstalten för kvinnor, Kriminalvårdsverket.

Rapporten gör inte anspråk på att vara fullständig utan vill lyfta fram viktiga frågor där genderspecifika aspekter förefaller vara betydelsefulla för psykiskt störda missbrukare. Rapporten har diskuterats och förankrats i Psykiatrirådet. Stockholms Medicinska råd antog fokusrapporten juni 2005.

Kaj Lindvall
Ordförande
Stockholms Medicinska Råd

Anna Åberg-Wistedt
Medicinskt Råd, ordförande
Programområde Psykiatri

Innehållsförteckning:

Sammanfattning.....	7
Bakgrund till fördjupningen av genderperspektivet.....	9
Genderperspektiv på psykiatri, missbruk och marginalisering.....	11
Historik över evidensutveckling inom psykiatri och missbruk ur genderperspektiv	11
Bilder av den tunga missbrukaren.....	13
Könsroller i missbrukarvärlden.....	14
Kvinnor, män och missbruk.....	15
Biologiska skillnader.....	15
Drogval.....	16
Övergripping, misshandel och dysfunktionella relationer	16
Missbruk, graviditet och föräldraskap.....	17
Genderperspektiv vid diagnostik och behandling.....	19
Gender i medicinsk beroendevetenskap och diagnostik.....	19
Utveckling av tungt missbruk bland kvinnor och män.....	20
Behandlingslitteratur	21
Kompletterande kartläggning av vårdutbud inom Stockholms län.....	23
Förslag	25
Förändringar i vårdinriktning:.....	25
Åtgärder för ökad medvetenhet om gender	25
Åtgärder för att stärka kvinnoinstitutioner	25
Referenser.....	26

*Fokusrapport – Fördjupning av könsperspektivet för personer med komplexa
vårdbehov p g a psykisk störning och missbruk*

Medicinskt programarbete

Sammanfattning

I maj 2004 utkom ”Behandling av personer med komplexa vårdbehov p g a psykisk störning och missbruk”. I rapporten konstaterades att genderperspektivet² inte tillfredsställande belysts. Därför beslöts att en fördjupning av detta perspektiv skulle genomföras.

Vid behandling är individualisering av behandlingsinnehållet utgående i individens förutsättningar såväl medicinskt som socialt av central betydelse. Den största och viktigaste interindividuella skillnaden kan ses i genderperspektivet då kvinnor och män med svårt missbruk, vilket omfattar dem med psykiska störningar, har olika vägar in i missbruk, olika ”missbrukskarriärer” och olika behov av vårdens utformning. Kvinnor med svårt missbruk och psykisk störning har ofta haft en tidigare och snabbare missbruksutveckling än män. Fysiska skador av missbruket inträder fortare hos kvinnor. Psykiska störningar och självmordsförsök är vanligare. Även drogval och reaktioner på droger skiljer sig. Könsrollerna inom missbrukargrupperna reflekterar ofta traditionella könsroller med fysisk eller ekonomisk styrka samt dominans över kvinnor bland männen som viktiga komponenter, medan ekonomisk, fysisk och sexuell utsatthet är vanligt bland de svårt missbrukande kvinnorna. Allmänna värdenormer runt marginalisering och utslagenhet drabbar inte bara tunga missbrukare i allmänhet. Den tungt missbrukande mannen förefaller ofta bevara status och självkänsla i de ovan nämnda positionerna medan den tungt missbrukande kvinnan finner status och självkänsla i moderskap och traditionella värden som underordning. Tidiga traumata som våld och sexuella övergrepp anses vara drivande orsaker till missbruk och fortgår ofta i den kvinnliga missbrukarrollen som underordnad och ofta prostituerad.

Även i behandlingshänseende finns skillnader såtillvida att kvinnor långsiktigt tycks tillgodogöra sig behandling bättre än män. Kvinnor har andra ”sociala” skadeverkningar än männen som är betydelsefulla för motivationen att gå in i behandling, motivationer som reflekterar könsspecifika värderingar

² Begreppen gender, genus och könsperspektiv används med olika definitioner och nyanser i olika sammanhang. I denna rapport används begreppet ”gender” i betydelsen specifika skillnader mellan kvinnor och män, oavsett de definitioner som förekommer i andra sammanhang om kön som biologisk eller social konstruktion.

från könsstyrda samhällsnormer. T ex förefaller män vara mer påverkade av risken att förlora styrka och frihet (t ex genom fängelsestraff) liksom att män även förefaller vara mer betjänta av behandling som innehåller mer av fokus på handling. Hos de gravt missbrukande kvinnorna är utsatthet, ensamhet, brist på socialt sammanhang med andra kvinnor i samma situation liksom förlust av ffa relationen till barn centrala motiv för förändring. Kvinnor förefaller dessutom vara mer betjänta av relationsfokuserad behandling och behandlingsmiljöer där socialisering med andra kvinnor ingår, samt att utveckla en kvinnoroll, som är alternativ till den förnedrade missbrukarkvinnan. Behandlingsresultaten för kvinnor förefaller över tid även förbättras avsevärt i enkönade³ behandlingsmiljöer där centrala teman i kvinnans missbruksutveckling såsom övergrepp, våldtäkt och förnedring i kvinnorollen kan avhandlas utan att störas av de rollmönster mellan kvinnor och män som finns i samhället i stort.

Det utbud av könsspecifik behandling som föreligger är splittrat. Då kvinnorna är i minoritet i både behandling och forskning så har traditionellt missbrukarvården varit manligt fokuserad. De enkönade vårdmiljöerna är få, de arbetar ofta utan sammanhang med varandra eller andra aktörer och har ofta inte en gendermedvetenhet. Inom den medicinska vårdapparaten är gendermedvetenheten med få undantag låg.

Rapporten föreslår att den specialiserade beroendevården i samverkan med socialtjänst arbetar för fler sk enkönade vårdmiljöer med förstärkning av gendermedvetenheten i både öppenvård, slutenvård, dagverksamheter och behandlingshemsmiljöer. Insatser från missbrukarvården för att stödja kvinnor ytterligare under och ffa efter graviditet behövs eftersom denna period i allmänhet innebär en temporär minskning av missbruket och sannolikt ett outnyttjat tillfälle för motivations- och behandlingsarbete.

