

Vård efter behov?

Om vård- och omsorgsinsatser till flickor och kvinnor med skadligt bruk och beroende

Vård efter behov?

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2024-5-9075

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, maj 2024

Förord

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ett delat ansvar för att erbjuda vård och stöd till personer med skadligt bruk eller beroende. Missbruks- och beroendevården innehåller också ett brett spektrum av vård- och stödinsatser, inom såväl det sociala som det medicinska området. Samtidigt är möjligheten att nå fram med vård och stöd utifrån de behov som personer med skadligt bruk eller beroende har, omgärdat av flera, mer eller mindre kända, hinder och utmaningar.

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att inhämta kunskaper om och analysera vården och stödet för flickor och kvinnor med missbruk och beroendeproblematik, inklusive insatser vid fysiska och psykiska vårdbehov och vid våldsutsatthet. Uppdraget gav även utrymme åt Socialstyrelsen, att vid behov, lämna förslag på åtgärder som kan bidra till vård och omsorg vid missbruk och beroendeproblematik som är mer anpassad till kvinnors behov.

Rapporten innehåller en redogörelse av behov som är utmärkande eller specifika för flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroende, och i vilken mån vård och omsorg möter dessa behov. Vi lyfter fram faktorer som på ett eller annat sätt utgör hinder för att flickor och kvinnor ska få sina behov tillgodosedda på ett jämlikt, rättighetsbaserat, och behovsanpassat sätt. Det kan handla om kunskaps- och implementeringsbrister, strukturella hinder eller betydelsefulla faktorer i det individnära arbetet.

Med denna rapport tydliggör Socialstyrelsen även vad som krävs för att den vård och det stöd som samhället erbjuder, bättre ska kunna anpassas efter de behov som flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroende har. Vår förhoppning är att rapporten ska bidra till att ett arbete som syftar till att komma till rätta med aktuella utmaningar, prioriteras och intensifieras.

Karin Blomgren har varit projektledare för uppdraget. Ansvarig enhetschef har varit Stina Hovmöller och Natalia Borg har varit ansvarig avdelningschef.

Olivia Wigzell
Generaldirektör
Socialstyrelsen

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ett delat ansvar	6
Olika faktorer och omständigheter påverkar flickors och kvinnors behov	7
En nationell lägesbild visar på könsskillnader vid vårdkonsumtion	8
Vård och omsorg brister i att uppmärksamma och hantera våldsutsatthet	8
Resultatet från intervjuer lyfter fram förbättringsbehov	9
Kunskapsinhämtningen synliggör specifika behov för flickor och kvinnor	10
Analysen pekar på behov av anpassningar inom vård och omsorg	10
Inledning	13
Om uppdraget	13
Uppdragets genomförande	13
Ramar och riktlinjer för vård och omsorg	19
Delat ansvar vid skadligt bruk och beroende	19
Civilsamhällets roll	21
Föreskrifter, kunskapsstöd, riktlinjer och rekommendationer	21
Kunskap om flickor och kvinnor med skadligt bruk och beroende	25
Könsskillnader relaterat till bruk	25
Olika faktorer och omständigheter påverkar flickors och kvinnors behov	28
Nationell lägesbild för vård och stöd	35
Insatser vid skadligt bruk och beroende inom hälso- och sjukvård	35
Insatser vid skadligt bruk och beroende inom socialtjänsten	41
Socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld vid skadligt bruk eller beroende	43
Exempel på arbetssätt och verksamheter för flickor och kvinnor	48
Resultat av intervjuundersökning	52
Flickors och kvinnors upplevelser	52
Verksamhetsföreträdares bild	59
Analys av inhämtad kunskap	69

Vård efter behov?

Vår analys pekar på specifika behov för flickor och kvinnor	69
Förslag på åtgärder för att bättre kunna möta flickor och kvinnors behov	70
Referenser	78
Bilaga 1 – Kompletterande ramar och riktlinjer för vård och stöd	83
Frivillig vård eller tvångsvård	83
Samhällets ansvar för barn som växer upp i familjer med missbruk	83
Anmälning- och uppgiftsskyldighet vid oro för barn	84
Bilaga 2 – Intervjuguide, kvinnor och flickor med erfarenhet av vård eller stöd vid skadligt bruk eller beroende	86
INTRODUKTION	86
TILLGÄNGLIGHET / BEMÖTANDE/ BARRIÄRER	86
BEHOVSTILLFREDSTÄLLELSE	86
OM EVENTUELLA UPPLEVDA SKILLNADER	87
FYSISKA, PSYKISKA VÅRDBEHOV SAMT TRAUMA/ VÅLD	87
Bilaga 3 – Intervjuguide, verksamhetsföreträdare	88

Sammanfattning

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att inhämta kunskaper om och analysera vården och stödet för flickor och kvinnor med missbruk och beroendeproblematik, inklusive insatser vid fysiska och psykiska vårdbehov och vid våldsutsatthet. Uppdraget syftar till att inhämta och generera kunskap om målgruppens behov, de insatser som finns eller saknas riktat till målgruppen inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården, samt om målgruppens upplevelser av tillgänglighet och bemötande relaterat till dessa vårdinsatser.

Denna rapport innehåller, en redogörelse och analys av vård- och omsorgsinsatser som erbjuds flickor och kvinnor med missbruk och beroende, och av hur målgruppen upplever vårdens tillgänglighet och bemötande. Kunskapsinhämtning har skett i form av intervjuer med målgruppen och verksamhetsföreträdare inom vård och omsorg, genomgång av, för området, relevant litteratur samt genom insamlade och analyserade kvantitativa data. Uppdraget har därmed genomförts genom en kombination av kvantitativa och kvalitativa metoder.

Målet har varit att sammanställa kunskap och ringa in ett antal behovsområden och lämna förslag på åtgärder, som kan bidra till en vård och omsorg vid skadligt bruk och beroende som är mer anpassad till flickor och kvinnors behov. Rapporten bedöms därmed kunna bidra till ökad kunskap om hur vården bedrivs och upplevs, och till att synliggöra eventuella behov av förbättringsåtgärder.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ett delat ansvar

Missbruks- och beroendevård omfattar ett brett spektrum av vård- och stödinsatser, vilka faller inom både det sociala och det medicinska området. Problematiken vid skadligt bruk eller beroende är också ofta sammansatt, och insatser kan behöva samordnas för att möta individens hela situation. I rapporten redogörs för det ansvar som hälso- och sjukvården och socialtjänsten har för att tillgodose de behov av stöd- och vårdinsatser som omfattar målgruppen flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroende.

Även civilsamhället har en betydelsefull roll genom ett hälsofrämjande, stödjande och förebyggande arbete. Bland annat drivs flera av Sveriges skyddade boenden av ideella föreningar.

Olika faktorer och omständigheter påverkar flickors och kvinnors behov

Det finns faktorer och omständigheter som särskilt kan knytas till flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroende. Exempelvis har aspekter relaterade till sociala relationer och familjelivet visat sig vara utmärkande för just kvinnor med missbruksrelaterade problem. En sårbarhet relaterat till problematiska uppväxtförhållanden, med bland annat en överrepresentation av övergrepp i barndomen, har identifierats som en viktig orsak till skadligt bruk och beroende bland flickor och kvinnor. Det är även vanligare att kvinnor som söker behandling för skadligt bruk eller beroende har omsorgsansvar för hemmavarande barn och en brist på barnomsorgsalternativ kan vara ett hinder för att få tillgång till behandling. Samtidigt kan viljan att bibehålla eller förbättra relationer till sina barn öka motivationen att ta emot hjälp och utgöra en nyckelfaktor på vägen mot ett tillfrisknande. Vidare påverkar det faktum att kvinnor med beroendeproblematik, i högre utsträckning än män, tenderar att ha en partner som använder droger, vilket kan öka risken för återfall.

Såväl internationella som svenska studier pekar även på att psykiatrisk samsjuklighet är vanligare bland flickor och kvinnor med beroendeproblematik, jämfört med pojkar och män. Vidare synliggör ett flertal studier den höga risken för och omfattningen av våldsutsatthet som omfattar målgruppen flickor och kvinnor. Det handlar dels om erfarenheter av våld under uppväxten, dels om överrisker för att utsättas för upprepat och många gånger allvarligt våld i en kontext kopplad till droganvändningen. Vissa studier lyfter fram erfarenheter av våld som en faktor som hindrar behandlingsföljksamhet och ökar risken för återfall bland kvinnor med substansmissbruk, men det finns även goda exempel på insatser som syftar till att behandla symtom på PTSD och missbruk parallellt och som visar på att integrerade behandlingsprogram kan minska förekomsten av både våldshändelser och substansanvändning.

Andra faktorer och omständigheter som särskilt rör flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroende kan kopplas till sexuell och reproduktiv hälsa. Exempelvis har kvinnor med aktuellt eller tidigare drogberoende en förhöjd risk för bröst- och livmoderhalscancer. Samtidigt är det betydligt färre kvinnor med erfarenhet av drogmissbruk som deltar i screening för bröst- och livmoderhalscancer jämfört med genomsnittsbefolkningen. Vidare är kvinnor jämfört med män, biologiskt sett, mer mottagliga för sexuell överförbara infektioner, exempelvis genitalt herpesvirus, HSV-2 och HIV.

Flickor och kvinnors droganvändning fördöms många gånger hårt moraliskt av omgivningen och ett sådant fördömande ger i sin tur upphov till stigmatisering.[1] För en flicka eller kvinna som blir stigmatiserad kan det få konsekvenser i form av försämrade livschanser, en dömande attityd från

samhället, att hennes erfarenheter, åsikter och kompetenser ogiltigförklaras eller genom att hon utsätts för kränkningar eller nedsättande bemötande.

En nationell lägesbild visar på könsskillnader vid vårdkonsumtion

Det är generellt sett vanligare att män både använder och att de har ett skadligt bruk eller beroende av alkohol och andra droger, än att kvinnor har det. Det gäller även förekomsten av spelproblem. Könsskillnaderna varierar dock mellan olika substanser och är i regel mindre i yngre åldrar. En nationell lägesbild av den aktuella situationen avseende vård och stöd vid beroendeproblematik, visar att det också är fler män än kvinnor som får vård inom den specialiserade hälso- och sjukvården. Flest antal personer, både kvinnor och män, har fått vård för skadligt bruk eller beroende av alkohol och flera droger i kombination. Antalet kvinnor som får vård är färre generellt sett, men andelen kvinnor i förhållande till män varierar mellan olika substanser och för olika åldersgrupper. Störst är andelen kvinnor som fått vård för flyktiga lösningsmedel eller sedativa/hypnotika (lugnande läkemedel), och minst är andelen som fått vård för kokain och cannabis.

Det är fler pojkar än flickor som har fått vård på integrerade verksamheter för barn och unga, och fler män än kvinnor som besöker sprututbytesverksamheter. Motsvarande könsskillnad återfinns också inom socialtjänsten, där fler män än kvinnor får individuellt behovsprövade öppna insatser, bistånd som avser boende och heldygnsvård. Omkring 10% av de HVB vars målgrupp inkluderar missbruk/beroende eller samsjuklighet tar emot enbart kvinnor, 20% enbart män och 70% båda könen.

Vård och omsorg brister i att uppmärksamma och hantera våldsutsatthet

Att både kommuner och regioner brister i regelefterlevnad i arbetet relaterat till våldsutsatthet och våld, framgår av bland annat den tillsyn som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomfört under 2024.

Socialstyrelsens intervjuer med yrkespersoner inom socialtjänsten, visar att medvetenheten bland personalen är hög när det gäller den förhöjda risken för våld som omfattar målgruppen och målsättningen är därmed att rutinmässigt ställa frågor om våldsutsatthet. Att ställa frågor om våldsutövande tycks däremot inte vara lika förankrat. Av de intervjuade yrkespersonerna är det även få som rutinmässigt ställer frågor om sexuell våld eller om sex mot ersättning. Vidare visar en kartläggning av skyddade boenden att endast 22 procent av boendena kan ta emot våldsutsatta personer med beroendeproblematik, och beroendeproblematik är också det område

där lägst andel skyddade boenden anser att de har tillräcklig kompetens. Erfarenhet av våld och trauma kan medföra ett förstärkt behov av att vårdas tillsammans med enbart flickor eller kvinnor, och i vissa fall av enbart kvinnlig personal. Inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns det verksamheter som är könsseparerade, men verksamheter som enbart tar emot kvinnor eller som har arbetssätt särskilt anpassade efter kvinnors behov är mindre vanligt inom hälso- och sjukvården. Det finns dock några exempel på verksamheter och arbetssätt som är särskilt anpassade efter kvinnors behov.

Resultatet från intervjuer lyfter fram förbättringsbehov

Intervjuer med flickor och kvinnor med egen erfarenhet, och med verksamhetsföreträdare inom vård och omsorg, bekräftar den bild av behoven som beskrivs inom forskningen och andra studier samt den nationella lägesbilden. Exempelvis är erfarenheter av olika former av våld vanligt förekommande bland de flickor och kvinnor som medverkat i intervjuerna, framförallt av sexuella trakasserier och sexuellt våld. Flickorna och kvinnorna beskriver också hur vård och omsorg på olika sätt kan vara villkorad, exempelvis med drogfrihet. Detta är inte specifikt för flickor och kvinnor, men det kan vara särskilt problematiskt i kombination med våldsutsatthet, till exempel vid skyddad identitet eller vid behov av skyddat boende. Ytterligare behov som flickorna och kvinnorna lyfter, rör exempelvis tidigt stöd och bättre tillgänglighet.

Av intervjuer med verksamhetsföreträdare inom vård och omsorg framkommer att en relationell och psykosocial komponent ofta kan kopplas till flickor och kvinnors droganvändning, och även spela roll för målgruppens möjlighet att ta del av stöd och behandling. De menar därför att kvinnornas och flickornas hela livssituation behöver adresseras, eftersom beroendet är sammanvävt med andra delar av livet, såsom relationer, föräldraskap och psykisk hälsa. Trygghet, tillit och förtroende lyfts fram som centrala förutsättningar för att en flicka eller kvinna ska våga berätta om sin situation, särskilt när det gäller erfarenheter av trauma. Vissa intervjupersoner ser en tendens av att vård- och omsorgspersonal fokuserar på beroendet i första hand och att våldet hamnar i skymundan. Intervjupersonerna menar att det kan vara att ställa för höga krav och att fokus istället bör vara att minimera riskerna för upprepat våld och nya trauman så att kvinnan, så småningom ges goda förutsättningar att genomföra en missbruksbehandling. Vidare har de intervjuade verksamhetsföreträdarna erfarenhet av att många kvinnor önskar få könsseparerad vård, bland annat på grund av tidigare traumatiska erfarenheter i form av utsatthet för våld.

Kunskapsinhämtningen synliggör specifika behov för flickor och kvinnor

Den samlade kunskapsinhämtningen och Socialstyrelsens analys visar att det finns vissa områden där behoven är särskilt utmärkande för flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroende alternativt skiljer sig åt mellan flickor och pojkar, och mellan kvinnor och män. Specifika behov för flickor och kvinnor är relaterade till stigma, våldsutsatthet, sexuell och reproduktiv hälsa, psykosociala och relationella faktorer samt psykiatrisk samsjuklighet.

En medvetenhet om faktorer som har en orsakande eller bidragande roll till skadligt bruk eller beroende bland flickor och kvinnor är betydelsefullt för att kunna rikta behandling mot just dessa faktorer. Detsamma gäller faktorer som på ett eller annat sätt kan främja eller motverka motivationen till att ta del av stöd- och behandlingsinsatser.

Analysen pekar på behov av anpassningar inom vård och omsorg

Sammantaget visar vår analys att det finns särskilda behov hos målgruppen flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroende som kräver särskilda anpassningar och hänsynstaganden. Detta för att vården och stödet ska kunna möta behoven, inge förtroende och ha önskvärd effekt och för att uppnå en jämlik vård på lika och goda villkor.

För att bättre kunna möta flickor och kvinnors behov lyfter Socialstyrelsen fram sex identifierade områden som rymmer förslag på anpassningar eller åtgärder. Dessa områden utgörs av:

- Öka kunskapen om flickor och kvinnors behov
- Motverka stigma
- Fokusera på våldet och främja trygga miljöer
- Stärk tillgången till insatser kopplade till kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa
- Ta hänsyn till relationella och psykosociala behov
- Samordna vård och omsorg vid samsjuklighet

Den kunskap som finns om behov och omständigheter som rör flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroende, behöver tas tillvara och präglas bland annat utformning av vård- och stödinsatser, verksamhetsutveckling och metoder och arbetssätt i det individnära arbetet. Kunskapen behöver också spridas och implementeras på olika nivåer och här spelar även den nationella kunskapsstyrningen en central roll. Vidare behövs mer forskning inom området.