För att öka individualiseringen av vårdinsatser för både kvinnor och män föreslås även att de verksamheter som nu skall starta för psykiskt störda missbrukare får utbildning i genderkunskap. Insatser behövs för att stödja samverkan dels mellan de enkönade behandlings- och stödverksamheter som redan finns, dels mellan de specifikt enkönade verksamheterna och andra reguljära verksamheter för psykiskt störda missbrukare.

³ Med ”enkönad” behandlingsverksamhet avses i denna rapport behandlingsinstitutioner som riktar sig enbart till patienter av det ena könet, oavsett könsammansättning på behandlargruppen. Huruvida behandlarna skall vara av samma kön eller inte tar rapporten inte ställning till eftersom denna fråga inte prövats systematiskt.

Bakgrund till fördjupningen av genderperspektivet

På Psykiatrirådets initiativ utkom våren 2004 fokusrapporten "Behandling av personer med komplexa vårdbehov på grund av psykisk störning och missbruk". Syftet med rapporten var att granska det aktuella vårdutbudet för psykiskt störda missbrukare med behov av stödinsatser samt att föreslå hur landstinget genom anpassning av sitt vårdutbud kan främja en bättre samordning av de olika aktörernas insatser.

När fokusrapporten skrevs konstaterades det att frågan behöver belysas ur ett genderperspektiv, vilket inte ingår i rapporten i övrigt. Könsskillnader finns i fråga om livsvillkor, biologi och psykologi bland missbrukare. Könsskillnader finns även i betraktandet av missbrukaren från värdegrundsmässiga och samhällseliga normer.

Denna rapport är en fördjupning av fokusrapporten om psykiskt störda missbrukares behov. Utgångspunkten för fördjupningen är att olika grupper av psykiskt störda missbrukare har olika behov och att genderperspektivet inte belysts i huvudrapportern. Specifika frågor handlar i första hand om individuella skillnader ifråga om behov som man bör ta hänsyn till vid olika former av stödåtgärder av såväl marginaliserade kvinnor som män med psykisk störning och missbruk. Det är naturligtvis inte bara skillnaderna mellan könen som bör beaktas när man arbetar med målgruppen, utan grundsynen är att en individualiserad vård skall ges på lika villkor. Missbrukare av båda könen bär med sig traumata av olika slag, vilket bidrar till en komplex missbrukssituation. Det handlar ofta om sexuella övergrepp, psykisk och fysisk misshandel, psykiatriska diagnoser, hemlöshet, arbetslöshet etc. Dock skiljer sig problematiken på några plan på grund av biologiska, psykosociala och samhällseliga faktorer samt underliggande förmedvetna skillnader i attityder och föreställningar om bakgrunden och uttrycken för kvinnligt missbruk. Denna fördjupning av fokusrapporten vill belysa dessa problem för att bättre kunna möta den enskilde patientens behov.

Fördjupningen gör inte anspråk på fullständighet i frågan om vare sig vårdutbudet eller behandlingsformer med genderperspektiv inom målgruppen.

Då genderperspektiv innefattar frågor där kvinnor och män har olika utgångspunkter och behov finns i vårdutbudsreflektionerna en slagsida mot de kvinnospecifika vårdutbuden eftersom missbrukarvården i stort av tradition är manligt dominerad. Inte heller görs anspråk på en fullständig litteraturomgång av genderperspektivet. Rapporten vill ffa peka på viktiga frågor där gendersonspecifika aspekter förefaller vara betydelsefulla för psykiskt störda missbrukare och därför behöver lyftas fram.

Genderperspektiv på psykiatri, missbruk och marginalisering

”Ett problem i det här området är att alla tror att dom kan det här utan att förstå att det finns systematisk kunskap.”⁴

Att i en fokusrapport beskriva dagsläge, evidens och reflektera över hur sjukvården kan förbättra situationen för psykiskt sjuka missbrukare ur ett genderperspektiv kräver en reflektion över detta perspektiv i psykiatri och missbruksvård. Som konstateras längre fram i rapporten är den medicinska forskningen på området i stor omfattning ”könsneutral” d v s tar inte hänsyn till att sjuklighet, diagnostik och behandling tar sig olika uttryck hos män och kvinnor. Historiskt sett är denna hållning relativt ny. Tidig psykiatrisk forskning har snarare varit könssegregerad. (Jämför det sena 1800-talets omfattande studier av t ex hysteri, kloros⁵ och neurasteni⁶ som ett kvinnligt fenomen). Denna forskning var dock knappast könsmedveten i det avseende som nu läggs i begreppet utan snarare köns-omedvetet segregande. Den tidigare psykiatrforskningen och den evidens som genererades under slutet av 1800-talet och första halvan av 1900-talet utgör en illustration av hur omedvetenhet om sociala roller och könsroller influerar den evidens som eftersöks och hur den sedermera används för att konfirmera och konsolidera redan befintliga värderingar runt könsroller, utslagenhet och marginalisering.

Historik över evidensutveckling inom psykiatri och missbruk ur genderperspektiv

En kort reflektion utan anspråk på fullständighet över hur dåtidens evidensutveckling var länkad till underliggande värderingar syftar till reflektion över hur vi även idag sannolikt låter förmedvetna föreställningar om människors olika roller spela in vid val av evidenssökande inom forskning och val av behandlingsattityder inom behandlingsarbete.

⁴ Bam Björling, Kvinnoforum

⁵ Kloros är en sedan länge uttrangerad diagnos som innefattade bl a trötthet, blekhet, huvudvärk, depression m fl diffusa symtom

⁶ Neurasteni, ”nervtrötthet” användes som diagnos vid onaturlig trötthet, oklara smärtor, koncentrationssvårigheter m fl diffusa symtom.

1800-talets starkt framväxande borgarklass skapade förutsättningar för den tydliga dualisering av könen som växte fram. Mannen var den starka, kraftfulla personen som antingen fysiskt eller ekonomiskt var ”uppbyggande” och energiförbrukande, medan kvinnan var den passiva och energibyggande personen. Denna syn på skillnaden mellan män och kvinnor avspeglade inte bara könets olika roller, utan den tidens evidens sökte konfirmerande av dessa egenskaper ända ner på cellulär nivå med bilden av den aktiva spermien och det passiva ägget som giltiga metaforer. Kvinnorollen sågs som passiv, präglad av och plågad av sitt kön, framförallt sin livmoder. Omfattande forskningsinsatser inom gynekologi, neurologi och psykiatri runt livmodern som styrande av kvinnans beteende syntes bekräfta att rolltilldelningen mellan kvinnor och män i den sena romantikens medel- och överklass var vetenskapligt förutbestämd. Det klassiska exemplet är hysteriforskningen där man t o m ansåg det bevisat att stimulering av sk hysterozona zoner (t ex tryck mot äggstockar) kunde generera hysterianfall. Ett annat exempel på denna ”kraftlära” där man ansåg att individen hade sig tilldelat en viss mängd av energi är utvecklingen av nästa modediagnos, neurasteni, som sågs som ett uttryck för att individen överskridit sin krafttillgång. I och med att kvinnans könsorgan konsumerade oproportionellt mycket energi ansågs det därför rimligt att kvinnan inte skulle ansträngas i intellektuellt arbete och dessutom förklarligt att kvinnor som så gjorde drabbades av uttrötningssymtom, neurasteni, och ordinerades ännu mer passivitet och bortovaro från den aktiva världen. På detta sätt determinerades könsrollerna med medicinsk och psykiatrisk evidens. Att på så sätt konstruera medicinskt evidensbaserade förklaringar på könsskillnader har bidragit till att stabilisera socialt tilldelade roller för olika individer. Denna typ av medicinsk determinism av könsrollerna har betraktats som ett sätt att kontrollera rollfördelningen och kontrollera kvinnan.

Kontrollaspekten av kvinnan kan även beskrivas utifrån konsekvenserna av okontrollerad ”kvinnokraft”, d v s sådan kraft som enligt tänkandet utgick från kvinnans könsorgan⁷. Att kontrollera kvinnans ”könskraft” blev centralt och konsekvenserna av okontrollerade ”könskrafter” kunde beskrivas i den andra rolltilldelning eller kvinnobild som förhärskade, nämligen det

⁷ ”Kvinnans genitalier är inget mer än ett telegrafverk från vilket signaler sänds ut till alla vinklar och vrår, och genom vilket budskap, sjukdomsalstrande eller inte, överförs” (amerikansk gynekolog 1899, citatet hämtat ur ”Den mörka kontinenten” av Karin Johannisson)

kvinnligt onda, ”den lömska, sexuella kvinnan med djuriska attribut som den förnuftsstyrde mannens mörka utmaning”⁸.

I takt med att medicinsk och psykiatrisk evidensutveckling förskjutit uppmärksamheten mot andra områden såsom anorexi under 1900-talet har förekomsten av de tidigare könsrollsbundna diagnoserna som hysteri, kloros och neurasteni minskat. Om man ser förekomsten av dessa diagnoser som uttryck för onämnbart och medicinskt odefinierbart lidande i livssituationer där rolltilldelningen till den drabbade individen upplevs outhärdlig, kan man fråga sig vilka diffust avgränsade diagnoser som idag sätts på dessa människor. Rimligen bör denna typ av ”sjuklighet” även idag återfinnas bland personer som inte accepterar eller klarar av sin definierade sociala roll men inte har andra medel än sjukrollen att tillgripa. Att genderomedvetenhet fortfarande råder inom psykiatri illustreras av följande citat ur en modern lärobok i psykiatri: ”De många tecken som pekar på att unga kvinnor befinner sig i en utsatt position (alkoholmissbruk, rökning, ätstörningar och självmord) visar att jämställdheten fått betalas med ett alltför högt pris.” (Hammarström 2004, Ottosson 1995)

Bilder av den tunga missbrukaren

Bilden av ”missbrukaren”, d v s den allmänt vedertagna rollen eller sociala konstruktionen, är bilden av en socialt utslagen person. Denna beskrivning är inte synonym med den nuvarande medicinskt ”neutrala” bilden som fenomenologiskt huvudsakligen inte är socialt beskriven. (Trots detta finns i DSM - diagnostiken sociala kriterier även för den medicinska diagnosen). Ur ett socialt perspektiv är missbrukaren den som använder droger på ett sätt ”som bryter mot uppställda normer, med användningssätt som betraktas som överdrivna, felaktiga, ohälsosamma, omoraliska eller brottsliga. Missbruk är också det som hotar den sociala ordningen eller ekonomiska intressen” (Trulsson 1998).

Det finns beskrivningar som talar för att man inom ”missbrukarvärlden”, återfinner samhällets övriga könsroller. Observera att den grupp av människor som traditionellt betraktas som ”missbrukare”, inte representerar hela populationen av individer som enligt medicinskt diagnostisk terminologi kan uppfylla kriterierna för diagnosen missbruk. Framför allt är detta uppenbart

⁸ Citaten i detta stycke liksom resonemangen är hämtade från Karin Johannissons ”Den mörka kontinenten”.

för narkotikamissbruket. Där finns en stor grupp av individer från andra sociala skikt än de marginaliserade grupperna som använder illegala droger men som inte syns i de medicinska och sociala missbruksbehandlingssystemen. Tillräckligt stark ekonomi och social position döljer detta, något som illustrerades av den ekonomiska kraschen av fastighetsbranschen på 1990-talet där tidigare ekonomiskt starka personer plötsligt inte kunde finansiera sitt narkotikaintag och dök upp som patienter inom dåvarande narkomanvården för behandling.