Åtgärder behöver vidtas för att motverka stigmatisering av flickor och kvinnor relaterat till bruk och beroende. En medvetenhet om den stigmatisering som omfattar flickor och kvinnor relaterat till bruk och beroende behöver finnas inom vården och omsorgen, inklusive en beredskap att försöka motverka ytterligare stigmatisering alternativt lindra negativa konsekvenser till följd av stigmatisering. Könrelaterade normer och en dömande attityd från omgivningen, kan ha betydelse för hur kvinnor ser på sin droganvändning och även påverka benägenheten att söka vård och stöd. Kunskapen om hur attityder och bemötande kan påverka känslan av stigmatisering och förutsättningarna för flickor och kvinnor att ta del av samhällets insatser, behöver därför genomsyra verksamheter som möter målgruppen, och vara väl förankrad i det individnära arbetet. Detta påkallar i sin tur behovet av kunskapshöjande insatser.

Mot bakgrund av överrisker för att utsättas för olika former av våld och trauma, inklusive sexuellt våld, som omfattar flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroende, krävs kraftfulla och långsiktiga åtgärder för att motverka våldet och skapa trygga miljöer för flickor och kvinnor att vistas i. I vissa fall medför tidigare erfarenhet av våld ett behov av att vårdas tillsammans med enbart flickor eller kvinnor, och ibland även av enbart kvinnlig personal. Analysen visar dock att det råder brist på vårdalternativ av detta slag, vilket talar för att möjligheten till könsseparerad vård behöver öka och tillgängliggöras för de kvinnor som önskar sådan. Sammantaget krävs åtgärder för att skapa välkomnande, icke-dömande, stödjande och fysiskt och känslomässigt trygga miljöer för flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroende. För att komma till rätta med det våld som drabbar flickor och kvinnor med beroendeproblematik, behöver även behovet av behandling riktad till män med skadligt bruk eller beroende och som också utövar våld, beaktas.

Behövliga anpassningar kan också handla om att i högre utsträckning integrera könsspecifika perspektiv i planering, genomförande och utvärdering av olika vård- och stödinsatser. Det handlar bland annat om att erbjuda flickor och kvinnor insatser inom sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i samband med andra vård- och stödinsatser relaterat till skadligt bruk eller beroende. Exempel på sådana insatser är tillgång till preventivmedel, screening för livmoderhalscancer och testning av sexuellt överförbara infektioner. Vidare behöver mödrahälsovård, barnhälsovård, förlossning samt individ- och familjeomsorg ha kompetens och kunskap att uppmärksamma skadligt bruk och beroende vid graviditet, och tillgängliggöra stöd och behandling under graviditeten och även erbjuda anpassat stöd efter att barnet är fött.

Det faktum att kvinnors drogproblematik har en stark koppling till relationella och psykosociala faktorer, påverkar såväl bruk som behandling. Det är vanligare att kvinnor med beroendeproblematik har en partner med liknande problematik och en destruktiv partnerrelationen kan på olika sätt

försvåra för kvinnan att bli fri från sitt beroende. Att kvinnor och flickor med skadligt bruk och beroende ofta har ett svagt socialt nätverk och bristande socialt stöd, gör att särskild hänsyn kan behöva tas till psykosociala behov och omständigheter, exempelvis i samband med terapeutisk behandling. En tidigare kontakt med socialtjänsten utifrån oro för barnens situation, kan även bidra till en misstro gentemot socialtjänsten och bristande tillit till socialtjänsten som en stödjande funktion. Detta innebär att familjeperspektivet behöver beaktas och i vissa fall behövs anpassade lösningar för att möjliggöra för kvinnan att kunna ta hand om sina barn under en pågående behandling.

Depression och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), är högre hos kvinnor jämfört med män. Genom en ökad risk för samsjuklighet löper kvinnor också risk för allvarigare konsekvenser av sitt drogberoende, jämfört med män, i synnerhet om behövlig vård uteblir. Mot bakgrund av detta behöver anställda inom vård och omsorg känna till att förekomsten av samsjuklighet är vanligare bland kvinnor. Det ställer också krav på en särskild beredskap inom vård och omsorg att såväl uppmärksamma som att hantera samsjuklighet, och erbjuda integrerade behandlingsinsatser. Vidare bedömer Socialstyrelsens att en mer samordnad vård, och en sådan vård- och stödsamordning som föreslås inom ramen för Samsjuklighetsutredningens betänkande, kan vara särskilt betydelsefull för målgruppen, mot bakgrund av att samsjuklighet är vanligt förekommande bland flickor och kvinnor med beroendeproblematik.

Inledning

Om uppdraget

Socialstyrelsen har haft i uppdrag av regeringen att inhämta kunskaper om och analysera vården och stödet för flickor och kvinnor med missbruk och beroendeproblematik, inklusive insatser vid fysiska och psykiska vårdbehov och vid våldsutsatthet.¹ Enligt uppdraget ska Socialstyrelsen redogöra för de vård- och omsorgsinsatser som erbjuds flickor och kvinnor med missbruk och beroende och hur målgruppen upplever vårdens tillgänglighet och bemötande. Vidare anges att analysen kan kompletteras med registerdata, i de fall det bedöms relevant. Uppdraget ger också utrymme för Socialstyrelsen att, i sin redovisning av uppdraget och vid behov, lämna förslag på åtgärder som kan bidra till vård och omsorg vid missbruk och beroendeproblematik som är mer anpassad till kvinnors behov.

I samband med uppdragets utförande anges att Socialstyrelsen ska samverka med berörda myndigheter och aktörer inklusive patient-, brukar- och anhörigorganisationer. Avseende avrapportering av uppdraget framgår att Socialstyrelsen ska lämna en redovisning till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 15 maj 2024.

Uppdragets genomförande

Syfte och mål med uppdraget

Uppdraget syftar till att:

- inhämta kunskaper om och analysera vården och stödet för flickor och kvinnor med missbruk och beroendeproblematik, inklusive insatser vid fysiska och psykiska vårdbehov samt vid våldsutsatthet.
- redogöra för vård- och omsorgsinsatser som erbjuds målgruppen flickor och kvinnor med missbruk och beroende, samt målgruppens upplevelse av dessa insatser när det gäller tillgänglighet och bemötande.

Målet har varit att sammanställa samlad kunskap i en rapport tillsammans med förslag på åtgärder som kan bidra till en vård och omsorg vid skadligt bruk och beroende som är mer anpassad till flickor och kvinnors behov. Rapporten och redogörelsen bedöms kunna bidra till ökad kunskap om hur vården bedrivs och upplevs, samt till att synliggöra eventuella behov av förbättringsåtgärder.

¹Regeringsbrev för budgetåret 2023 avseende Socialstyrelsen.

Omfattning och avgränsningar

Målgruppen utgörs av flickor och kvinnor² med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika (inklusive läkemedel) och spel om pengar, där det skadliga bruket eller beroendet har föranlett kontakt med sjukvården och/eller socialtjänsten utifrån fysiska eller psykiska vårdbehov eller våldsutsatthet.

Fokus har varit att synliggöra de behov som rör flickor och kvinnor specifikt. Men eftersom flera av behoven som kan kopplas till skadligt bruk eller beroende tenderar att gälla för både kvinnor och män, inkluderas behov som flickor och kvinnor har, och som både sammanfaller och skiljer sig från de behov som gruppen pojkar och män har.

Utbudet av vård- och omsorgsinsatser lyfts fram i rapporten, utan att göra anspråk på att ge en heltäckande bild. En redogörelse av regionala och kommunala skillnader omfattas inte. Redovisningen omfattar heller inte beskrivningar av vårdutfall i form av exempelvis olika behandlingsåtgärders effekt. Däremot omfattas vårdutfall som relaterar till målgruppens upplevelse av tillgänglighet och bemötande.

Begreppen skadligt bruk eller beroende och inte missbruk används genomgående, så länge det inte rör sig om citerade lagtexter, förarbeten eller andra texter. Även om rapporten i sin helhet inkluderar olika former av skadligt bruk och beroende är vissa avsnitt begränsade till endast en eller ett par former. Detta med anledning av att vissa av de forskningsresultat eller studier som vi valt att hänvisa till, endast undersökt en viss typ av beroende.

Våld har många olika uttrycksformer, och våldsformer som är aktuella för denna rapport är exempelvis fysiskt, psykiskt, sexuellt eller materiellt våld. Särskilt fokus har riktats mot de våldstyper som kvinnor och flickor är särskilt utsatta för och som minskar deras handlingsutrymme. Det rör sig om våld som sker i nära relationer, hedersrelaterat våld och förtryck, i samband med prostitution, människohandel för sexuella ändamål och sexuellt våld oberoende av relation.

Uppdragets fokus på flickor och kvinnor

En grundläggande princip i den svenska rättsordningen är alla människors lika värde. Den offentliga makten ska utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet.³ Diskriminering är förbjuden i verksamhet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.⁴ Det gäller diskriminering på grund av kön,

² Flickor och kvinnor utgör två grupper, där behov och omständigheter kan skilja sig åt mellan dessa grupper. I rapporten benämner vi dock målgruppen som *flickor och kvinnor*, i enlighet med uppdraget och då fokus ligger på könsspecifika faktorer.

³ Se 1 kap. 2 § första stycket regeringsformen.

⁴ Se 2 kap. 13 § diskrimineringslagen (2008:567).

Vård efter behov?

könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.⁵

Med begreppet jämställdhet avses att kvinnor och män ska ha samma rättigheter, skyldigheter och möjligheter. Det handlar också om att göra det tydligt vad som påverkar kvinnors och mäns livsvillkor inom olika områden i samhället. Samtidigt finns det stora skillnader inom grupperna ”kvinnor” och ”män”. Vilka möjligheter en individ har påverkas även av bland annat den socioekonomiska grupp en person tillhör, etnisk tillhörighet, ålder, sexuell läggning, funktionsförmåga eller bostadsort. Våra livsvillkor påverkas därtill av attityder, normer, värderingar och ideal.

Mycket tyder på att flickor och kvinnor med skadligt bruk och beroende omfattas av en förhöjd risk att utsättas för social utestängning och stigmatisering. Forskning har belyst hur personer som använder droger generellt och kvinnor specifikt, tillskrivs en låg status i förhållande till andra människor.[1]

När specifika behov som anses tillfalla gruppen flickor och kvinnor med beroendeproblematik pekas ut, finns en risk för ytterligare stigmatisering av en i många avseenden redan stigmatiserad grupp. Samtidigt har medicinsk forskning, historiskt sett, i många avseenden varit könsblind och utgått från en manlig norm.[2] Det kan bland annat bero på att det är fler män än kvinnor som har skadligt bruk och beroende, men medför att verksamheter och insatser som riktar sig till personer med skadligt bruk eller beroende, i högre utsträckning utgår från män och mäns behov. Om vård och stöd utgår från en manlig eller homogen norm, riskerar viktiga faktorer, behov och konsekvenser som omfattar individer och grupper av individer som faller utanför dessa normativa föresättningsramar, att osynliggöras. På motsvarande sätt som att det kan finnas etiska betänkligheter kring att enbart lyfta fram en viss grupp individer och dess behov i förhållande till andra, kan det således finnas etiska betänkligheter med att *inte* göra det.

Av uppdraget framgår att det är vård och stöd som riktar sig till målgruppen flickor och kvinnor med missbruks- och beroendeproblematik som ska undersökas. Detta innebär ett särskilt fokus på att synliggöra och analysera konsekvenser för just flickor och kvinnor. Könsuppdelad statistik och forskning som pekar på specifika behov för flickor och kvinnor samt generella och förekommande könsskillnader utgör därmed viktig och grundläggande information relaterat till uppdraget. Uppdraget har i huvudsak utgått ifrån den juridiska definitionen av kön.

⁵ Se 1 kap. 1 § diskrimineringslagen.

Även om situationen för icke-binära och hbtqi-personer⁶ inte synliggörs specifikt i rapporten, är vi medvetna om att liktydig problematik kan gälla för dessa grupper i befolkningen.[3, 4]

Beröringspunkter med Agenda 2030

Uppdraget har beröringspunkter med flera av de globala hållbarhetsmålen i Agenda 2030.[5] Samhällets välfärd och hållbarhet har ett direkt samband med folkhälsan och hur den är fördelad i befolkningen och där skadligt bruk och beroende utgör samhällsutmaningar på vägen mot en hållbar utveckling. Mål som är av central betydelse för uppdraget är bland annat Mål 3 om att säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar med delmål 3.4 om att minska antalet dödsfall till följd av icke smittsamma sjukdomar och främja mental hälsa, delmål 3.5 om att förebygga och behandla drogmissbruk, samt delmål 3.8 om att tillgängliggöra sjukvård för alla. Det handlar även om Mål 5 som rör jämställdhet med delmålet 5.2 om att utrota våld mot och utnyttjande av kvinnor och flickor. Även Mål 10 om minskad ojämlikhet omfattas, bland annat med delmålet 10.2 om att möjliggöra och verka för att alla människor, oavsett ålder, kön, funktionsnedsättning, ras, etnicitet, ursprung, religion eller ekonomisk eller annan ställning, blir inkluderade i det sociala, ekonomiska och politiska livet. Vidare handlar det om Mål 16 om fredliga och inkluderande samhällen med delmålen 16.1 och 16.2 om att minska våldet i världen samt skydda barn mot övergrepp, utnyttjande, människohandel och våld.

Metod och datakällor

Kunskapsinhämtning har skett i form av intervjuer med målgruppen och verksamhetsföreträdare inom vård och omsorg, en genomgång av, för området, relevant litteratur samt genom insamlade och analyserade kvantitativa data. Uppdraget har därmed genomförts genom en kombination av kvantitativa och kvalitativa metoder.

Kunskapsinhämtningen har dels syftat till att inhämta kunskap om de behov av stöd och vård som flickor och kvinnor med beroendeproblematik har, dels till att belysa eventuella samband och orsaksförklaringar till aktuella behov. Vi har även undersökt aktuella insatser för att tillgodose de vård- och stödbehov som finns genom att belysa goda exempel samt identifiera eventuella behov av anpassningar för att socialtjänsten och hälso- och sjukvården bättre ska kunna möta målgruppens behov.

Genomlysning av litteratur inom området

En genomgång av relevant forskning, myndighetsrapporter, statliga utredningar, propositioner och berörda lagar som rör området skadligt bruk

⁶ Används som paraplybegrepp för homosexuella, bisexuella, transpersoner, personer med queera uttryck och identiteter samt intersexpersoner

och beroende och med fokus för situationen som rör just flickor och kvinnor, har genomförts. Detta för att få en översiktlig bild av kunskapsläget samt av vilka behov som kan betraktas som specifika för målgruppen och som kan behöva särskilda anpassningar inom vården och omsorgen för att kunna tillgodose. Resultatet från litteraturgenomgången presenteras närmare under *Kunskap om flickor och kvinnor med skadligt bruk och beroende*.

Kvantitativa data

Kunskapsinhämtningen har kompletterats med data från patientregistret, registret över tvångsvård enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), mängdstatistik från kommunernas individ- och familjeomsorg samt uppgifter från Socialstyrelsens öppna jämförelser för socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Resultatet från den kvantitativa datainsamlingen presenteras närmare under *Nationell lägesbild för vård och stöd*.

Intervjuer

En intervjuundersökning har genomförts baserad på semi-strukturerade intervjuer med 14 flickor och kvinnor med egen erfarenhet av skadligt bruk och beroende i åldrarna 16–70.⁷ Fokus i intervjuerna har framförallt varit på upplevelser av vårdens tillgänglighet och bemötande samt upplevda förbättringsbehov. Grundkriterier för deltagande i intervjuer har varit egen erfarenhet av skadligt bruk eller beroende av antingen alkohol, narkotika, läkemedel eller spel om pengar, samt att personen har sökt vård eller stöd för sin problematik. Rekryteringen till intervjuer har skett via Socialstyrelsens råd för missbruks- och beroendefrågor, som spridit information bland sina medlemmar, via två utvalda mottagningar som tillgängliggjort information om intervjustudien i väntrum, via direktkontakter med ett antal verksamheter samt via Nationella nätverket för missbruk och beroende (BIRK) som samordnas av Sveriges kommuner och regioner (SKR). Flickor och kvinnor som velat delta i studien har kontaktat Samhällsnyttas konsulter, som sedan genomfört telefonintervjuer, och i några få fall, fysiska intervjuer. Därtill har 15 personer som arbetar med målgruppen i hälso- och sjukvård, socialtjänst och statlig institutionsvård intervjuats, exempelvis enhetschefer, socialsekreterare, arbetsledare, läkare och behandlare. Verksamhetsföreträdare som medverkat i intervjuer kommer både från mindre och större kommuner från sammanlagt fem olika län. Verksamhetsföreträdarna arbetar inom bland annat mödrahälsovård samt specialistmödravård för kvinnor med beroende, vårdcentral, Maria Ungdom, ungdomsmottagning, beroendevård, SiS ungdomshem, SiS LVM-hem, socialtjänst med inriktning behandling respektive

⁷ Intervjuundersökningen genomfördes av Samhällsnytta AB på uppdrag av och i samarbete med Socialstyrelsen.