Könsroller i missbrukarvärlden

Könsperspektivet i den ”traditionella” missbrukarvärlden omfattar ofta liknande värderingar om kvinnligt och manligt som återfinns i samhället i övrigt, överlagrat med bilden av missbrukaren som utslagen och marginaliserad och utanför de sociala skyddsmekanismer som övriga människor kan påräkna. Den missbrukande mannen åtnjuter status som fysiskt eller ekonomiskt kraftfull, d v s en man med kapacitet för att med kraft (ofta liktydigt med hot eller våld) genomdriva sina krav på ekonomi och sexualitet eller med god affärsmässighet driva kriminalitet eller narkotikahandel. Kvinnan har ofta rollen av den ”dåliga”, för samhället ”farliga” och sexuellt agerande kvinnan, d v s den kvinnobild som traditionellt sågs som resultatet av okontrollerad ”könskraft” i 1800-talets könsrollsbilder. Status och självkänsla för dessa missbrukare återfinns i vårdandet av man (ofta missbrukare) och barn. Kränkning av dessa källor till könsrelaterad status är därför legio. Den marginaliserade psykiskt störda kvinnan i missbrukarvärlden kränks regelmässigt i sin självbild genom våldsövergrepp, sexuella övergrepp och genom att hon inte klarar av vården av barnen.

Kvinnor, män och missbruk

Biologiska skillnader

En viktig aspekt är de biologiska skillnader som skiljer män och kvinnor. Studier visar att kvinnor reagerar med större känslighet på narkotiska preparat vad gäller framför allt biologisk respons, effekter på lång sikt och faktorer som bidrar till missbruk (Lynch et al 2002).

Kvinnokroppen är biologiskt känsligare för alkohol, narkotika och tobak av flera olika orsaker, bl a på skillnader i fördelning av kroppsvätska och kroppsfett. Det finns även skillnader avseende alkoholupptagningsförmåga i mag-tarmkanalen där män har en högre ”skyddsmekanism” i form av större nedbrytningskapacitet redan i upptaget av alkohol. Den i genomsnitt lägre kroppsvikten hos kvinnor leder också till en lägre kapacitet att bryta ned ffa alkohol. Sammantaget är således kvinnors känslighet för alkohol högre än männens.

Kvinnor uppvisar samma symptom, medicinska, beteendemässiga och psykologiska, som män vid missbruk av alkohol och narkotika, men utvecklar dem snabbare (Zilberman et al 2003). Vad gäller psykologiska mekanismer förefaller dock det psykologiska fenomenet ”förnekande” vara starkare hos kvinnor än män, sannolikt beroende på att högkonsumtion av alkohol inte anses lika stigmatiserande hos män som hos kvinnor. Westermeyer och Boedickers (2000) påvisar att män och kvinnor reagerar olika på beroendeframkallande preparat, exempelvis tobak, koffein, alkohol, cannabis, opiater, amfetamin, hallucinogener och phencyclidine (PCP). Bl a illustreras det av att kvinnor på kortare tid än män uppvisar beroendesymtom. Kvinnliga alkoholister har 50-100 % högre dödstal än manliga. Fler kvinnor än män med alkoholproblem dör av självmord, alkoholrelaterade olyckor och levercirros (Wasilow-Mueller 2001) Kvinnor har oftare en comorbiditet vid missbruk än män, framför allt med kombinationen depression och ångest samt en ökad risk för könssjukdomar och HIV liksom vissa cancerformer (Zilberman 2003).

Drogval

Det finns skillnader mellan kvinnor och män i valet av drog. Missbrukande kvinnor använder inte cannabis i lika hög grad som män. Förhållandet är 53 % för kvinnorna och 70 % för männen enligt UNO (undersökning om Narkotikamissbrukets Omfattning) från 1992 (Olsson et al 1993). Cannabis som dominerande preparat är mycket vanligare hos männen (20 %) än hos kvinnorna (13 %). Bakgrunden till detta är okänd, men kvinnor förefaller reagera med lägre nivåer av eufori vid cannabisrus än män. Kvinnor använder i något större utsträckning än män centralstimulantia (kvinnor 58 %, män 54 %), opiater (kvinnor: 23 %, män: 21 %) men ffa olika typer av beroendeframkallande läkemedel (lugnande medel eller sömnmedel: kvinnor 34 %, män 25 %) och bensodiazepiner (kvinnor 33 %, män 24 %), vilket är en skillnad som ses även i befolkningen i övrigt.

Bensodiazepiner som dominerande preparat är dubbelt så vanligt hos kvinnor (8 %) som hos män (4 %) (Byqvist 1996). Alkoholmissbruk är vanligt bland narkotikamissbrukare; 37 % av alla inrapporterade narkotikamissbrukare, både kvinnor och män, hade ett samtidigt missbruk av alkohol. 14 % av både de kvinnliga och manliga missbrukarna hade alkohol som dominerande missbrukspreparat (Olsson et al 1993).

Kvinnor blandmissbrukar oftare än män. Exempel på kombinationer av missbruk bland kvinnliga missbrukare är: psykofarmaka tillsammans med centralstimulerande 19 %, med cannabis, 18 %, med opiater 12 % och med alkohol 20 % (Byqvist 1996).

Övergripp, misshandel och dysfunktionella relationer

Drogmissbruk och våld från manlig förövare korrelerar med varandra, både vad gäller sexuellt våld och annat våld, inklusive psykiskt våld (Henderson 1997). Många missbrukande kvinnor har en historia av utsatthet för våld och övergrepp och missbruket i sig leder till ökad risk att bli utsatt för våld (Wasilow-Mueller 2001). Mellan 70-85 % av alla kvinnor som missbrukar alkohol och narkotika har erfarenheter av incest, övergrepp och misshandel under uppväxten (Wasilow-Mueller 2001).

Kvinnor har ofta problem även i relationer till andra kvinnor som antas botta i problem med den egna kvinnliga identifikationen pga brist på stabila identifikationsobjekt bland de egna föräldrarna (Ravndahl et al 1991). Ofta identifierar sig missbrukande kvinnor hellre med män. ("All my buddies was male", Henderson 1997). Missbrukande kvinnor saknar partner och familj oftare än icke missbrukande kvinnor. Om de är gifta är det oftast med en annan missbrukare (Zilberman 2003). Ofta är det en man, partner eller familjemedlem, som introducerat kvinnan i missbruket. Trots ofta dåliga relationer med män hänger missbrukande kvinnor ofta upp sina liv på dem och ingår i konservativa könsrollsmönster och har svåra kommunikationsproblem med sin partner.

Prostitution utgör ofta de marginaliserade missbrukande kvinnornas största och ibland enda försörjningsmöjlighet. Både betald prostitution och prostitution i utbyte mot acceptans, "närhet", bostad och droger förekommer, samt en hel del rena övergrepp. Cirka 90 % av de gatuprostituerade i Sverige beräknas vara narkotikamissbrukare (Magnusson et al 2004) och internationellt har beräknats att 60 – 80 % av gatuprostituerade utsätts för våld eller sexuella övergrepp (Watts och Zimmermann 2002).

Missbruk, graviditet och föräldraskap

I UNO från 1992 framkom att 34 % av de inrapporterade missbrukande kvinnorna hade barn under 18 år och att uppgiften "vet ej" och "uppgift saknas" lämnades i 36 % av fallen (Byqvist 1996). Enligt Trulssons beräkningar (1998) är varannan kvinna i missbruksvården mor. Dessa siffror tyder på att en hel del barn lever med minst en missbrukande förälder.

Beroende på vilken drog som används och under vilket stadium i graviditeten missbruket förekommer kan olika skador uppkomma. Vid omfattande alkoholmissbruk under graviditeten kan FAS, fetalt alkohol syndrom, drabba barnet. Denna skada medför ffa tillväxthämning, påverkan på centrala nervsystemet, missbildningar och yttre avvikelser, ffa i ansiktet. Detta leder till varierande grader av utvecklingsstörningar, beteendestörningar, psykiska besvär, koncentrationssvårigheter, impulsstörningar, perceptionsstörningar etc. Redan som foster drabbas barnen ofta av tillväxthämningar som ofta kvarstår upp i vuxen ålder. Problemen fortsätter ofta i skola och arbetsliv, och med psykiska besvär, missbruk och kriminalitet.

Cirka hälften av de missbrukande kvinnorna slutade med sitt drogmissbruk då de fick beskedet att de var gravida. Andra försöker minska på drogmissbruket. De flesta kvinnor börjar dock missbruka igen under barnets första år, oftast efter tre till fyra månader eller när de slutat amma (Trulsson 1998).

Den missbrukande modern har ett komplicerat förhållande till sina barn bl a pga skuld känslor över att inte vara en tillräckligt god mor. Kvinnan är ofta rädd att förlora sitt barn och vågar därför inte be om hjälp innan det är försent (Trulsson 1998).

Genderperspektiv vid diagnostik och behandling

Gender i medicinsk beroendevetenskap och diagnostik

Överlag är genderperspektivet i behandlingsforskningen vid missbruk och psykisk störning gravt underrepresenterat. Detta innebär att de översikter som kan presenteras ur rent vetenskaplig synvinkel inte kan bidra med samma tyngd i evidensen som inom andra områden av missbruksforskning. De rekommendationer som utfärdas i denna rapport skall därför betraktas med den relativa skepsis som svagheten i evidensen motiverar.

I den vetenskapliga behandlingslitteraturen är genderperspektivet sällan beaktat. I SBU-rapporten från 2001 som gick igenom ett stort antal systematiskt identifierade kontrollerade behandlingsstudier vid missbruk hade endast ett fåtal rapporter analyser av könsspecifika aspekter (SBU 2001, Fridell 2002). Chatham et al (1999) konstaterar att endast en fjärdedel av alla studier särredovisar utfall av behandling för kvinnor och män. Männens dominans i behandlingsgrupper, ofta 70 % av behandlingspopulationen, kan sannolikt delvis förklara detta. Ett stort antal studier av ffa narkotikamissbruk och utfall av behandling omfattar endast män. I de studier som särredovisar män och kvinnor är kvinnorna i klar minoritet, ofta 20 % eller färre, vilket utgör ett problem vid utvärdering (Grella et al 2005). I de studier som inte särredovisar män och kvinnor kommer kvinnogruppen att utgöra en ”utfyllnad” av undersökningspopulationen, vilket leder till osäkrare forskningsresultat för både den kvinnliga och manliga populationen, eftersom de resultat som finns talar för att det finns skillnader mellan män och kvinnor både avseende missbruksutveckling, motivation för behandling och effektiva komponenter i behandling.

Genderperspektivet, eller snarare avsaknaden av sådant, är dessutom genomgående i den systematiska diagnostik som används inom det medicinskt/ psykiatriska fältet, d v s DSM-diagnostiken (Diagnostic and Statistical Manual, American Psychiatric Association). DSM-systemet är ett uttalat ”ateoretiskt” diagnostiskt system som av historiska skäl utgår från behovet

av tillförlitliga deskriptiva diagnoser baserade på operationella kriterier utan bias av förföreställningar om problemens orsaker. Genom den ansatsen riskerar fenomen som är specifika för olika grupper av människor att bli över- eller underrepresenterade.

Ffa inom den för missbrukspopulationen så centrala diagnostiken av personlighetsstörningar blir detta tydligt, då vissa fenomen som beskrivs i t ex borderlinepersonlighetsstörning och anti-social personlighetsstörning har uttryck som förmodligen är genderspecifika. Anti-social personlighetsstörning liksom dess undergrupp psykopati utgör ett exempel på detta. Då t ex kriminalitet tar sig olika uttryck och sannolikt har olika emotionell bakgrund beroende av kön anses en snedvridning av diagnostiken uppstå (Clarbour et al 2004). Inom psykopatibegreppet finns fenomen som t ex ”parasiterande livsstil” som sannolikt i vissa grupper av kvinnor kan förekomma utan att betecknas som avvikande. Dessutom förefaller kvinnor ha andra mönster i psykopatistörningen än män vilket leder till risk för fel- och underdiagnostik (Logan 2004, Salekin et al 1997). Andra viktiga diagnosgrupper utgör ADD/ADHD-störningar, som riskerar att underdiagnosticeras bland flickor då dessa ofta saknar eller inte har lika uttalad hyperaktivitet (SBU 2004). Då svåra barndomstraumata finns överrepresenterade bland kvinnliga missbrukare så finns rimligen en hög andel posttraumatiska störningar i populationen som sannolikt i vuxen ålder manifesterar sig som borderline-fenomen (Goodwin 2005).