Vård efter behov?

utredning/myndighetsutövning. Intervjuguiderna presenteras i Bilaga 2 och Bilaga 3.

Urvalet av intervjupersoner har syftat till att åstadkomma en geografisk spridning samt en spridning av personer med olika organisatoriska förutsättningar för att fånga en variation av de stöd- och vårdinsatser som ges riktat till målgruppen.

Intervjuerna har berört frågor om:

- Behov specifika för flickor och kvinnor med skadligt bruk och beroende, inklusive fysiska och psykiska vårdbehov och behov vid våldsutsatthet.
- Målgruppens upplevelser av tillgänglighet och bemötande relaterat till den vård och omsorg som ges vid skadligt bruk och beroende.
- Upplevda barriärer och hinder för att söka vård och omsorg.
- Eventuell avsaknad av vård, stöd och omsorg som svarar mot målgruppens behov, eller om nuvarande vård, stöd och omsorg behöver anpassas.

Intervjuerna genomfördes online, per telefon eller genom fysiska möten. Resultatet från intervjustudien presenteras närmare under *Resultat av intervjuundersökning*.

Dialog med experter, myndigheter och civilsamhällesaktörer
Socialstyrelsen har under uppdraget fört dialog med ett antal forskare inom området, dels för att inhämta synpunkter på rapportens innehåll och upplägg, dels som ett sätt att få information om aktuell forskning som berör uppdragets område. Samtal har även förts med bland annat Socialstyrelsens råd för etiska frågor, om etiska dilemman och perspektiv. Därtill har dialog hållits med en rad andra aktörer såsom representanter från myndigheter och verksamheter på statlig, regional och lokal nivå samt civilsamhället i syfte att inhämta deras tankar och erfarenheter av arbete med målgruppen och dess behov.

Ramar och riktlinjer för vård och omsorg

I detta kapitel tydliggörs vilket ansvar olika aktörer har för att tillgodose de behov av stöd- och vårdinsatser som omfattar målgruppen flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroende. I första hand redogörs för hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens lagstadgade ansvar men även civilsamhällets roll lyfts fram. För mer ingående beskrivningar av lagstiftning inom området, se Bilaga 1.

Kapitlet innehåller också en beskrivning av riktlinjer och rekommendationer som finns inom området.

Delat ansvar vid skadligt bruk och beroende

Både regionernas hälso- och sjukvård och kommunernas socialtjänst har ett ansvar när det gäller flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroende.⁸ Missbruks- och beroendevård omfattar ett brett spektrum av vård- och stödinsatser, vilka faller inom både det sociala och det medicinska området.⁹ Problematiken vid skadligt bruk och beroende är också ofta sammansatt, och insatser kan behöva samordnas för att möta individens hela situation.

Hälso- och sjukvårdens ansvar

Regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård bland annat åt den som är bosatt inom regionen.¹⁰ Medicinsk behandling av beroendesjukdomar ingår i hälso- och sjukvårdens ansvarsområde.¹¹ Exempel på insatser som en person med skadligt bruk eller beroende kan få inom hälso- och sjukvården är abstinensvård, somatisk vård, psykiatrisk vård och läkemedelsassisterad behandling.¹² Särskilda skyldigheter gäller i fråga om barn. Exempelvis ska barnets bästa särskilt beaktas när hälso- och sjukvård ges till barn.¹³

Socialtjänstens ansvar

Socialtjänsten har ett ansvar dels för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel liksom spel om pengar, dels för att den enskilde ska få hjälp och vård för att komma ifrån sitt

⁸ Se bland annat proposition 2012/13:77 God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården s. 11.

⁹ Prop. 2012/13:77 s. 15.

¹⁰ 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:39), HSL.

¹¹ Jfr prop. 2016/17:85 Samverkan om vård, stöd och behandling mot spelmissbruk s. 30.

¹² Prop. 2012/13:77 s. 13.

¹³ Se 5 kap. 6 § HSL.

Vård efter behov?

missbruk.¹⁴ Ansvaret gäller alla åldersgrupper.¹⁵ Socialnämnden ska genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns.¹⁶

Socialtjänstens ansvar omfattar även sociala stödinsatser i form av t.ex. boende, sysselsättning, försörjning samt stöd till barn och anhöriga och närstående. Utbudet av stödinsatser kan se olika ut från kommun till kommun.¹⁷

Samverkan genom SIP och överenskommelser

Personer med skadligt bruk eller beroende behöver ofta insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten, vilket ställer krav på samverkan mellan huvudmännen. Det är därför ofta nödvändigt att upprätta en så kallad samordnad individuell plan, (SIP).¹⁸ Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.¹⁹

Kommuner och regioner ska även ingå en överenskommelse om samarbete på övergripande nivå i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar.²⁰

Samsjuklighetsutredningens förslag kan komma att påverka vård och stöd till målgruppen

Samsjuklighetsutredningen har i ett betänkande föreslagit att hälso- och sjukvården ska ansvara för all behandling av skadligt bruk och beroende, inklusive tvångsvård. Enligt utredningens förslag ska socialtjänsten ha ett fortsatt ansvar för bland annat förebyggande och uppsökande verksamhet och sociala insatser som boende, försörjning och sysselsättning.²¹

Utredningen föreslår vidare att behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd, samt att det ska införas en skyldighet för regioner och kommuner att bedriva en gemensam vård- och stödsamordning för personer med särskilt behov av

¹⁴ Se 3 kap. 7 § och 5 kap. 9 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

¹⁵ 3 kap. 7 § och 5 kap. 1 § SoL.

¹⁶ Se 3 kap. 7 § andra stycket SoL.

¹⁷ Prop. 2012/13:10 s. 100 samt s. 148.

¹⁸ Se 2 kap. 7 § SoL och 16 kap. 4 § HSL.

¹⁹ Se 2 kap. 7 § tredje stycket SoL och 16 kap. 4 § fjärde stycket HSL.

²⁰ 5 kap. 9 a § SoL och 16 kap. 3 § HSL.

²¹ Se Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93). s. 300 f. och s. 334 f.

samordning.²² Regeringen tog emot utredningens betänkande i januari 2023 och förslagen bereds för närvarande inom regeringskansliet.

Civilsamhällets roll

Ett hälsofrämjande och förebyggande arbete kopplat till skadligt bruk och beroende, bedrivs även inom det civila samhället. Inom civilsamhället verkar bland annat ideella föreningar, stiftelser och registrerade trossamfund, men även nätverk, upprop och andra aktörer.²³

Ideella organisationer kan fungera som opinionsbildare och ta initiativ till att begränsa tillgången till alkohol, narkotika, tobaks- och nikotinprodukter eller andra substanser samt spel om pengar. Ideella organisationer kan även erbjuda sociala mötesplatser och arenor där både barn och vuxna befinner sig och kan bidra med att såväl inhämta som sprida kunskap i ANDTS-frågor. Vidare kan civilsamhället identifiera och uppmärksamma trender och ojämlikheter som är avgörande för att uppnå en mer jämlik hälsa i befolkningen.

Flera av Sveriges skyddade boenden som tillhandahåller platser för heldygnsvistelse avsedda för personer som behöver insatser i form av skydd mot hot, våld eller andra övergrepp tillsammans med andra relevanta insatser, drivs av ideella föreningar. Enligt Socialstyrelsens kartläggning av skyddade boenden 2020, drevs cirka 54 procent av dessa i ideell regi, och då typiskt sett av kvinnojourer.[6]

Föreskrifter, kunskapsstöd, riktlinjer och rekommendationer

Det finns både föreskrifter, riktlinjer och andra kunskapsstöd som berör vård och stöd för flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroende och som avser våldsutsatthet. Utöver det stöd som Socialstyrelsen tar fram på nationell nivå, finns även annat stöd som tas fram av kommuner och regioner. Nedan redogör vi närmare för olika typer av stöd.

Internationella riktlinjer för flickor och kvinnor

På den internationella nivån finns riktlinjer för drogprevention och behandling för flickor och kvinnor publicerade av *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC)[7] samt en mini-guide från *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) om vad man bör ta hänsyn till när man planerar medicinska och sociala insatser för kvinnor som använder droger.[8] Både UNODC och EMCDDA betonar

²² Se Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93). s. 312 f.

²³ Se bland annat proposition 2009/10:55. En politik för det civila samhället.

vikten av att fortsätta följa och analysera könsuppdelade data och ytterligare forskning, samt behovet av ett förhållningssätt för prevention och behandling som beskrivs som ”gender aware/gender responsive/women-centered”. Några specifika områden inkluderar insatser för att minimera barriärer och minska stigma, samt insatser för barnomsorg, graviditet, föräldraskap, våld, sexuellt trauma, psykiatrisk samsjuklighet, boende, inkomst och socialt stöd.

Nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd om ANDTS för flickor och kvinnor

Målgruppen för Socialstyrelsens nationella riktlinjer är i första hand beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, såsom politiker, chefstjänstemän och verksamhets- och enhetschefer. Tanken är att riktlinjerna ska användas som ett underlag för beslut om prioriteringar och resursfördelning. På nationell nivå saknas riktlinjer vid skadligt bruk och beroende som specifikt rör målgruppen flickor eller kvinnor. Däremot finns två olika nationella riktlinjer som berör området – riktlinjerna för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor[9], och riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende[10], samt ett kunskapsstöd med rekommendationer vid spel om pengar.[11] Det finns även kunskapsstöd som rör graviditet, förlossning och tiden efter.[12]

Riktlinjer för levnadsvanor samt missbruk och beroende

Riktlinjerna för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor vänder sig till hälso- och sjukvården, och innehåller rekommendationer om åtgärder vid riskbruk av alkohol²⁴, tobaksbruk, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende omfattar skadligt bruk och beroende²⁵ av alkohol och narkotika och vänder sig till både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. De innehåller rekommendationer om bedömningsinstrument, medicinska test, läkemedelsbehandling, psykologisk och psykosocial behandling, psykosociala stödinsatser, behandling vid samsjuklighet och behandling av ungdomar. Spel om pengar ingår inte i riktlinjerna, men det finns däremot ett kunskapsstöd med rekommendationer som gäller stöd, vård och behandling av personer med spelmissbruk eller spelberoende, som vänder sig till professionella inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten i olika verksamheter som möter, utreder och ger vård och behandling till personer med spelproblem.[13]

²⁴ Med riskbruk avses den gräns för alkoholkonsumtion när hälso- och sjukvården bör erbjuda stöd. Gränsvärden för när vården bör erbjuda stöd till personer med skadligt bruk av alkohol är 10 standardglas eller mer per vecka, eller 4 standardglas eller mer vid samma tillfälle en gång i månaden eller oftare.

²⁵ I riktlinjerna används begreppen missbruk och beroende.

Kunskapsstöd avseende graviditet, förlossning och tiden efter

Socialstyrelsens kunskapsstöd, Prekonceptionell hälsa – levnadsvanor före och under graviditet, riktar sig till yrkesverksamma som möter patienter i fertil ålder, till exempel i mödrahälsovården, på ungdomsmottagningar och på vårdcentraler. Kunskapsstödet tar bland annat upp hur olika levnadsvanor påverkar fostrets utveckling och barnets framtida hälsa. För att minska risken för missfall och fosterskador rekommenderas den som är gravid, eller planerar att bli det, att avstå från bland annat alkohol.[14] Även Socialstyrelsens riktlinjer för vården före, under och efter förlossning och basprogrammet för graviditetsövervakning inkluderar rekommendationer kopplade till bruk av alkohol och narkotika.[15]

Föreskrifter och kunskapsstöd som berör våldsutsatta kvinnor med beroendeproblem

Socialstyrelsen har även publicerat ett antal material riktat till professionen inom vård och omsorg med information om våld i samband med missbruk eller beroende. Vidare ska Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:39) om våld i nära relationer tillämpas av socialnämnder och vårdgivare i deras arbete med våld i nära relationer. Föreskriften innehåller bland annat bestämmelser om socialnämndens ansvar för planering och styrning och bestämmelser om hälso- och sjukvårdens och tandvårdens ansvar. Socialstyrelsen har också tagit fram *Våld i nära relationer - Handbok för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården*. Handboken syftar främst till att stödja tillämpningen av HSLF-FS 2022:39 och det övriga regelverk som gäller för socialtjänstens, hälso- och sjukvårdens och tandvårdens arbete med våld i nära relationer. I såväl HSLF-FS 2022:39 som i handboken lyfts personer med missbruk eller beroende fram som en särskilt sårbar grupp som behöver uppmärksammas. Även i LVM - Handbok för socialtjänsten omnämns målgruppens särskilda utsatthet för våld och vikten av att fråga om våldsutsatthet och socialtjänstens ansvar för att möta målgruppens behov lyfts.

Socialstyrelsen har tagit fram materialet *Våld i nära relationer och hedersrelaterat våld - Ett utbildningsmaterial*, som riktar sig till personal inom socialtjänsten som kan komma i kontakt med personer som blivit utsatta för våld i sina nära relationer. I utbildningen finns ett särskilt kapitel om våld mot kvinnor i missbruk eller beroende.

Vidare finns, på Kunskapsguiden.se, ett särskilt tema med rubriken *Om våldsutsatta kvinnor med missbruks- eller beroendeproblem*, som beskriver de särskilda behov som omfattar målgruppen. På sidan lyfts även behovet av särskild kompetens för att möta dessa behov och vikten av samverkan mellan olika aktörer.

Vård- och insatsprogram för mötet mellan personal och vårdtagare

För att öka användningen av evidens- och erfarenhetsbaserad kunskap i mötet mellan personal och individer som är mottagare av vård, tas det också fram nationella vård- och insatsprogram. Detta sker inom ramen för det nationella systemet för kunskapsstyrning avseende hälso- och sjukvården. Innehållet i vård- och insatsprogrammen bygger på nationella riktlinjer och andra kunskapssammanställningar, men är utformade för att möta behovet av kunskap i eller inför mötet mellan personal och vårdtagare. Ett sådant program är det nationella vård- och insatsprogrammet för missbruk och beroende. Utöver rekommendationer vid graviditet innehåller vård- och insatsprogrammet inte några rekommendationer som specifikt riktar sig till flickor och kvinnor. Det finns även rekommendationer kopplat till våld i nära relationer och sex mot ersättning.[16]

Yrkesresan

Yrkesresan är ett koncept för introduktion och kompetensutveckling för socialtjänstens medarbetare, och är ett samarbete mellan Sveriges kommuner och regioner (SKR), Socialstyrelsen och Regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS). Idag har nästan 95 procent av landets kommuner valt att ansluta sig till Yrkesresan för barn och unga och ett arbete med att ta fram en Yrkesresa för skadligt bruk och beroende har nyligen påbörjats. Båda Yrkesresorna kan utgöra viktiga koncept för att nå ut med kunskaper om de särskilda behov som omfattar flickor och kvinnor med skadligt bruk och beroende, inklusive den förhöjda risken för våldsutsatthet och insatser för att upptäcka och ge stöd vid våldsutsatthet.

Kunskap om flickor och kvinnor med skadligt bruk och beroende

Detta kapitel innehåller en beskrivning av droganvändning, riskbruk, skadligt bruk och beroende bland kvinnor och män, baserat på olika nationella enkätundersökningar. Vi redogör även för aktuell kunskap om vård- och stödbehov som omfattar målgruppen flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroende. Redogörelsen av kunskapsläget baseras på såväl internationella som nationella systematiska översikter, inklusive nationella vetenskapliga artiklar, enkätstudier och rapporter. Kapitlet är tänkt att utgöra en kunskapsbakgrund i relation till annan, inom uppdraget, inhämtad kunskap.

Könsskillnader relaterat till bruk

Ett antal olika enkätundersökningar visar att det generellt sett är vanligare både att män använder och att de har ett skadligt bruk eller beroende av alkohol och andra droger, än att kvinnor har det. Det gäller även förekomsten av spelproblem. Men skillnaderna mellan könen är som regel mindre i yngre åldrar, och varierar mellan olika substanser.