Utveckling av tungt missbruk bland kvinnor och män

Vad gäller vägen in i tungt missbruk finns en del litteratur som pekar på skillnader mellan könen. För flickor har flykt från problematiska relationer till föräldrar framställts som mer väsentligt än för pojkar, där introduktion i missbruk oftare sker via ungdomsgång (Andersson 1993, Trulsson 2002). För flickor förefaller även bristfälliga relationer vara mer betydelsefullt än för pojkar som riskfaktor för missbruk, i synnerhet vid explosiv utveckling av missbruket (Ravndal 1999). I UNO från 1992 påvisas att flickorna har högre nivå av psykiskt lidande, fler självmordsförsök, oftare bostadslöshet och lägre sysselsättning (Olsson et al 1993, Fridell 2002). Tungt narkotikamissbruk bland kvinnor förefaller ha två ”kluster”, ett som följer den antisociala utvecklingen som många pojkar på väg in i tungt missbruk uppvisar,

d v s tidigt missbruk och omfattande tidig kriminalitet och ett andra kluster med mindre kriminalitet, men med ffa heroinmissbruk och prostitution. Även typen av kriminalitet bland de tunga missbrukarna skiljer sig då kvinnorna har mer av offerlösa brott än männen (Byqvist 1997). Dock finns i lagföring, behandling och bedömning av kriminalitet hos de psykiskt störda kvinnliga missbrukarna en avsevärd kunskapsbrist, med en sannolikt ”positiv” diskriminering av kvinnorna inom både psykiatri, rättsväsende och polisväsende resulterande i en underskattning av både behandlingsbehov och framtida våldskriminalitet (Hodgins 2000).

Behandlingslitteratur

Även om behandlingslitteraturen om skillnader mellan män och kvinnor är sparsam, så förefaller skillnader finnas i framgångsfaktorer mellan könen. Kvinnor förefaller ha större glädje av socialisering och identifikation med andra missbrukande kvinnor och behandlare och där relationskomponenten ses som viktig (Ravndal 1991, Trulsson 2000). Som en avspegling av könsroller utanför missbrukarvärlden förefaller för kvinnor, till skillnad från män, förlust av förmåga att ta hand om barn vara en viktig drivkraft både för motivation till sk ”självläkning” och till behandling (Blomqvist 2005). Graviditet tycks ha en positiv effekt i sig på missbruket, men endast temporärt (Eisen 2000). Kvinnor med tungt missbruk förefaller kortsiktigt ha sämre prognos än män, men förefaller ha stabilare resultat av längre behandling, ffa institutionell sådan (Fridell 2002). I en studie av svårt alkoholmissbrukande personer föreföll män ha bättre effekt än kvinnor av integrerad öppenvårdsbehandling, även om kvinnorna generellt föreföll ha bättre långtidsresultat oavsett behandlingslängd (Romelsjö et al 2005).

För kvinnor förefaller enkönade behandlingsmiljöer, d v s där övriga behandlade inom institutionen enbart är kvinnor ha en gynnsammare effekt än blandade (Ravndal 1991, Dahlgren 1989, Trulsson 1998). Resultaten är dock inte entydiga då senare kontrollerade undersökningar inte kunnat finna sådana effekter (Kaskutas et al 2005), även om det förefaller som om kvinnor har bättre förutsättningar att rekryteras till behandling i enkönade miljöer (Weisner 2005). Både praktiker och litteratur vittnar om hur de utsatta kvinnornas situation och behandlingsmottaglighet påverkas negativt av könsintegrerade behandlingsmiljöer, d v s där de behandlade ingår könsblandade grupper. En sannolik förklaring till detta kan vara olika bakgrund bland kvinnor och män till tungt missbruk bland de psykiskt störda missbrukarna. Bland kvinnor finns som beskrivet ovan en historia med hög förekomst av sexuella över-

grepp, dysfunktionella och förnedrande relationer till män samt svårigheter i den för kvinnorna centrala modersrollen, vilket kränker självkänslan och förefaller hämma läkningsprocessen. I könsblandade behandlingsmiljöer beskrivs både av litteratur och praktiker hur upprepning av tidigare traumatisering konkurrerar med kvinnornas uppmärksamhet på läkande processer, och hur detta upprepar de traumata som en gång var orsaken till det tunga missbruket. D v s, de blandade miljöerna riskerar underhålla de mest utsatta kvinnliga psykiskt skadade kvinnornas dysfunktionella beteenden i förhållande till droger, relationer och behandling.

Kompletterande kartläggning av vårdutbud inom Stockholms län

Kartläggningen av vårderbjudanden för psykiskt störda missbrukande kvinnor med komplexa vårdbehov har i denna fördjupning begränsats till vissa sk enkönade behandlingsmiljöer, se avsnittet ”Bakgrund . . .”. Ett flertal av dem har varit sk lågröskelverksamheter, vilket innebär ett urval av kvinnor med särskilt svåra problem motivation till behandling. Kvinnor inom ramen för fokusrapportens målgrupp behandlas i huvudrapporten varför dessa rekommendationer inte tas med i denna redogörelse. Att projektgruppen fokuserat på enkönade kvinnliga miljöer i denna fördjupningsrapport beror på att dessa inte alls belysts i huvudrapporten och att erfarenheten talar för att enkönade miljöer har en huvudsakligen positiv inverkan på möjligheten att ingå i ett läkande sammanhang för ffa de kvinnor som utgör en del av målgruppen för fokusrapporten. Enkönade miljöer för män eller behandlingsalternativ med entydigt fokus på mäns specifika problematik har inte kartlagts, dels för att missbrukarvården av tradition varit utformad efter mäns behov, dels för att projektgruppen inte hittat sådana behandlingsalternativ. Kartläggningen är inte heller fullständig vad gäller de kvinnliga behandlingsalternativen då ett flertal behandlings- och vårdalternativ inom länet för kvinnor inte kartlagts, beskrivits eller intervjuats. Selektionen av kartlagda verksamheter har därför en subjektiv prägel. De institutioner som beskrivs nedan, kan emellertid illustrera behovet av genderperspektiv inom vården av de psykiskt störda missbrukarna med komplexa vårdbehov.