Alkohol

I Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät *Hälsa på lika villkor* avseende 2022, var det totalt 16 procent av befolkningen 16–84 år som uppgav att de hade en riskkonsumtion av alkohol²⁶. [17] Andelen var högre bland män (18 procent) än bland kvinnor (14 procent), och skillnaden kvarstod också när hänsyn togs till ålder, utbildningsnivå, födelseland och län. Könsskillnaden har dock minskat under perioden 2006–2022 och i åldersgruppen 16–29 år är andelen flickor med riskkonsumtion densamma som för pojkar. [18]

År 2021 var det 4,4 procent av männen och 3,1 procent av kvinnorna i åldrarna 17–84 år som hade ett alkoholberoende²⁷, och 13 respektive 9,4 procent som hade ett mildt, måttligt eller svårt alkoholbrukssyndrom²⁸. [19] Andelen med alkoholberoende var högre bland män i samtliga

²⁶ Med riskkonsumtion avses i det här fallet en självskattad konsumtion av alkohol som indikerar en förhöjd risk för alkoholrelaterade skador och sjukdomar. Screeningtestet AUDIT-C används, som är en kortvariant av AUDIT. AUDIT utvecklades av Världshälsoorganisationen (WHO) som ett verktyg att tidigt kunna upptäcka personer med riskkonsumtion av alkohol. AUDIT-C består av tre frågor om hur ofta man dricker, hur mycket man dricker en typisk dag då man dricker, samt hur ofta man dricker mer än sex glas vid ett och samma dryckestillfälle, och mäter risken för såväl kroniska som akuta skadeverkningar. Utifrån svaren på de tre frågorna skapas en summapoäng; män med 6 poäng eller fler och kvinnor med 5 poäng eller fler är i riskzonen för att få, eller har redan fått, negativa fysiska, psykiska eller sociala konsekvenser av sin konsumtion.

²⁷ Alkoholberoende enligt diagnosmanualen DSM-IV.

²⁸ Alkoholbrukssyndrom enligt diagnosmanualen DSM-IV är en sammanslagning av de tidigare diagnoserna missbruk och beroende enligt DSM-V.

åldersgrupper, med undantag för gruppen 17–29 år, där den var något lägre för män jämfört med kvinnor. Detsamma gällde andelen kvinnor och män med någon form av alkoholbrukssyndrom.[20] Antalet gravida som har ett riskbruk eller risk för beroende av alkohol minskar sedan 2019. Av de 93 procent gravida kvinnor som screenades med AUDIT²⁹ var det 3,1 procent som visade på riskbruk eller risk för beroende av alkohol under 2022.[21]

2023 var det vanligare att flickor hade druckit alkohol de senaste 12 månaderna, 43 procent av flickorna jämfört med 34 procent av pojkarna i årskurs 9, och 73 procent av flickorna jämfört med 68 procent av pojkarna under andra året på gymnasiet. Däremot ligger den genomsnittliga konsumtionen på ungefär samma nivå för flickor och pojkar som dricker i årskurs 9, och är något högre bland pojkar än bland flickor under år 2 på gymnasiet. Det är inte heller någon stor skillnad i andel av dem som uppger intensivkonsumtion³⁰. [22]

Av den äldre delen av befolkningen är det fler män än kvinnor med alkoholproblem, men problematiska alkoholanvändningen ökar procentuellt mest bland kvinnorna. Äldre personer tål generellt sett mindre mängder alkohol än yngre personer, vilket kan bero på åldersrelaterade fysiologiska förändringar som bidrar till att ett visst alkoholintag ger en högre nivå av alkohol i blodet hos äldre. Detta gäller i synnerhet äldre kvinnor eftersom kvinnor, oavsett ålder, generellt sett har mindre kroppsmassa än män.[23]

Narkotika/läkemedel

I enkätundersökningen *Hälsa på lika villkor*, 2022, uppgav 2,5 procent av befolkningen 16–84 år att de använt cannabis under de senaste 12 månaderna, och totalt 1,4 procent uppgav att de hade använt annan narkotika än cannabis.[17] Andelen som använt cannabis var högre bland män (3,2 procent) än bland kvinnor (1,8 procent), och det gällde i alla åldersgrupper. Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN) har undersökt användning av både narkotika och läkemedel i befolkningen 17–84 år. Deras undersökning visar att det var 7,1 procent bland kvinnor och 8,6 procent bland män som uppgav att de använt minst ett narkotikaklassat preparat och/eller läkemedel under de senaste 12 månaderna. Vanligast var cannabis (2,3 respektive 4 procent), och näst vanligast var icke förskrivna användning av smärtstillande läkemedel (2,7 respektive 3 procent). Att använda sömn- eller lugnande läkemedel var vanligare bland kvinnor än bland män, 3 procent jämfört med 2 procent. Totalt för både kvinnor och män, var det knappt 2 procent som 2021 uppfyllde kriterierna för substansbrukssyndrom för någon form av narkotika eller läkemedel, med små skillnader mellan

²⁹ AUDIT är ett instrument för att identifiera riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion som har utvecklats av Världshälsoorganisationen (WHO), och finns i svensk översättning.

³⁰ Dricker stora mängder alkohol vid ett och samma tillfälle (minst en flaska vin eller motsvarande).

könen. Den allvarligaste formen av substansbrukssyndrom var dock vanligare bland män.[24]

År 2023 var det 6 procent av pojkarna och 7 procent av flickorna i årskurs 9, och 15 procent av pojkarna och flickorna i år 2 på gymnasiet, som någon gång använt narkotika. Vanligast var användning av cannabis. Det var omkring 10 procent i årskurs 9 och 11 procent i andra året på gymnasiet som någon gång använt narkotikaklassade läkemedel³¹ utan läkarordination, med små skillnader mellan pojkar och flickor.[22]

Folkhälsomyndigheten har nyligen genomfört en särskild skattning av andelen i befolkningen som har ett problematiskt bruk av narkotika, baserad på data från olika register. Med problematiskt bruk avses ett återkommande bruk av narkotika som orsakar faktiska skador för individen, så som beroende eller andra hälsorelaterade, psykiska eller sociala problem, eller ett bruk som ökar risken för att råka ut för sådana skador. Skattningen visar att antalet personer med problematiskt bruk har legat relativt stabilt kring 70 000 personer under åren 2018–2020, vilket kan jämföras med 80 000 personer med problematiskt bruk 2007. Enligt skattningen var fördelningen mellan män och kvinnor relativt jämn 2007, medan skillnaden ökat i senare skattningar. År 2020 fanns det cirka 41 000 män med problematiskt narkotikabruk, medan antalet kvinnor var cirka 30 000.[25]

Spel om pengar

Riskabelt spelande om pengar förekommer bland omkring 4 procent av befolkningen i åldrarna 16–84 år. Spelproblem är vanligare bland män och pojkar jämfört med kvinnor och flickor: 6 procent av männen och 1 procent av kvinnorna har ett riskabelt spelande.[26] Bland elever i årskurs 9 är det 22 procent av pojkarna och 9 procent av flickorna som har spelat om pengar de senaste 12 månaderna. Motsvarande siffror i gymnasiets årskurs 2 är 40 respektive 12 procent. Av de som spelat var andelen med riskabelt spelande³² 5 procent bland pojkarna och omkring 1 procent bland flickorna i grundskolans årskurs 9, och 10 respektive 1 procent i gymnasiets årskurs 2.[22]

Män har alltså spelproblem i större omfattning än kvinnor och spelar generellt sett oftare, för högre insatser och i fler och mer riskfyllda miljöer. Men i de fall kvinnor och män har samma spelbeteende, tenderar de att utveckla spelproblem i lika stor utsträckning.[4] Kvinnor förefaller dock utveckla spelproblem senare i livet och med ett snabbare förlopp från debut till ett problematiskt spelande, jämfört med män [5, 6]. Även spelformen kan skilja sig åt mellan män och kvinnor. Kvinnor tycks exempelvis vara mer

³¹ Receptbelagda sömn- och lugnande läkemedel (bensodiazepiner), smärtstillande läkemedel (opioider) och centralstimulerande medel.

³² För att skatta andelen elever med riskabelt spelande används delar av instrumentet Problem Gambling Severity index (PGSI).

benägna att delta i icke-strategiska och mindre interaktiva spelupplägg, som bingo eller nätbaserade spel, medan män tycks föredra strategiska speltyper, som blackjack eller hasardspel relaterat till sport.[27]

Olika faktorer och omständigheter påverkar flickors och kvinnors behov

Användning av substanser bidrar till negativa konsekvenser och problem, varav några är gemensamma för både kvinnor och män, och några specifika för kvinnor respektive män. Skillnader kopplat till skadligt bruk eller beroende, mellan flickor och kvinnor respektive pojkar och män, kan utgöras av fysiska reaktioner av drogen, vägen in i ett drogberoende samt skillnader i förekomst av psykiatriska diagnoser vid sidan av droganvändningen, så kallad samsjuklighet.[2] Som nämnts ovan är det generellt sett vanligare att män både använder alkohol och andra droger och att de har ett skadligt bruk eller beroende, än att kvinnor har det. Enligt vissa forskningsresultat tenderar dock kvinnor att få mer allvarliga substansrelaterade problem och med ett snabbare förlopp, jämfört med män.[28, 29] Skillnaderna kan bero på både sociokulturella och medfödda biologiska faktorer. Vidare kan riskfaktorer för att utveckla ett skadligt bruk eller beroende knytas till känslomässiga, sociala, psykologiska och ekonomiska aspekter av livet.

Uppväxt, föräldraskap och sociala relationer

Enligt EMCDDA är det vanligare att kvinnor som använder droger saknar socialt stöd, jämfört med män, eftersom de oftare kommer från familjer med en substansmissbruksproblematik eller har en partner som använder droger.[8] Det är även vanligare att kvinnor som söker behandling för skadligt bruk eller beroende har hemmavarande barn som de har ett omsorgsansvar för. En brist på barnomsorgsalternativ kan vara ett hinder för att få tillgång till behandling. Samtidigt kan viljan att bibehålla eller förbättra relationer till sina barn öka motivationen att ta emot hjälp och utgöra en nyckelfaktor på vägen mot ett tillfrisknande.

En sårbarhet utifrån familjesituationen har identifierats som en viktig orsak till skadligt bruk och beroende bland kvinnor [30], och aspekter relaterade till sociala relationer och familjelivet har visat sig vara särskilt utmärkande för just kvinnor med missbruksrelaterade problem.[29] Det finns många anledningar till att flickor och kvinnor utvecklar skadligt bruk och beroende, men det finns en överrepresentation av övergrepp i barndomen hos målgruppen.[31] Internationella studier visar att ungdomar som påbörjar behandling för alkohol- och narkotikaproblem i hög grad har erfarenheter av missförhållanden i barndomen, till exempel i form av fysiska, psykiska eller sexuella övergrepp. Flickor utgör en större andel i den grupp som har en

svårare problematik med besvärligare uppväxtförhållanden, en allvarligare beroendeproblematik och en sämre psykisk hälsa.[32]

Motsvarande bild framträder även i en svensk kontext. Av ungdomarna som var aktuella på Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö 2021 hade mer än 50 procent erfarenhet av problematiska uppväxtvillkor. Det handlade bland annat om ekonomiska svårigheter, substansbruk, psykisk ohälsa eller våld i den nära omgivningen. Problematiska uppväxtvillkor var dock betydligt vanligare bland flickor (70 procent) än bland pojkar (44 procent).[33] Motsvarande könsskillnad, med större förekomst bland kvinnor, när det gäller missbruk, psykiska problem och misshandel eller våld i uppväxtmiljön, återfanns bland personer inskrivna på SiS LVM-hem 2020.[34] Även bland flickor på SiS särskilda ungdomshem är det vanligare med mer konflikter och mindre trivsel i familjen, att ha varit utsatt för fysiska och/eller psykiska övergrepp av en föräldrafigur, ha varit med då en närstående utsatts för våld, eller att föräldrar haft problem med psykiska besvär, alkohol eller narkotika.[35]

ASI (Addiction Severity Index) är en standardiserad och strukturerad intervju för att mäta alkohol- och narkotikarelaterade problem. Intervjun kan användas såväl i utredningsskedet som vid planering och utveckling av vård- och behandlingsinsatser. Instrumentet riktar sig till vuxna personer över 18 år med missbruks- och missbruksrelaterade problem och är främst avsedd för användning i missbruks- och beroendevården och behandlingsforskning. ASI innehåller också rutinfrågor om våld, till exempel om personen utsatts för psykiskt/känslomässigt, fysiskt eller sexuellt våld. Då det är möjligt att aggregera ASI-data på gruppnivå kan instrumentet användas för att få information om olika klientgrupper. Uppgifter från ASI-intervjuer med socialtjänstens klienter från Stockholm, och uppgifter sammanställda för flera av landets kommuner visar att det är vanligare att kvinnor har problem med psykisk hälsa, familj och sociala relationer.[11, 36] Bland män är det istället vanligare med finansiella problem och kriminalitet. I en studie utförd i Stockholm var det också en högre andel kvinnor än män som uppgav som anledning till att inte ha sökt vård tidigare att det inte fanns någon som kunde ta hand om deras barn. En fjärdedel av kvinnorna i åldern 35–49 år hade inte sökt vård på grund av rädsla att förlora vårdnaden om sina barn.[36, 37]

Psykiatrisk samsjuklighet och psykisk ohälsa

Enligt EMCDDA är posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och annan psykisk ohälsa, så som ångest och depression, vanligare bland kvinnor än bland män som använder droger.[8] Samsjuklighet innebär ofta ett sämre hälsotillstånd. Personer med samsjuklighet löper högre risk för följsjukdomar, förekomst av riskfyllt beteende, kriminalitet och sociala problem som exempelvis ensamhet, ökad familjebörda, arbetslöshet och hemlöshet.[38] Samsjuklighet medför även en ökad risk för sämre resultat

vid missbruksbehandling, mot bakgrund av försämrad följsamhet eller avbrott från behandling.[39-42]

Även svenska studier pekar på att psykiatrisk samsjuklighet är vanligare bland kvinnor än bland män. Bland annat har Socialstyrelsen tidigare visat att 65 procent av de kvinnor som vårdats för olika diagnoser kopplade till alkohol och narkotika inom den specialiserade hälso- och sjukvården också har vårdats för minst en annan psykiatrisk diagnos. Motsvarande siffra bland män, var 52 procent. Vanligast är att ha vårdats för ångestsyndrom, depression och ADHD. Skillnaderna i andel som vårdats för olika diagnoser var som regel större bland flickor och pojkar under 18 år än bland äldre kvinnor och män. I åldersgruppen 0–17 år var det en större andel flickor som vårdats för depression, ångest och ät- och sömnstörningar, medan en större andel pojkar vårdats för schizofreni och liknande tillstånd, autism och ADHD.[11] Även för personer som har fått vård för spelberoende är det vanligt med vård för andra psykiatriska diagnoser. Diagnoser kopplade till beroendeframkallande substanser är vanligare bland män, medan depression är vanligare bland kvinnor. Vård för ångest och ADHD är ungefär lika vanligt för båda könen.[11]

Också uppgifter om de personer som skrevs in på SiS LVM-hem 2020 (267 kvinnor och 498 män) visar på liknande skillnader mellan kvinnor och män. Majoriteten av de som skrevs in angav att de hade haft olika hälsoproblem under de senaste sex månaderna innan intagning på SiS, men fler kvinnor än män uppgav att de hade tidigare erfarenhet av både frivillig psykiatrisk vård (68 procent jämfört med 61 procent) och psykiatrisk tvångsvård (28 procent jämfört med 21 procent). Kvinnor angav också i högre utsträckning att de hade olika psykosociala problem, att de hade försökt skada sig själva eller försökt begå självmord.[34] Detta gäller också flickorna på SiS särskilda ungdomshem. Bland flickorna är det en större andel än bland pojkarna som tidigare har fått vård för psykiska eller känslomässiga problem, lider av psykisk ohälsa, avsiktligt har skadat sig och någon gång har försökt ta livet av sig.[35] Även bland unga som 2021 var i kontakt med någon av de så kallade Maria-mottagningarna³³ i Stockholm, Göteborg eller Malmö är det en större andel flickor (39%) än pojkar (17%) som har en pågående kontakt med psykiatrisk vård.[33]

Även andra studier pekar på att det är vanligt med samtidiga psykiska problem bland ungdomar med skadligt bruk eller beroende.[43] Det rör sig om dubbla samband genom att ett skadligt bruk eller beroende både kan öka risken för psykiska problem och utgöra ett sätt att hantera psykiska problem. En svensk intervjustudie med 455 ungdomar³⁴, varav 29% var flickor, som sedan följdes upp med hjälp av officiella register ett år efter påbörjad behandling, visade att psykiska problem bland ungdomar i stor utsträckning

³³ Specialiserade integrerade öppenvårdsmottagningar för barn och unga som använder alkohol eller droger.