De vårdinstanser som intervjuats erbjuder tjänster för marginaliserade, oftast hemlösa missbrukande kvinnor med olika grader av psykiska och somatiska problem. Dessa kvinnor utgör de sämst ställda kvinnorna i vårt samhälle, inte bara medicinskt och ekonomiskt utan även statusmässigt. Flertalet institutioner betonar att dessa kvinnor bär dubbla stigmata, dels i form av att vara ”utslagna missbrukare”, dels att de inom missbrukargruppen i enlighet med samhällsattityder i allmänhet ofta beskrivs med uttryck som ”tjackhoror”, ”brännvinshoror” eller andra nedsättande attribut. Institutionerna beskriver hur dessa kvinnor kämpar för att upprätthålla värdighet genom förnekelse och döljande av allvarlighetsgraden av sitt medicinska tillstånd och sitt missbrukstillstånd. De präglas av skammen att bli misshandlade och att bli ifrågasatta som mödrar och försöker därför att dölja graden av missbruk, prostitution och misshandel för omgiv-

ningen, samtidigt som de försöker uppträda som om de hämtar sig snabbt efter att ha blivit omhändertagna eller ha kommit i vård. Detta är i linje med de data i litteraturen som pekar på att förnekelse av missbruket, döljande av uttryck för psykisk störning, förnekelse av misshandel och prostitution är vanligt förekommande. Detta leder till att dessa kvinnor ”positivt” särbehandlas av både sociala, medicinska och kriminalvårdande professioner. Denna särbehandling leder sannolikt till att man underskattar kvinnornas behandlingsbehov liksom deras förmåga att klara sociala krav och undvika kriminalitet. De behandlingsformer som erbjuds blir inte avpassade efter deras behov. Deras kriminalitet underskattas. De nyblivna mödrarnas förmåga att utan stöd klara sin nya roll som mödrar överskattas.

De gravida kvinnornas situation uppmärksammas sporadiskt från olika myndigheter. Den ”paus” i missbrukets intensitet som beskrivs av Familjesociala Enheten och som finns beskriven i litteraturen förefaller inte utnyttjas optimalt. De gravida missbrukande kvinnorna med psykiska störningar återfaller ofta i missbruk under första året efter förlossningen. En mer fokuserad satsning på effektiv omvårdnad och behandling i postpartumskedet, d v s tiden närmast efter förlossningen skulle troligen öka möjligheterna för dessa kvinnor att klara sin drogfrihet under längre tid, liksom för barnen att kunna få en bättre uppväxtmiljö. Stödet efter förlossningen synes särskilt angeläget eftersom kvinnorna ofta är ensamma om vården av barnet och i de fall som en partner finns så är denne ofta missbrukare själv. Ett aktivt uppsökande och upprätthållande av kontakt och behandling för dessa kvinnor synes särskilt angeläget eftersom förnekelse av egna tillkortakommanden sannolikt riskerar dölja vård- och behandlingsbehov.

Behandlingsinstitutionerna noterar samma brist på koordination mellan olika behandlingsinstanser som beskrivits i huvudrapporten. Man uppfattar att behandlingsinstitutioner i allmänhet ställer höga krav på dessa utslagna kvinnor som de inte klarar av i sin aktuella situation, vilket leder till ytterligare behandlingsmisslyckanden. Då samordningsproblem mellan olika verksamheter är minst lika stora som för den manliga gruppen psykiskt störda missbrukare, och kvinnorna dessutom har behandlingsbehov som skiljer sig från de manliga missbrukarnas, så framstår samordningsbehoven särskilt stora. De enheter som arbetar med uteslutande kvinnliga psykiskt störda missbrukare riskerar själva att isoleras från det övriga behandlingssamfundet och även sinsemellan. Ett öppet nätverk mellan dessa institutioner vore därför önskvärt liksom en bättre samordning mellan de enkönade behandlingsalternativen och den övriga vården.

Förslag

Följande rekommendationer är utfärdade med reservation för den svaghet i evidensen som finns och bör därför vara föremål för kritisk granskning tills ytterligare evidens erhålls.

Förändringar i vårdinriktning

- Fler enkönade vårdmiljöer inom öppen och sluten missbruksvård med medvetet genderperspektiv bör inrättas, d v s både öppenvårdprogram och särskilda slutenvårdsmiljöer för tillnyktring, abstinensbehandling och utredning av missbrukande psykiskt störda kvinnor
- Åtgärder bör vidtas för att stödja kvinnor under och efter graviditet genom förlängt och ökat samarbete mellan den specialiserade missbruksvården verksamheter och den lokala socialtjänstens stödjande funktioner

Åtgärder för ökad medvetenhet om gender

- Verksamheter specialiserade för vård och behandling av psykiskt störda missbrukare bör utbildas i genderfrågor vid missbruk och psykisk störning
- Både psykiatrins och missbruksvårdens uppföljningar bör innehålla beskrivningar av
 - hur behandlingsinsatser fördelats mellan könen,
 - hur behandlingsresultat skiljer sig mellan könen
 - hur behandlingspersonalens kompetens utvecklats avseende hur könsspecifika skillnader tar sig uttryck inom deras respektive kompetensområden

Åtgärder för att stärka kvinnoinstitutioner

- Insatser bör genomföras för att stödja samverkan
 - mellan enkönade verksamheter
 - mellan enkönade verksamheter och andra verksamheter för psykiskt störda missbrukare.