³⁴ Medianåldern var 17 år.

kvarstod ett år efter påbörjad öppenvård för substansanvändningsproblem. Studien visade även att flickorna, generellt sett, hade mer omfattande psykiska och psykosociala problem när behandlingen påbörjades och visade även tecken på psykiska problem i högre utsträckning än pojkarna vid uppföljningen.[43]

Behov med anledning av våldsutsatthet

I en svensk undersökning av förekomsten av våldsutsatthet under ett livstidsperspektiv bland kvinnor med skadligt bruk eller beroende, framkom att 91 procent (72 av 79 kvinnor) hade utsatts för olika former av våld från män.[44] I majoriteten av fallen (88 procent) utgjordes förövaren av en före detta partner. I några fall (26 procent) hade våldet utövats av manliga vänner eller bekanta. Majoriteten av kvinnorna (71 procent) rapporterade att de utsatts vid upprepade tillfällen.[27] Undersökningen pekade också på skillnader mellan kvinnor med bostad och hemlösa kvinnor. Nästan hälften av de misshandlade kvinnorna (46%) uppfyllde kriterierna för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), där kvinnor i hemlöshet uppvisade en nästan 4 gånger så hög förekomst av PTSD än de kvinnor som hade en bostad.[27]

Länsstyrelsen i Västmanland genomförde 2021 en enkätstudie där 52 kvinnor med beroendeproblematik besvarade frågor om våldsutsatthet. Mer än hälften av dem hade utsatts för våld av någon de hade en nära relation med och en majoritet av dem hade fått skador som krävt akutvård. Var femte kvinna hade upplevt att en nära anhörig försökt döda dem vid upprepade tillfällen. Var tredje uppgav att de utsatts för sexuellt våld av närstående och att det sker eller har skett kontinuerligt.[45]

Bland de personer som skrevs in på SiS LVM-hem 2020 var det fler kvinnor än män som angav att de utsatts för våld (76% jämfört med 70%), hot (66% jämfört med 49%) eller sexuella övergrepp (60% jämfört med 8%), samt våld, hot eller övergrepp av någon närstående (59% jämfört med 25%).[34] Också bland flickor på SiS särskilda ungdomshem är det vanligare att ha blivit utsatt för psykisk eller fysisk misshandel av partner.[35]

Ett flertal studier har visat att erfarenheter av våld i nära relation (VINR) är vanligt bland kvinnor med skadligt bruk och beroende.[46, 47].[48] [49] Att ha ett beroende kan öka både risken för att utsättas för våld och allvarlighetsgraden av det våld som utövas.[50] Kvinnor med drogproblem löper också högre risk att utsättas för våld i en kontext kopplad till droganvändningen, till exempel i form av våld i nära relationer eller genom att erbjuda sex mot ersättning. Utsatthet för våld är också en betydande riskfaktor för att utveckla drogrelaterade problem.[8]

Globalt och nationellt är VINR känt som ett genomgripande problem med omfattande negativa fysiska hälsoeffekter för kvinnor. Våldet har också nära

koppling till psykisk ohälsa och substansberoende. Däremot är relationen mellan dessa samtidiga problem och hur man bäst kan angripa eller hantera dem ett mindre beforskat område.[49] Även kunskapen om hur VINR vid sidan av substansberoende bäst kan behandlas är begränsad. I vissa fall framstår VINR som en faktor som hindrar behandlingsföljsamhet och ökar risken för återfall bland kvinnor med substansmissbruk.[46, 51] Det finns dock goda exempel på insatser som syftar till att behandla symtom på PTSD och missbruk parallellt och som visar på att integrerade behandlingsprogram kan minska både våldshändelser och substansanvändning.[52]

Sammantaget omfattas kvinnor med skadligt bruk eller beroende av en särskild sårbarhet för manligt våld, vilket har en betydande påverkan på deras hälsotillstånd.[27]

Om behandling riktad till män med skadligt bruk eller beroende och som utövar våld

En svensk studie baserad på data från polisregister och som omfattade 657 män lyfter fram hur risken för allvarligt och dödligt våld kan variera mellan olika våldsutövare.[53, 54] Studien visar att det var vanligare med bland annat missbruk i den grupp av män som hade en större risk att utöva allvarligt eller dödligt våld i nära relationer. Förekomst av missbruk kan också ses som en försvårande omständighet av vissa av behandlarna som arbetar med insatser eller behandling vid våldsutövande.[54] I en rapport från Socialstyrelsen beskrivs behandlingsmetoder i arbetet med våldsutövare, bland annat de oftast använda metoderna i svensk socialtjänst och hälso- och sjukvård.[54] Exempelvis finns metoder som riktar sig till män med missbruksproblem och som utövar våld mot sin partner. Det saknas dock vetenskaplig kunskap om hur verksamma de olika komponenter som återkommer inom förekommande metoder är, vilket innebär att det är okänt vilka komponenter som är nödvändiga för att en behandlingsmetod ska ge effekt. I rapporten betonas därför vikten av forskning för att utveckla sådan kunskap.[54]

Sexuell och reproduktiv hälsa

För kvinnor med beroendeproblematik kan faktorer som rör sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) ha betydelse för sjukdomsförlopp och behandlingsutfall, och omvänt kan även substansanvändningen påverka den sexuella och reproduktiva hälsan. Exempelvis har kvinnor med aktuellt eller tidigare drogberoende en förhöjd risk för bröst- och livmoderhalscancer. Samtidigt är det betydligt färre kvinnor med erfarenhet av drogmissbruk som deltar i screening för bröst- och livmoderhalscancer jämfört med den svenska genomsnittsbefolkningen.[55] En kartläggning av vårdutbudet inom SRHR visar att hälso- och sjukvården inte alltid når ut till alla grupper av människor, och tillgången till lågröskelverksamheter och uppsökande verksamheter inom SRHR-området varierar mellan

regionerna.[56] Störst är skillnaden mellan regionerna när det gäller förekomsten av sådan verksamhet för personer som lever i hemlöshet och/eller missbruk.[56]

För kvinnor med substansberoende kan en graviditet öka motivationen till att delta i behandling. Detta utifrån en önskan om att kunna tillgodose behovet av en trygg omvårdnad av det ofödda barnet genom att försöka genomföra de förändringar som krävs för att uppnå ett gott föräldraskap. Samtidigt kan rädsla för myndigheters inblandning, och stigmatisering minska motivationen. Gravida kvinnor med drogproblematik kan uppleva psykologiska och relationella hinder för att delta i behandling, vilket bland annat omfattar oro över barnets hälsa, rädsla för myndigheters inblandning, stigma och en upplevelse av att relationen med behandlaren är begränsande eller förminskande.[57] På motsvarande sätt kan det bemötande som nyförlösta kvinnor med substansmissbruk upplever inom sjukvården under prenatal vård, förlossning, eftervård och neonatal intensivvård ha betydelse för motivationen att ta emot stöd och vård för beroendet.[58]

Biologiska faktorer kan medföra en ökad risk för mer allvarliga konsekvenser av skadligt bruk. Exempelvis är kvinnor, biologiskt sett, mer mottagliga för sexuellt överförd HIV än män. Dessutom omfattas kvinnor av en högre förekomst av sexuellt överförbara infektioner, exempelvis genitalt herpesvirus, HSV-2, vilket i sig ökar risken för HIV-infektion.[59] Mot bakgrund av detta kan kvinnor som injicerar droger, hypotetiskt sett, vara mer benägna att smittas av hiv än män som injicerar droger.[59] Det finns förebyggande läkemedel, såsom HIV-pre-expositionsprofylax, som har visat sig vara effektivt för att förhindra överföring av HIV från en infekterad person till en som inte är det.[60] Användningen av dessa läkemedel och behandlingsefterlevnaden omfattas dock av ett antal utmaningar när det gäller kvinnor som injicerar droger, som bland annat kan härledas till oförutsägbarheten i droganvändning och tillgången till hälso- och sjukvårdssystemet.[60] När det gäller risken för att smittas av HIV och hepatit C kan den påverkas även av sociala faktorer. Exempelvis tenderar kvinnor som injicerar droger att ha ett starkare riskbeteende i samband med injektionsmissbruk jämfört med män, vilket ökar risken att smittas.

Flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroende löper hög risk för stigmatisering

Stigmatisering kan ha funktionen av att den pekar ut gränserna för det normala, godtagbara och önskvärda i ett samhälle. Ett stigma kan förstås utifrån förekomsten av vedertagna normer och oskrivna lagar där det används för att bland annat marginalisera och skilja ut individer och grupper som upplevs som annorlunda och inte sällan hotfulla eller farliga.[1]

Skadligt bruk och beroende, om det så rör substansberoende eller spel om pengar, kan ofta kopplas till någon form av stigmatisering. Det kan handla om negativa attityder från omgivningen och i vissa fall riskerar stigmat att leda till social utestängning. Det kan också handla om upplevt stigma vilket kan leda till att individer avvaktar med eller avstår från att söka hjälp för sina besvär, av rädsla för att bli stämplade av omgivningen. I förlängningen kan såväl omgivningens som internaliserad stigmatisering leda till att individer som är i behov av socialt stöd och vårdinsatser blir utan.

Stigmatisering kan också förekomma i olika grad beroende på problematik. Exempelvis omfattas personer med skadligt bruk och beroende av alkohol av en högre grad av stigmatisering jämfört med andra grupper i befolkningen och personer med alkoholproblematik löper särskilt stor risk att drabbas av strukturell stigmatisering [61]. Vidare tenderar personer med alkoholberoende mer sällan betraktas som psykiskt sjuka och hålls mer ansvariga för sitt tillstånd jämfört med personer som lider av psykiska störningar som inte är relaterade till substansberoende. Dessutom pekar forskning på att personer med alkoholberoende framkallar mer negativa känslor och omfattas i högre omfattning av ett socialt avvisande från omgivningen.[61]

Att kvinnors användning av rusmedel fördömts hårt moraliskt har blivit belyst inom en rad olika forskningsstudier och ett sådant fördömande ger i sin tur upphov till stigmatisering. För en kvinna som blir stigmatiserad kan det få konsekvenser i form av försämrade livschanser, en dömande attityd från samhället, att erfarenheter, åsikter och kompetenser ogiltigförklaras eller genom att utsättas för ett bemötande präglat av avståndstagande.[1]

Nationell lägesbild för vård och stöd

I detta kapitel beskriver vi den aktuella situationen som rör flickors och kvinnors vårdkonsumtion och insatser till flickor och kvinnor från socialtjänsten vid skadligt bruk och beroende, baserat på kvantitativa data. Vi beskriver också hur framförallt socialtjänsten arbetar med att uppmärksamma våld, och med att erbjuda skyddat boende. Dessutom redogör vi för några exempel på verksamheter som är särskilt inriktade på målgruppen flickor eller kvinnor med skadligt bruk eller beroende, och som har målsättningen att erbjuda vård- och stödinsatser som är anpassade för att möta flickor och kvinnors behov.

Insatser vid skadligt bruk och beroende inom hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården erbjuder medicinsk behandling vid skadligt bruk och beroende, inom både specialiserad öppen och slutenvård³⁵ och inom primärvård. I Socialstyrelsens patientregister finns uppgifter om slutenvården, och om läkarbesök inom den specialiserade öppenvården. Däremot saknas uppgifter om vård som ges av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare i den specialiserade öppenvården³⁶, som till exempel psykologer, sjuksköterskor och kuratorer. Det saknas också uppgifter om den vård som ges i primärvården, exempelvis via vårdcentraler, mödravårdscentraler, barnvårdscentraler och ungdomsmottagningar. Det innebär att registerdata ger en begränsad bild av antalet personer som får vård för skadligt bruk och beroende, och därmed även skillnader mellan kvinnor och män. Bilden mot bakgrund av den registerdata som finns, visar dock att det är färre kvinnor än män som får vård, med viss variation mellan olika substanser och för olika åldersgrupper. Det är också färre kvinnor än män som vänder sig till de olika stödlinjer som finns.

Telefonlinjer/stödlinjer

Alkohollinjen/alkoholhjälpen och Droghjälpen är telefonlinjer respektive webbsidor som riktar sig till användare, anhöriga och vårdpersonal. De är rikstäckande och erbjuder information, råd och stöd, och drivs av eStöd vid Beroendecentrum Stockholm på uppdrag av Socialdepartementet och Folkhälsomyndigheten. Av dem som, för egen räkning, tog kontakt med alkohollinjen under 2022, var 37 procent kvinnor och 62 procent män. Av de anhöriga som tog kontakt, var 74 procent kvinnor och 24 procent män. Av

³⁵ Insatser i slutenvård avser vård dygnet runt, som kräver inskrivning.

³⁶ För psykiatrisk öppenvård påbörjas insamling av uppgifter om vård som ges även av annan hälso- och sjukvårdspersonal under 2024.

dem som vände sig till Droghjälpen var 36 procent kvinnor och 63 procent män, och motsvarande siffror bland anhöriga som tog kontakt, var 77 procent kvinnor och 22 procent män.[62] Det finns även en stödlinje som vänder sig till personer med problematiskt spelande och deras anhöriga. Stödlinjen erbjuder stöd och råd via webb, chatt och telefon till personer med problematiskt spelande om pengar och deras närstående, och drivs av Centrum för psykiatriforskning på uppdrag av Socialdepartementet. Av dem som vände sig till stödlinjen med anledning av eget problematiskt spelande var 86 procent män, medan kvinnor utgjorde 72 procent av de anhöriga.[63]

Insatser inom specialiserad sjukvård

År 2022 var det närmare 42 700 personer³⁷ som fick vård för alkoholrelaterade diagnoser³⁸ i den specialiserade hälso- och sjukvården. Av dessa var omkring 14 800 kvinnor och 27 900 män. För män och kvinnor totalt sett, var vård för alkoholrelaterade diagnoser vanligast, följt av flera substanser i kombination, opioider, sedativa/hypnotika (lugnande läkemedel), cannabis, andra stimulantia (till exempel amfetamin eller ecstasy), kokain, hallucinogener (exempelvis LSD eller psilocybin) och flyktiga lösningsmedel. Bland kvinnor var det fler som vårdades för diagnoser relaterade till sedativa/hypnotika än för cannabis, medan det var tvärtom bland män. Av samtliga som vårdas, varierar andelen kvinnor i viss mån relaterat till olika substanser, se tabell 1.

Tabell 1. Vård för alkohol- och narkotikadiagnoser 2022

Antal flickor/kvinnor och pojkar/män från 10 år och uppåt, som vårdats med alkoholdiagnos (F10) eller narkotikadiagnos (F11-F16, F18-F19), både huvud- och bidiagnos. Inom parentes anges andel flickor/kvinnor av totalen i procent (%).

	Flickor/Kvinnor	Pojkar/Män	Totalt
	Inom parentes anges andel flickor/kvinnor av totalen i procent (%)		
Alkohol	14 819 (35%)	27 866	42 685
Flera droger i kombination	5 578 (32%)	11 857	17 435
Opioider	3 266 (33%)	6 583	9 849
Sedativa/hypnotika	2 898 (47%)	3 273	6 171
Cannabis	1 468 (28%)	3 822	5 290
Andra stimulantia	1 195 (32%)	2 487	3 682

³⁷ En och samma person kan här räknas mer än en gång, om personen har fått vård inom både öppen och slutenvård.

³⁸ F10 i diagnosmanualen ICD-10, vilket bland annat inkluderar skadligt bruk, beroende, akut intoxikation och abstinens.

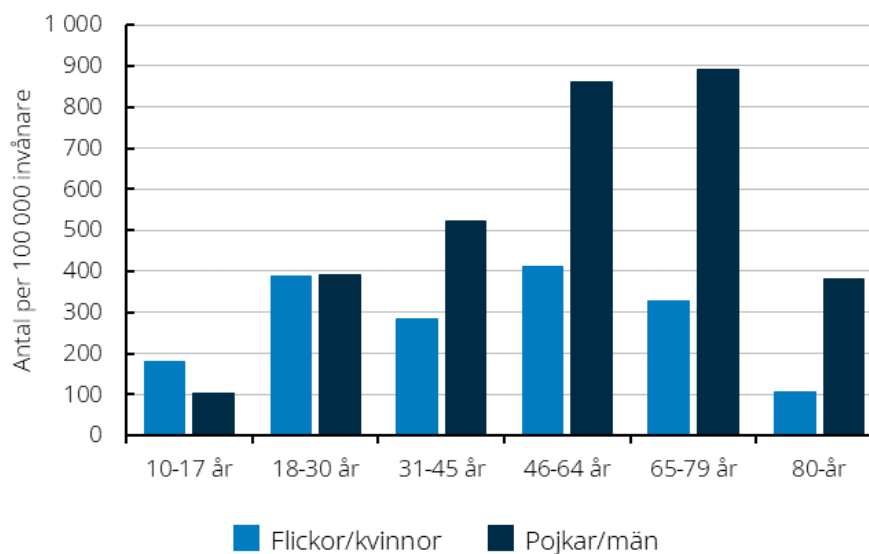
	Flickor/Kvinnor	Pojkar/Män	Totalt
	Inom parentes anges andel flickor/kvinnor av totalen i procent (%)		
Kokain	294 (24%)	920	1 214
Hallucinogener	106 (33%)	211	317
Flyktiga lösningsmedel	74 (48%)	81	155

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

I diagram 1 redovisas antal per 100 000 personer som har fått vård för alkoholrelaterade diagnoser, uppdelat på kön och olika åldersgrupper. Som framgår av figuren är antalet per 100 000 invånare som har fått vård för alkoholdiagnoser betydligt lägre bland kvinnor än bland män i alla åldersgrupper, utom de två yngsta (10–17 år och 18–30 år).

Diagram 1. Vård för alkoholdiagnoser 2022

Antal flickor/kvinnor och pojkar/män som vårdats för alkoholdiagnos (F10) per 100 000 invånare i respektive åldersgrupp

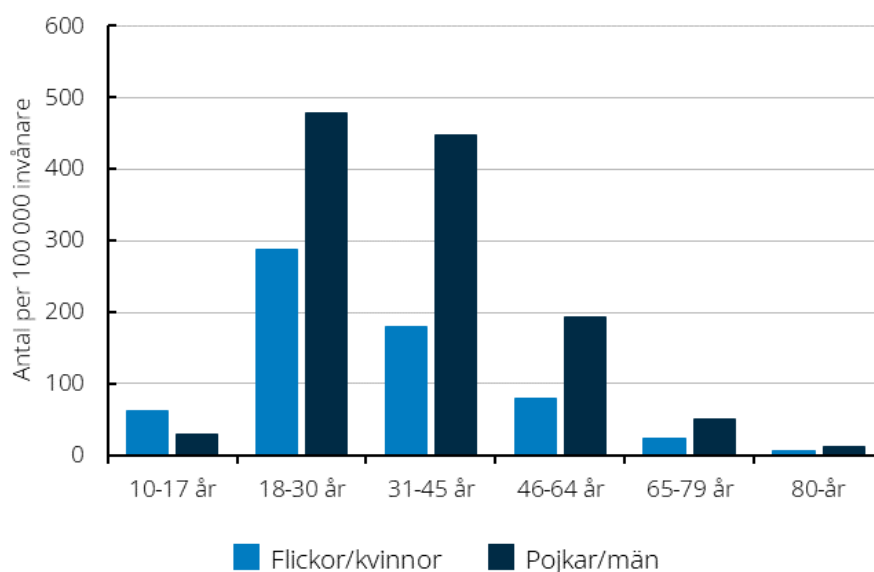


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

När det gäller vård för flera substanser i kombination är antalet per 100 000 invånare som har fått vård lägre bland kvinnor än bland män i alla åldersgrupper, utom i den allra yngsta (10–17 år), se diagram 2. Detsamma gäller vård för opioiddiagnoser. Vård för opioiddiagnoser är också något vanligare bland kvinnor i den allra äldsta åldersgruppen (80 år och äldre), se diagram 3.

Diagram 2. Vård för flera droger i kombination 2022

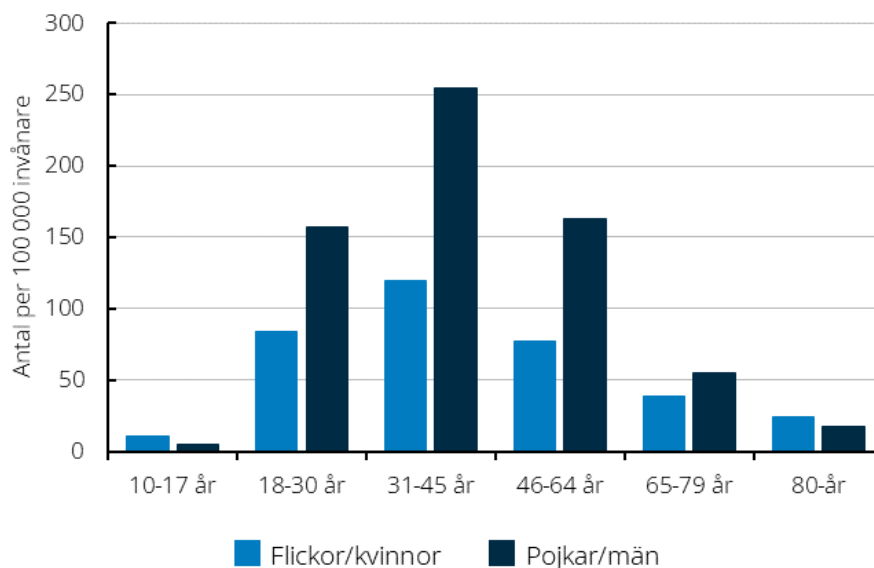
Antal flickor/kvinnor och pojkar/män som vårdats för flera droger i kombination (F19) per 100 000 invånare i respektive åldersgrupp



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Diagram 3. Vård för opioiddiagnoser 2022

Antal flickor/kvinnor och pojkar/män som vårdats för opioiddiagnoser (F11) per 100 000 invånare i respektive åldersgrupp



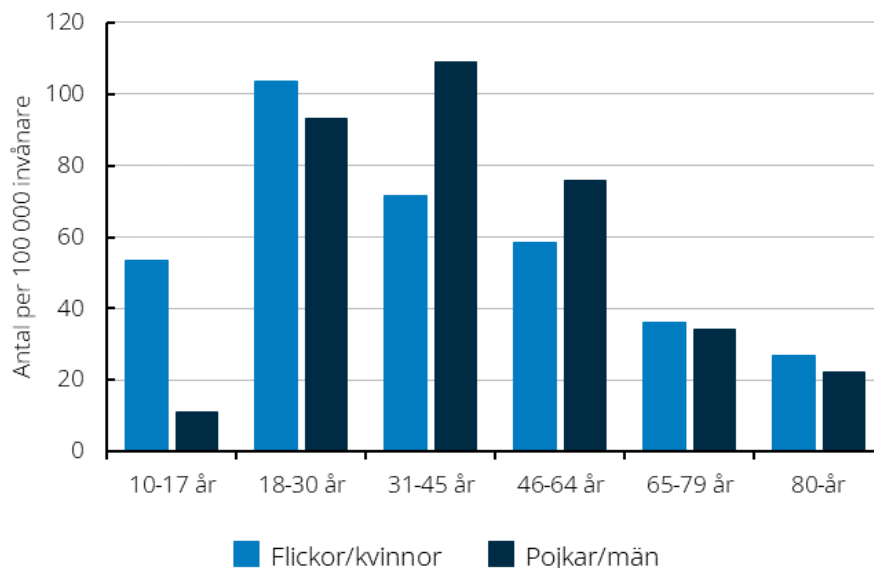
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

När det gäller antalet personer som har fått vård för sedativa/hypnotika ser mönstret annorlunda ut. Det är något fler kvinnor än män per 100 000 invånare som har fått vård med undantag för åldersgrupperna 31–45 år och 46–64 år (diagram 4). Slutligen vad gäller cannabis är antalet per 100 000

som har fått vård större bland pojkar/män än bland flickor/kvinnor i alla åldersgrupper³⁹ (diagram 5).

Diagram 4. Vård för sedativa/hypnotika 2022

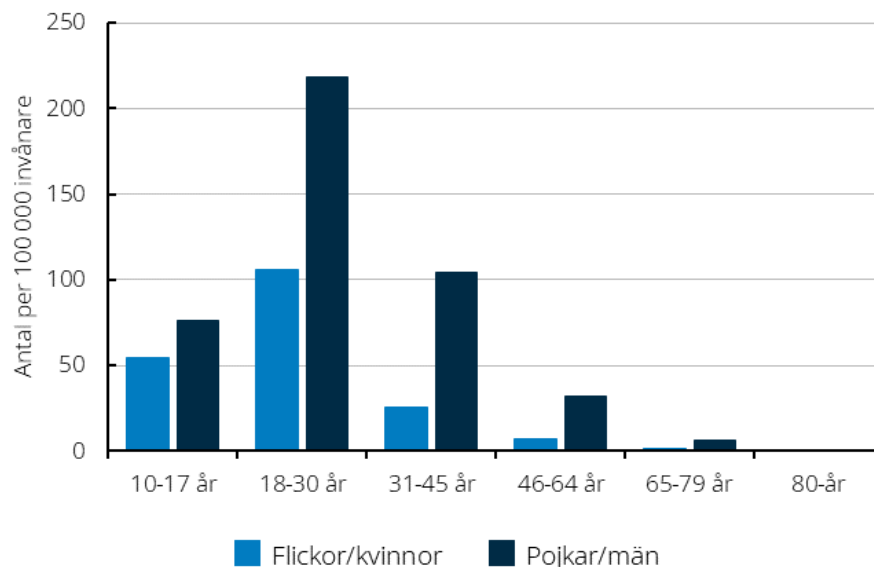
Antal flickor/kvinnor och pojkar/män som vårdats för sedativa/hypnotika (F13) per 100 000 invånare i respektive åldersgrupp



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Diagram 5. Vård för cannabisdiagnoser 2022

Antal flickor/kvinnor och pojkar/män som vårdats för cannabisdiagnoser (F12) per 100 000 invånare i respektive åldersgrupp



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

³⁹ På grund av inga eller små tal redovisas inte den äldsta åldersgruppen i diagrammet.

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO)

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende syftar till att bland annat förebygga återfall, förbättra social funktion och att minska medicinska komplikationer, smittspridning och dödlighet.[10] Hälso- och sjukvården bör enligt de nationella riktlinjerna erbjuda läkemedelsassisterad behandling med kombinationen buprenorfin-naloxon eller metadon och kan erbjuda buprenorfin till personer med opioidberoende.[10] Cirka hälften av både kvinnor och män som vårdats för opioidberoende har inom 12 månader efter vårdtillfället hämtat ut buprenorfin-naloxon, metadon eller buprenorfin, enligt uppgifter om uthämtade läkemedel från Läkemedelsregistret.[64] Men utöver de läkemedel på recept som hämtas ut, så lämnar hälso- och sjukvården också ut läkemedel vid LARO-mottagningarna, så kallade rekvisitionsläkemedel. Andel rekvisitionsläkemedel har ökat över tid, vilket gör att det blir allt svårare att följa insatsen enbart genom läkemedelsregistret.[11]

Sprututbytesverksamheter

Sprututbytesverksamheternas syftar till att förebygga hivinfektion och andra blodburna infektioner bland personer som missbrukar narkotika.

Sprututbytesverksamhet ska bedrivas på ett sådant sätt att den enskilde kan motiveras för vård och behandling.⁴⁰ Många verksamheter erbjuder lättare somatisk vård då exempelvis infektioner, bölder och dylikt är vanligt förekommande. Många arbetar också aktivt med att erbjuda eller underlätta tillgång till hepatit C behandling. Utbildningsinsatser, utdelning och påfyllning av naloxon är också väletablerat.[65] En region som vill starta sprututbytesverksamhet måste ansöka om tillstånd hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO).⁴¹ Av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2007:2) om utbyte av sprutor och kanyler till personer som missbrukar narkotika, framgår att regionen årligen ska inkomma med en verksamhetsberättelse till IVO.⁴² Enligt de senast sammanställda uppgifterna från verksamhetsberättelserna⁴³ var det sammanlagt 5 916 personer⁴⁴ som besökte verksamheterna, varav omkring 30 procent var kvinnor.

Integrerade verksamheter för barn och unga

Ungdomar med problem relaterade till alkohol och andra droger erbjuds, i vissa regioner, hjälp på specialiserade öppenvårdsmottagningar som bedrivs i samverkan mellan region och kommuner. På mottagningarna erbjuds vanligtvis stöd från till exempel läkare, sjuksköterskor, psykologer, och kuratorer. De flesta mottagningarna erbjuder psykosocial och medicinsk

⁴⁰ Se 1 § lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler.

⁴¹ Se 1 § lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler.

⁴² Se 13 § HSLF-FS 2007:2.

⁴³ Avser 2021, för 2022 saknas verksamhetsberättelser från tre regioner.

⁴⁴ En och samma person kan ha besökt mer än en verksamhet, och därmed räknas flera gånger.

bedömning kring alkohol och droger, drogtester, individuell eller familjeterapeutisk behandling samt manualbaserade behandlingsprogram. Enligt 1177 Vårdguiden fanns det i januari 2023 totalt 54 mottagningar i regionerna Stockholm, Västra Götaland, Skåne, Östergötland, Örebro och Gotland.[21] En uppföljning av mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö visar att den genomsnittliga åldern för vårdkontakt är 17 år, och att omkring 30 procent är flickor. Cannabis är den vanligaste drogen bland både pojkar och flickor.[33]

Insatser vid skadligt bruk och beroende inom socialtjänsten

Inom socialtjänsten erbjuds både behandling i öppenvård och heldygnsvård, samt olika stödinsatser som exempelvis boendeinsatser. Heldygnsvården kan vara frivillig eller ske med tvång. När det gäller barn och unga finns inte på samma sätt som för vuxna uppgifter om insatser kopplade till missbruksproblem. Socialtjänststatistiken för barn och unga beskriver öppna insatser totalt, oavsett anledning till insats. Inte heller för frivilliga placeringar utanför hemmet (i familjehem, hem för vård eller boende, HVB, eller stödboende) finns det uppgifter om orsak till placeringen.

Frivillig vård för vuxna

Den 1 november 2022 fick närmare 19 500 personer 21 år och äldre⁴⁵ någon form av frivillig insats för missbruksproblem från socialtjänsten (se tabell 2 nedan).⁴⁶ Därtill var det under år 2022 närmare 700 personer som fick insatser på grund av spel om pengar. Drygt 150 av dessa 700 var kvinnor, vilket motsvarar en andel på 22 procent.

Av tabell 2 framgår att den vanligaste insatsen vid övriga missbruksproblem var individuellt behovsprövade öppna insatser. Exempel på öppna insatser är motiverande samtal och psykosocial behandling för missbruk och beroende. Två tredjedelar av de som fick öppna insatser var män. Öppna jämförelser visar att de flesta kommunerna kan erbjuda minst en av de manualbaserade psykosociala behandlingsinsatser som rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, men långt ifrån alla kan erbjuda mer än en behandlingsmetod. Vanligast är metoderna Community Reinforcement Approach (CRA), 12-stegsbehandling och Motivational Enhancement Therapy (MET).[66]

Mer än 6 000 personer fick den 1 november 2022 bistånd som avser boende. Det kan till exempel handla om en plats i ett kategoriboende, en försökslägenhet eller ett socialt kontrakt. Av de personer som fick boendeinsatser var närmare tre fjärdedelar män. Drygt 1 700 personer fick

⁴⁵ En och samma person kan få flera olika insatser, och förekomma på flera rader i tabellen.

⁴⁶ Uppgifterna inkluderar inte insatser vid spel om pengar.

heldygnsvård (frivillig institutionsvård, familjehemsvård eller LVM-vård i annan form⁴⁷) den 1 november 2022, varav tre fjärdedelar var män.

Tabell 2. Samtliga frivilliga vård- och stödformer den 1 november 2022 för personer med missbruk

Antal och andel kvinnor och män 21 år och äldre.

Vård- eller stödform	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	%
Individuellt behovsprövade öppna insatser	3 747	33	7 613	67	11 360	100
Bistånd som avser boende	1 692	26	4 711	74	6 403	100
Heldygnsvård, varav:	403	24	1 311	76	1 714	100
Frivillig institutionsvård	375	23	1 233	77	1 608	100
Familjehemsvård SoL och 27 § LVM	28	26	78	74	106	100

Källa: Socialstyrelsen, Individ- och Familjeomsorg. Lägesrapport 2024, baserat på uppgifter om mängdstatistik avseende missbruk, Socialstyrelsen

Under 2022 var det sammanlagt 4 445 män och 1 607 kvinnor som någon gång var placerade i frivillig institutionsvård. Det genomsnittliga antalet vårddygn var 101 för män och 94 för kvinnor⁴⁸.

Enligt IVO:s Omsorgsregister fanns det i januari 2024 totalt 165 aktiva verksamheter med HVB-tillstånd⁴⁹ som tar emot personer från 18 år och uppåt, och vars målgrupp inkluderar missbruk/beroende och/eller samsjuklighet⁵⁰. Av dessa 165 verksamheter tar 31 enbart emot män, 15 enbart kvinnor och 119 tar emot både kvinnor och män. Inriktning för verksamheternas innehåll för de 15 verksamheter som enbart tar emot kvinnor framgår av tabell 3 nedan.

Tabell 3. HVB-verksamheternas inriktning

Inriktning för verksamhetens innehåll enligt IVO:s Omsorgsregister 2024 för verksamheter enligt SoL 7.1.1. Hem för vård eller boende (HVB)

Inriktning verksamhetens innehåll	Antal
Alkohol, Annat missbruk	1
Missbruk	4
Missbruk, Samsjuklighet	1
Narkotika, Alkohol	1

⁴⁷ Inskrivna i LVM-vård men vistas utanför institutionen och vårdas i öppnare former, till exempel på HVB eller bor hemma och deltar i öppenvårdsinsatser.

⁴⁸ Uppgifter hämtade från Socialstyrelsens statistikdatabas 2024-03-08.

⁴⁹ Tillstånd eller anmälan om verksamhet enligt SoL 7.1.1.