Referenser

- Andersson C. The children of Maria. Acta Universitatis Upsaliensis. Göteborg 1993.
- Blomqvist J. Recovery with and without treatment: A comparison of resolutions of alcohol and drug problems. *Addiction Research and Theory* 2005;10:119-158.
- Byqvist S, Gomér G. Kvinnors narkotikamissbruk. En särredovisning av undersökningen om narkotikamissbrukets omfattning 1992. Stockholm, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN Rapport nr 48.
- Byqvist S. Svenska narkotikamissbrukande kvinnor och män – missbruksförlopp och kriminalitet. Stockholms Universitet. Socialhögskolan. Rapport i socialt arbete nr 84 – 1997 .
- Chatham LR, Hiller ML Rowan-Szal GA, Joe GW, Simpson DD. Gender differences at admission and follow-up in a sample of methadone maintenance clients. *Substance Use and Misuse*. 1999;34:1137-1165.
- Clarbour J, Harris R, Moore S, McDougall C. Presentation at the 4th Congress of the International Association of Forensic Mental Health Services (IAFMHS). Stockholm, Sweden 2004.
- Dahlgren L, Willander A. Are special treatment facilities for female alcoholics needed? A controlled 2-year follow-up study from a specialized female unit (EWA) versus a mixed male/female treatment facility. *Alcohol Clin Exp Res*. 1989;13:499-450
- Eisen M, Keyser-Smith J, Dambpeer J, Sambrano S. Evaluation of substance abuse outcomes in demonstration projects for pregnant and postpartum women and their infants: Findings from a quasi-experiment. *Addictive Behaviours* 2000;25:123-129.
- Fridell M. Kvinnor med narkotikaberoende – före, under och efter behandling. Ur Leissner T, Hedin UC. 2002. ”Könsperspektiv på missbruk” Bettna. Bokförlaget Bjurner och Bruno. Sid 144-164.
- Goodwin JM. Redefining borderline syndromes as posttraumatic and rediscovering emotional containment as a first stage in treatment. *J Interpers Violence*. 2005;20:20-25

Grella EC, Scott CK, Foss MA. J Subst Abuse Treatment 2005; 28:3-12

Hammarström A.. Genusperspektiv på medicinen – två decenniers utveckling av medvetenheten om kön och genus inom medicinsk forskning och praktik. Stockholm: Högskoleverket; 2004

Henderson D, Boyd C. All my buddies was male: relationship issues of women with addictions. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1997;26:469-476.

Hodgins S. Conclusion. In: Müller-Isberner R, Hodgins S, (eds). Violence, crime and mentally disordered offenders. Concepts and methods for effective treatment and prevention. Chichester:Wiley; 2000: 217-228.

Johannisson K 1994. Den mörka kontinenten, kvinnan, medicinen och fin-de-siècle. Stockholm. Norstedts Förlag.

Kaskutas LA, Zhang L, French MT, Witbrodt J. Women's programs versus mixed-gender day treatment: results from a randomized study. Addiction 2005;100:60-69.

Leissner T, Hedin UC. 2002. ”Könsperspektiv på missbruk” Bettna. Bokförlaget Bjourner och Bruno.

Lynch WJ, Roth ME, Carroll ME. Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies. Psychopharmacology (Berl). 2002;164:121-137

Logan C. Les femmes fatales: treating psychopathic women. The Bergen International Conference on Treating Psychopathy (BICTP). Bergen, Norway. November 2004

Magnusson B, Björling M, Pappila P. Illegal verksamhet – försöksberäkningar av prostitution, droger samt smuggling av alkohol och tobak. Stockholm 2004. Statistiska Centralbyrån PM PM 2005:08.

Olsson O, Byqvist S, Gomér G. Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1992. Stockholm 1993. CAN rapportserie nr 28.

Ottosson JO. Psykiatri. Stockholm: Liber förlag AB, 1995

Ravndahl E. Vaglum P. 1991. Behandling av kvinnelige stoffmissbrukere i ett hierarkisk terapeutisk samfunn: Betydningen av relasjoner till foreldre, partnere og veninner. Institutt for medicinske adferdsfag. Oslo Universitet.

Ravndal E. Alkohol og rusavhengighet. Kvinners helse i Norge. NOU 1999:13;511-516.

- Romelsjö A, Palmstierna T, Hansagi H, Leifman A. Length of outpatient addiction treatment and risk of rehospitalization. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2005; 291– 296.
- Salekin RT, Rogers R, Sewell KW. Construct validity of psychopathy in a female offender sample: a multitrait – multimethod evaluation. *J Abnorm Psychol* 1997;106:576-585.
- SBU. Behandling av alkohol och narkotikaproblem – En kunskapsöversikt. Statens beredning för utvärdering av medicinsk vård. Stockholm: Socialstyrelsen 2001.
- SBU. Kort om ADHD hos barn och vuxna. En sammanfattning av Socialstyrelsens kunskapsöversikt (från 2002). Stockholm: Socialstyrelsen, 2004.
- Trulsson K. Det är i alla fall mitt barn – en studie om att vara missbrukare och mamma. Oskarshamn. Carlssons Bokförlag (licenciatavhandling).1998,
- Trulsson K. Manligt och kvinnligt i smältdegeln – om könets betydelse för missbruk. *Nordisk Alkohol- och Narkotikatidskrift* 2003;20:5-19.
- Trulsson K. Manligt och kvinnligt missbruk. Ur Leissner T, Hedin UC (red). 2002. ”Könsperspektiv på missbruk” Bettna. Bokförlaget Bjuerner och Bruno. Sid 70-94.
- Wasilow-Mueller S, Erickson CK. Drug abuse and dependency: understanding gender differences in etiology and management. *J Am Pharm Assoc.* 2001;41:78-90
- Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet* 2002;359:1232–1237
- Weisner C. Substance misuse: what place for women-only treatment programs?. *Addiction* 2005;100;7-8.
- Westermeyer och Boedickers. Course, severity, and treatment of substance abuse among men versus women. *Am. J. Drug Alcohol Abuse.* 2000;26:523-535.
- Zilberman M, Tavares H, el-Guebaly N. Gender similarities and differences: the prevalence and course of alcohol- and other substance-related disorders. *J Addict Dis* 2003;22:61-74

Beställning

Kontorsservice

Tel: 08-737 49 57; Fax: 08-737 49 59

E-post: informationsmaterial.lsf@sll.se

Postadress: Box 6401, 113 82 Stockholm

Besöksadress: Olivecronas väg 7, bv; Sabbatsbergs sjukhus

Rapporter från Medicinskt programarbete är publicerade på:
www.hsn.sll.se/mpa



Stockholms läns landsting

FORUM för Kunskap och gemensam Utveckling

Box 6909, 102 39 Stockholm

Telefon 08-737 30 00. Fax 08-737 48 00