⁵⁰ Missbruk och annan sjukdom.

Inriktning verksamhetens innehåll	Antal
Narkotika, Alkohol, Annat missbruk	2
Narkotika, Alkohol, Annat missbruk, Övriga psykosociala problem	1
Narkotika, Alkohol, Missbruk, Annat missbruk, Spel om pengar	2
Psykisk störning, Missbruk, Samsjuklighet	2
Psykisk störning, Narkotika, Alkohol, Samsjuklighet, Neuropsykiatrisk störning, Annat missbruk	1

Källa: IVO:s Omsorgsregister

Tvångsvård för vuxna

Den 1 november 2022 tvångsvårdades 325 personer 18 år och äldre enligt LVM. Totalt under 2022 var det 822 unika personer, varav 294 kvinnor och 528 män, som skrevs ut från LVM-vård. Medianåldern bland LVM-placerade män var 36 år, och 33 år bland kvinnor.[67] SiS har sammanlagt 11 LVM-hem, varav 5 tar emot män och 6 tar emot kvinnor.

Frivillig vård och tvångsvård för barn och unga

Enligt IVO:s Omsorgsregister fanns det i januari 2024 totalt 38 HVB vars målgrupp inkluderar missbruk/beroende och/eller samsjuklighet⁵¹ och som tar emot barn och unga upp till och med 20 år. Av de 38 verksamheterna tar 13 emot pojkar/unga män, 3 flickor/unga kvinnor och 22 båda könen. Utöver dessa HVB har SiS totalt 21 särskilda ungdomshem med 730 platser. Av dessa tar 11 bara emot pojkar, 4 flickor och 6 båda könen. För omkring 70 procent av både pojkar och flickor placerade på SiS ingår missbruk som placeringsorsak.[35]

Socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld vid skadligt bruk eller beroende

Både socialtjänsten och hälso- och sjukvården arbetar med att uppmärksamma skadligt bruk och beroende. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:39) om våld i nära relationer ska socialnämnden fastställa rutiner för när och hur personalen i dess verksamheter ska ställa frågor om våld, för att kunna upptäcka våldsutsatta som behöver stöd och hjälp, barn som bevittnat våld som behöver stöd och hjälp och våldsutövare som behöver insatser för att ändra sitt beteende.⁵² Socialnämnden ska dessutom erbjuda våldsutsatta person insatser, akut och

⁵¹ Missbruk och annan sjukdom.

⁵² Se 2 kap. 4 § HSLF-FS 2022:39.

på kort och lång sikt, med utgångspunkt i behov av skydd, stöd och hjälp. Det kan bland annat handla om information och råd, stödsamtal, hjälp att ordna stadigvarande boende och stöd i föräldraskap.⁵³ När det gäller hälso- och sjukvården så ska vårdgivare fastställa rutiner för när och hur personalen i dess verksamheter ska ställa frågor om våld för att kunna upptäcka våldsutsatta och barn som bevittnat våld som behöver vård.⁵⁴

Att uppmärksamma våld

Att både kommuner och regioner brister i regelefterlevnad i arbetet relaterat till våldsutsatthet och våld, visar den tillsyn som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomfört under 2024.[68] 201 av kommunernas socialnämnder (69 procent) och 431 av regionernas vårdcentraler (38 procent) uppger att de inte följer samtliga regler i föreskriften HSLF-FS 2022:39, eller att de inte vet om de gör det. Av uppgifter som lämnats från regionerna framgår att 431 av 1136 vårdcentraler (38 procent) har brister i följsamhet till minst en regel i föreskriften och att 24 vårdcentralerna inte följer, eller inte vet om de följer, några alls av reglerna. Vidare visar tillsynen att 66 kommuner (23 procent) antingen saknar rutiner eller inte vet om de har sådana för när och hur personalen ska ställa frågor om våld för att upptäcka våldsutsatta som behöver stöd och hjälp. 91 kommuner (31 procent) saknar eller vet inte om de har rutiner för att ställa frågor för att upptäcka barn som bevittnat våld som behöver stöd och hjälp. 124 kommuner (43 procent) saknar eller vet inte om de har fastställda rutiner för när och hur personalen ska ställa frågor om våld för att upptäcka våldsutövare som behöver insatser för att ändra sitt beteende.[68] Uppgifterna stämmer i stort överens med tidigare tillsyner och kartläggningar inom området. Bland annat visade Socialstyrelsens kartläggning från 2018, att majoriteten av undersökta verksamheter inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården inte ställde rutinmässiga frågor till vuxna om våldsutsatthet eller våldsutövande.[69] Det var vanligare att frågor ställdes på indikation. Rutinmässiga frågor var vanligast inom mödravården där 86 procent av verksamheterna tillfrågade samtliga eller vissa patientgrupper. Inom beroendevården var motsvarande andel 37 procent. Frågor om våldsutövande var mindre vanligt än frågor om våldsutsatthet och rutinmässiga frågor ställdes endast i 12 procent av verksamheterna. Vanligast förekommande var rutinfrågor om våldsutövande inom vuxenpsykiatri och beroendevården (33 procent vardera).[69]

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende rekommenderar användning av instrumenten AUDIT och DUDIT för att identifiera riskfylld eller skadlig konsumtion av alkohol respektive andra droger. Öppna jämförelser av kommunernas myndighetsutövning⁵⁵

⁵³ Se 6 kap. 1 § och tillhörande allmänna råd HSLF-FS 2022:39.

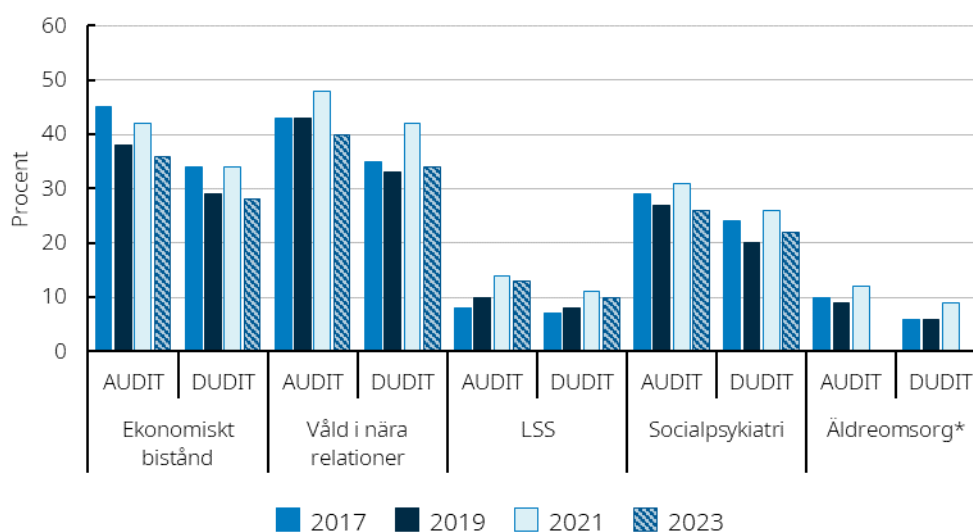
⁵⁴ Se 7 kap. 2 § HSLF-FS 2022:39.

⁵⁵ Motsvarande uppgifter saknas avseende hälso- och sjukvården.

visar att färre än hälften av kommunerna använder AUDIT och DUDIT, men att användningen är störst inom verksamhet för våld i nära relationer (40% av kommunerna använde AUDIT och 34% DUDIT inom våld i nära relationer 2023), se diagram 6 nedan. Omvänt så var det 59 procent av kommunerna som inom sin missbruks- och beroendevård hade en aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld av närstående.[70]

Diagram 6. Användning av AUDIT och DUDIT inom socialtjänstens myndighetsutövning, 2017–2023

Antal kommuner/stadsdelar som använder AUDIT och DUDIT inom ekonomiskt bistånd, våld i nära relationer, LSS-vuxen, socialpsykiatri och äldreomsorgen av antal kommuner/stadsdelar som besvarat enkäten, procent



* Uppgift saknas för 2023

Källa: Socialstyrelsen, Lägesbild 2024. Uppföljning av ANDTS-strategins mål avseende vård och omsorg, baserat på uppgifter hämtade från kommunenkäten, Öppna jämförelser för socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen

Socialstyrelsens förstudie om behovet av stöd riktat till professionella inom socialtjänsten

Under 2023 har Socialstyrelsen genomfört en förstudie⁵⁶ för att ta reda på om det finns behov av ytterligare kunskapsstöd för att stärka socialtjänstens förmåga att uppmärksamma våldsutsatthet och våldsutövande hos personer med beroendeproblematik. Inom ramen för förstudien genomfördes intervjuer, workshops och hearings, bland annat med chefer och handläggare inom socialtjänsten i olika kommuner och med Socialstyrelsens råd för missbruks- och beroendefrågor.

Respondenterna i förstudien, både professionella och brukare, anser att frågor om våld behöver ställas till personer som har ett skadligt bruk och

⁵⁶ Socialstyrelsens förstudie. Stärka socialtjänstens förmåga att uppmärksamma våldsutsatthet och våldsutövande hos personer med missbruk/beroende, Dnr. 24864/2023.

beroende och att det är lämpligt att detta görs till en rutin. Flera av intervjupersonerna från socialtjänsten beskriver att de anpassat sina arbetssätt efter detta och att målsättningen är att frågor om våldsutsatthet ska ställas till alla i målgruppen. Hur långt de kommit i implementeringen av detta ser dock olika ut. Medvetenheten om den särskilda sårbarheten och våldsutsattheten förefaller emellertid vara hög.

Få av de intervjuade från socialtjänsten uppger att de ställer frågor om sexuellt våld och sex mot ersättning. Anledningen till detta uppges vara att frågorna uppfattas som än mer känsliga än frågor om annat våld och flera upplever att de är trevande i hur det kan göras på ett bra sätt. Vidare framförs önskemål om stöd relaterat till detta. Därtill framkommer att det finns en ännu större osäkerhet i vilka insatser som i så fall skulle kunna erbjudas. Mot bakgrund av förstudien tycks det inte vara lika förankrat att socialtjänsten ställer frågor om våldsutövande jämfört med frågor om våldsutsatthet, även om det finns en medvetenhet om behovet. Vidare var uppfattningen att det finns jämförelsevis lite forskning och kunskaper om faktiska arbetssätt för att uppnå positiva resultat, i synnerhet när det gäller personer med skadligt bruk och beroende.

Sammantaget, rörande alla former av våld, lyfts vikten av att socialtjänsten behöver ha en förmåga att agera på svaret. I annat fall uppfattas frågan inte som meningsfull. Såväl professionella och brukare som forskning är eniga om att det i nuläget finns brister i detta, både i det skydd och det stöd som erbjuds målgruppen. Förstudien visar också att anställda i socialtjänsten som arbetar med beroendefrågor ser utmaningar med att hitta kunskapsstöd som rör våldsutsatthet eller våldsutövande, då dessa ofta inte finns publicerade i anslutning till de av Socialstyrelsens material som handlar om skadligt bruk och beroende.

Kartläggning av skyddade boenden

Socialstyrelsens kartläggning av skyddade boenden från 2020 innehåller en översyn av tillgängligheten på skyddade boenden, som bland annat beskriver tillgängligheten för personer med beroendeproblematik.[6] Av kartläggningen framgår att de skyddade boendena har svårt att ta emot personer med behov av annat stöd än vad som kan erbjudas på boendet, som till exempel vid aktivt missbruk. Endast 22 procent av boendena uppger att de kan ta emot våldsutsatta personer med beroendeproblematik. Beroendeproblematik är också det område där lägst andel skyddade boenden (36 procent) anser att de har tillräcklig kompetens. Socialsekreterare som intervjuas i kartläggningen beskriver att för att få hjälp till skyddat boende behöver kvinnan vara fri från missbruk, vilket innebär att hon måste klara sig igenom en period av avgiftning där hon behöver vara mycket motiverad för att inte åter hamna i missbruk och beroende. Kvinnorna sägs också vara svåra att placera eftersom de kan utgöra en säkerhetsrisk för andra, exempelvis på grund av kriminalitet eller att de röjer sin egen identitet och

identiteten för andra som bor skyddat. Det beskrivs finnas få ”lågtröskelboenden” enbart för kvinnor. Det kan finnas boenden som tar emot både kvinnor och män men då finns en risk att kvinnorna utsätts för våld på dessa ställen. Socialsekreterarna anser inte att det är de skyddade boendena som ska behandla beroendeproblematiken. Ett skyddat boende betraktas som ett tillfälligt boende för att komma undan en akut situation och ingen långsiktig lösning. De menar att det behövs behandlingshem eller behandlingsverksamheter med kompetens både när det gäller beroende och våld för att hantera en sådan problematik. Respondenterna anser att det skulle behövas kombinerade boenden där kvinnan inte behöver välja mellan behandling av beroende och kompetens om våld.

Sedan april 2024 har kommunerna ett förtydligat ansvar att se till att det finns tillgång till skyddade boenden som ska uppfylla krav på god kvalitet för den målgrupp som boendet tar emot.⁵⁷ Detta innebär att kommunen behöver kunna tillhandahålla skyddade boenden med olika utformning. Skyddsaspekter, inriktning och kompetens utifrån individuella behov hos enskilda och grupper är exempel på aspekter som kommunen kan behöva överväga vid säkerställandet av tillgången till skyddat boende. Exempelvis anges att våldsutsatta personer i pågående missbruk inte bör tas emot tillsammans med barnfamiljer.⁵⁸

Skade- och dödsfallsutredningar pekar på allvarliga brister

I Socialstyrelsens skade- och dödsfallsutredningar framkommer vissa brister i samhällets skyddsnät när det gäller vuxna som brottsoffer.[71] I de utredningar som rörde vuxna omfattades, under perioden 2022–2023, 41 ärenden med sammanlagt 43 brottsoffer och 41 gärningspersoner. Av dessa hade 35 brottsoffer dödats och 8 utsatts för försök till mord eller dråp. Utredningen visar att en majoritet av brottsoffer och gärningspersoner hade haft kontakt med minst en samhällsaktör året före det aktuella brottet. Trots att det ofta fanns faktorer som innebär en förhöjd risk för våld, som exempelvis skadligt bruk/beroende eller separation, ställdes sällan frågor om våldsutsatthet och våldsutövande av samhällsaktörerna. Som en följd av att våldet inte upptäcktes, erbjöds heller inte något skydd och stöd. Även i de utredningar av ärenden där barn har dödats eller utsatts för försök till dödligt våld förekommer brister i samhällets skyddsnät som kan kopplas till förekomst av skadligt bruk eller beroende, såsom att psykiatrin inte remitterar ärenden till beroendevården, trots uppgifter om exempelvis substansbruk och tidigare cannabisutlöst psykos.[71]

⁵⁷ 6 kap. 2 § SoL samt 3 kap. 3 § SoL.

⁵⁸ Jfr Prop. 2023/24:31 *Stärkta rättigheter för barn och vuxna i skyddat boende*.

Exempel på arbetssätt och verksamheter för flickor och kvinnor

Inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns det verksamheter som är könseparerade. Som framgår av tidigare avsnitt finns det till exempel ett antal HVB som enbart tar emot flickor eller kvinnor.

Verksamheter som enbart tar emot kvinnor är mindre vanligt inom hälso- och sjukvården. Det finns enligt vår kännedom bara två mottagningar som vänder sig till kvinnor som har problem med alkohol. Men det finns också särskilda mottagningar för gravida med risk- eller skadligt bruk i Stockholm, Göteborg och Malmö. Vissa LARO-mottagningar och sprututbytesverksamheter har också särskilt avsatta dagar/tider för enbart kvinnor, och bemannas med barnmorskor.

Specialistmödravård

Mödravården generellt har en viktig roll i att uppmärksamma familjer med skadligt bruk eller beroende, särskilt gravida. Barnmorskor i mödrahälsovården screenar, inleder motiverande samtal och erbjuder andra insatser.[72] Det finns också ett fåtal mödrahälsovårdsverksamheter som är särskilt inriktade på stöd till barn och föräldrar vid risk- eller skadligt bruk hos mamman under graviditeten.[73]

Exempel: Rosenlunds Mödravårdsteam

Mottagningens uppdrag skiljer sig från traditionell mödravård genom att man arbetar tvärdisciplinärt – utöver barnmorskor har man kuratorer, psykologer och beroendeläkare anställda.

Mottagningen informerar, utreder och förbereder. Kuratorerna är navet på mottagningen, och de har mycket kontakter med socialtjänsten för att försöka hitta stöd och förbereda för barnet. Om det hinns med under graviditeten erbjuder mottagningen återfallsprevention för det skadliga bruket eller beroende. Vid alla besök har man också avsatt 60 minuter, istället för de 20 minuter som gäller vanligtvis inom mödravård.

Sprututbyte

Ett sätt att nå ut med stöd och vård till kvinnor som injicerar droger kan vara att möjliggöra en kontakt med barnmorska i samband med besök på sprututbytesmottagningar.[74] I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2007:2) om utbyte av sprutor och kanyler till personer som missbrukar narkotika finns bestämmelser om bemanning vid sprututbytesverksamheter. Där framgår bland annat att verksamheten i tillräcklig omfattning ska bemannas med läkare som har specialistkompetens i infektionssjukdomar,

socionomer, sjuksköterskor och barnmorskor.⁵⁹ En barnmorska kan erbjuda graviditetstest, preventivmedelsrådgivning och tester för sexuellt överförbara infektioner (STI) samt ta gynekologiskt cellprov och vid behov remittera till en gynekologisk mottagning för undersökning och uppföljning. Barnmorskan kan även förmedla kunskap om sex och samlevnad och bistå vid frågor om sexuella övergrepp, även för män.[74]

Exempel: Studie från sprututbytesverksamhet i Stockholm

En studie baserad på djupintervjuer med tjugo kvinnor som injicerade droger och som deltog i ett sprututbytesprogram, synliggör faktorer som både kan främja eller motverka att kvinnor deltar i sådana program.[75] Behovet av steril injektionsutrustning identifierades som den främsta drivkraften för att gå med i och stanna kvar i sprututbytesprogram. Att delta i ett sådant program ökade dessutom tillgången till flera andra hälsorelaterade tjänster. Den mest uppskattade tjänsten var tjänster för sexuell och reproduktiv hälsa (SRHR), exempelvis tillgång till preventivmedel, screening för livmoderhalscancer och testning av sexuellt överförbara infektioner (STI-testning). Att personalen hade ett respektfullt bemötande var också en bidragande faktor till att vilja delta i programmet. Som hinder för programdeltagande angavs rädsla för att förlora vårdnaden eller umgängesrätten till barnen, svartsjuka och våld hos en manlig partner, en ovilja att vistas i väntrummet och en rädsla för att få positiva HIV/HCV-testresultat. Även praktiska hinder kunde identifieras, bland annat begränsade öppettider och geografiskt avstånd till mottagningen. För att stärka programmet efterfrågades bland annat ytterligare SRHR-tjänster. De flesta kvinnorna föreslog också anpassningar i form av exempelvis speciella öppettider för enbart kvinnor, för att stärka känslan av mottagningen som en säker plats.

⁵⁹ Se 6 och 7 §§ Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2007:2) om utbyte av sprutor och kanyler till personer som missbrukar narkotika.

Beroendevård för kvinnor

Beroendevård inom hälso- och sjukvårdens specialiserade öppenvård sker som regel inte könsseparerat, men det finns två mottagningar för enbart kvinnor, varav en har ett fokus på samsjuklighet och traumabehandling.

Exempel: EWA-mottagningen, Stockholm

Det finns forskning som visar på att könsspecifik behandling som tar särskild hänsyn till psykiatriska, interpersonella och familjära frågor kan ha långsiktigt positiva effekter. Ett sådant exempel är ett behandlingsprogram för kvinnor med alkoholberoende vid EWA-mottagningen i Stockholm.[76] På EWA-mottagningen kan vuxna kvinnor som har problem med alkohol få hjälp. Den är öppen för alla oavsett var i Sverige man bor, men de flesta patienterna kommer från Stockholm län. Grunden i behandlingsutbudet utgörs av provtagning, läkemedel, motiverande insatser och återfallsprevention. Mottagningen erbjuder även psykiatrisk utredning för att behandla parallell psykiatrisk sjukdom, så kallad samsjuklighet, i de fall där det inte redan finns en etablerad kontakt med psykiatri. I dessa fall erbjuds läkemedelsbehandling, psykoedukation (kunskap om olika svårigheter och diagnoser och vad det innebär att ha dem), gruppterapi och individuell terapi. Att prata om våld ingår vid nybesök, och läkare eller psykolog utreder noga traumatiska erfarenhet inklusive våld. Inom ramen för ett forskningsprojekt erbjuder man en integrerad behandlingsform (COPE) för kvinnor med alkoholproblem och PTSD på grund av våldsutsatthet eller andra traumatiska händelser. Kvinnor som säljer sex mot ersättning kan remitteras till MIKA-mottagning och gå där parallellt.

HVB för kvinnor med beroende

Det finns flera HVB som enbart tar emot kvinnor. Ett av dessa arbetar specifikt med beroende, trauma och våldsutsatthet.

Exempel: Behandlingshem med specialisering kring beroende, trauma & våldsutsatthet (tidigare OASEN), Östergötlands Stadsmission

Behandlingshemmet erbjuder heldygnsvård där konsekvenser av våldsutsatthet, psykisk ohälsa och substansberoende behandlas parallellt. På behandlingshemmet arbetar endast kvinnlig personal. Verksamheten utgår ifrån våldet i första hand, och betonar vikten av att se de långtgående konsekvenser som kommer av våldsutsatthet och beroendeproblematiken som en del av dessa. Man har låga trösklar utan krav på drogfrihet eller nykterhet. Verksamheten använder sig av COPE som behandlingsmetod, men med fler sessioner än vad som annars är vanligt (20–30 istället för 12–15). Själva sessionerna kräver nykterhet, men inte tiden däremellan. Personalens uppfattning är att det är bättre att komma igång med en behandling även om den blir mer utdragen till följd av fortsatt droganvändning, än att den inte kommer igång alls.

Resultat av intervjuundersökning

I detta kapitel redogör vi för erfarenheter av vård och stöd som flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroendeproblematik har. Vidare beskrivs vilka specifika behov och omständigheter som kan kopplas till målgruppen och de insatser som erbjuds, såsom upplevelsen av tillgänglighet och bemötande, eventuella hinder för att få tillgång till vård samt tankar om hur vården skulle kunna anpassas för att bättre möta målgruppens behov. Flickornas och kvinnornas berättelser följs av verksamhetsföreträdarens bild av samma områden.

Flickors och kvinnors upplevelser

Nedan redogörs för upplevelser av vård och stöd vid skadligt bruk och beroende, baserat på intervjuer med flickor och kvinnor med egen erfarenhet.

Kvinnors behov och upplevda könsskillnader

De flickor och kvinnor som medverkat i intervjuer lyfter fram behov som omfattar kvinnor med beroendeproblematik och det som intervjupersonerna ser som särskilt utmärkande för just kvinnor med drogproblematik är behovet av vård och omsorg med anledning av våldsutsatthet, så som sexuellt våld och våld i nära relationer. Erfarenheter av olika former av våld är även förekommande bland de flickor och kvinnor som medverkat i intervjuerna, framförallt av sexuella trakasserier och sexuellt våld. De erfarenheter som lyfts fram i intervjuerna handlar om allt ifrån olämpliga kommentarer och tafsning till våldtäkter. I vissa fall framkommer att övergreppen begåtts av personal exempelvis inom psykiatri eller SiS. En flicka berättar att på det SiS-hemmet där hon bodde fanns en personal som försökte få flickor att ligga med honom i utbyte mot att han fixade droger till dem.

Även erfarenheter av andra former av trakasserier framkommer av intervjuerna. En flicka berättar att hon i häktet blivit nakenvisiterad av två män i personalen, som även rev sönder hennes kläder och kallade henne rasistiska glåpord, och att hon vägrades mensskydd under en lång transport till ett SIS-ungdomshem.

”Då tog de sönder mina kläder, tre män [på häktet]. Ville inte visa min kropp för en man. Fick inga tamponger eller bindor, fick inget täcke, de slängde in mat”

I vissa fall har våldet varit återkommande i olika skeden i livet.

Vård efter behov?

”Jag var intagen när jag var ung, en vårdare som gav sig på en...Genomgående för alla som är som jag. Hemtjänsten ger sig på oss, vi är väldigt utsatta”

En kvinna berättar också att hon inte känner sig bekväm med att lämna sitt rum osminkad om det finns män på boendet. Dessutom kan nya relationer bildas inom framför allt olika typer av slutenvård, som kan försvåra tillfrisknandet. Relationer mellan män och kvinnor kan även skapa konflikter på boenden och behandlingshem, på grund av svartsjuka.

”Har varit på behandlingshem med både män och kvinnor, bland kvinnor kanske man bråkar om örtsaltet men när det är män med kan det bli slagsmål om någon har raggat på ens flickvän”

Relationer till manliga partners uppges ofta vara sammankopplat med beroendet, exempelvis genom risken att dras med i partners livsstil.

”Min relation till min man var en del av mitt beroende”

Flera kvinnor berättar att man önskar att man fått hjälp tidigare i livet. Det kan handla om att man växt upp i familjer med våld eller skadligt bruk och beroende. Det gäller bland annat bakomliggande orsaker som trauman eller psykiatriska diagnoser.

”Om jag hade fått hjälp tidigare hade jag inte behövt vara så trasig”

Några anger att de kunde ha blivit uppmärksammade och fått hjälp tidigare, till exempel i skolan eller när familjen hade kontakt med polisen eller socialtjänst. Andra beskriver att familjen hade en fin fasad utåt vilket gjorde det svårt att upptäcka problemen.

Upplevda könsskillnader kan handla om att män får mer vård för att de hörs och syns mer, och därigenom blir ett större problem för samhället. Exempelvis beskrivs hur fler män bor på gatan, medan kvinnor oftare bor hos olika personer vilket gör att de är mindre synliga för omgivningen. Andra menar dock att kvinnor får mer vård och omvårdnad, och att samhället behandlar män hårdare.

Upplevelsen av tillgänglighet och bemötande

Negativa upplevelser från kontakter med vård och omsorg handlar bland annat om långa köer till såväl utredning som till stöd- och behandlingsinsatser. Kvinnornas upplevelser är att de själva har behövt ta ett stort ansvar för att hantera sitt mående i väntan på vård. Rädslan för att bli utan vård kan i vissa fall få ödesdigra konsekvenser. En av kvinnorna berättar så här:

Vård efter behov?

” Jag mådde så dåligt, vågade inte ta återfall för att inte åka ut ur kön, så jag sålde mig istället”

En kvinna som lever med skyddad identitet uppger att hon hela tiden åker ur köer när hon måste flytta och att vårdgarantin inte gäller om hon inte är skriven i en kommun.

Att vård och stöd ges på organisationens villkor snarare än kvinnans beskrivs på olika sätt. Det kan bland annat handla om att kvinnor behöver anpassa sig för att smälta in och för att få hjälp.

”De läser i vår journal att vi har haft ett missbruk, vi babblar för mycket, vi har en stämpel i pannan...Vårt beteende gör att vi blir behandlade på ett visst sätt”

En brist som framkommer av intervjuerna är att vården inte anpassar provtagning så att alla kvinnor kan delta eftersom vissa känner sig obekväma med att vara i väntrum tillsammans med män.

”Bad om att få lämna prover på ett annat ställe, eller få bokade tider, men fanns inte möjlighet...Det blir som en omöjlig cirkel. Vill bli drogfri, men då orkar jag inte vara i de där väntrummen för det är på grund av personer som är där som jag försöker lämna drogerna”

Vissa flickor och kvinnor anger att de är väldigt känsliga för personalens kroppsspråk och tonläge. Om det uppfattas som negativt eller avvisande kan det påverka måendet och viljan att söka hjälp. Intervjupersonerna förmedlar även erfarenheter av ett negativt bemötande från personal i form av exempelvis fördomar, negativa eller nedlåtande attityder.

”Man känner sig dömd och blir bemött som en andra sortens människa av personal i socialtjänst och sjukvård.”

Det finns också upplevelser av förnedring, till exempel att man inte får hjälp trots akuta behov.

”Jag visste att det fanns plats på ett hem, jag var hemlös mitt i kalla vintern, men soc sa nej, det var så förnedrande”

Hjälpen som finns upplevs också ofta som villkorad. Villkoren kan handla om att vara skriven på viss ort eller ett krav om att avhålla sig från droger en viss tid för att få vård. Flera intervjupersoner har erfarenhet av att inte ha levt upp till uppställda kriterierna för att få vård. Att få vård och stöd om man lever med skyddad identitet eller saknar identitetshandlingar beskrivs som svårt. Det är krångligt att ta kontakt och boka besök utan fast adress, telefonnummer, legitimation eller bank-id. En intervjuperson beskriver även upplevelsen av att hamna i ett moment 22 när försök görs för att skaffa bank-id samtidigt som en fast adress och ID-handlingar saknas.

”De fattar inte vad jag vill, de ska ringa, men jag har inget nummer, inget id-kort, inget pass, inte bank-id eller swish”

De flickor och kvinnor som medverkat i intervjuerna bär även med sig erfarenheter av när vård och stöd inte fungerat. Flera exempel ges på när den vård som erbjudits bestått av för korta insatser. Några kvinnor uppger att det behövs långa behandlingar på behandlingshem för att hinna landa, komma i kapp med sömn och mat, för att bli känslomässigt redo för behandling. Men kommunen vill, enligt kvinnorna, inte alltid finansiera längre behandlingar. När det gäller öppenvården uppges att det, vid större behov, inte räcker med samtal en gång i veckan utan det kan behövas mer intensiva behandlingar och kontakter flera gånger i veckan. Det framkommer också att ett beroende lätt riskerar att bytas ut mot ett annat om behandling saknas för själva grundproblemet, till exempel trauma eller psykiatriska sjukdomar eller tillstånd.

I intervjuerna berättar flickorna och kvinnorna även om bristande vård vid somatiska och psykiatriska besvär, vid sidan av beroendet. Upplevelsen är att risken för att inte få behövlig vård ökar när det finns en beroendediagnos i journalen och att exempelvis somatiska sjukdomstillstånd förklaras bort av sjukvården som kopplade till beroendet.

”Vi har inte samma rättigheter som andra, vi får inte mediciner som andra”

Upplevelser av dåligt bemötande och avsaknad av vård förekommer bland annat relaterat till akutsjukvården exempelvis i form av att ha nekats vård för psykiatriska behov om det finns ett pågående skadligt bruk. Ett par intervjupersoner berättar om att de under pågående LVM-vård inte fått tillgång till tandvård och det inom tvångsvården kan ta mycket lång tid att få träffa en läkare. Andra brister är relaterade till behovet av samverkan mellan olika aktörer. Det kan handla om att olika berörda enheter inom socialtjänsten, till exempel enheten för ekonomiskt bistånd och beroendeenheten inte kommunicerar med varandra, eller om att skickas mellan sjukvård och socialtjänst, eller mellan olika kommuner, utan att bli omhändertagen.

”Man blir en het potatis som bollar mellan kommunerna ”

Upplevelser av glapp mellan slutenvård och öppenvård och en brist på uppföljning och eftervård förekommer också. Det kan handla om att bli utan hjälp, få för lite hjälp eller hjälp som kommer för sent efter slutenvård. Flera betonar vikten av att det finns någon som fångar upp en efter en slutenvårdsbehandling, och att det kan vara en för stor omställning att gå från dygnet-runt vård till besök en timme per vecka.

Av intervjumaterialet framkommer också positiva erfarenheter av när vård och stöd fungerar på ett bra sätt. Ett återkommande mönster är att kvinnan

eller flickan mött någon professionell som engagerat sig särskilt för henne och som hon fått förtroende för och därmed vågat öppna upp sig. Den positiva erfarenheten kan också handla om att ha fått hjälp av någon mottagning eller professionell med att koordinera olika insatser inom vården och socialtjänsten.

”Överläkaren förstod hur jag mådde, då fungerade allt. Synen på mig förändrades där och då. ...Hon ordnade ett möte med soc och sa att x dör om hon inte får behandling”

I många fall uppges just denna personliga och tillitsfulla kontakt med någon professionell som avgörande för att börja gå mot ett tillfrisknande. I vissa fall har det, för att kunna erbjuda behövlig vård, även krävts att personalen inom sjukvården och socialtjänst kringgått regler eller gett gratis vård.

”Hon som hade behandlingen, hon blev min räddning, hon sa att du får gå gratis, sen fick jag ett beslut till slut”

Positiva erfarenheter av vård och stöd har bland annat handlat om att få tillgång till rätt kompetens, att få hjälp med andra vårdbehov utöver beroendeproblematiken, att ha beviljats ekonomiskt bistånd eller boende samt stöd relaterat till sysselsättning eller föräldraskap.

”Jag blev utskriven [från specialistmödravård] när min son fyllde 10 månader. Jag fick ett läkarteam och en barnpsykiolog...och jag fick hjälp att se saker från min sons perspektiv. När man har en kurator kan man också få svar på andra saker, som hur man söker föräldrapenning...De hjälpte också mig att skriva in mig på en mottagning där jag bor”

Vid en fungerande behandling lyfts faktorer som lugna och trygga miljöer samt trygga kontakter fram som betydelsefulla, där någon verkligen lyssnar och förstår, och har tid för samtal. Andra viktiga faktorer är tillräckligt intensiva och långa vårdinsatser, där man får tid till att bearbeta saker man gått igenom. Behov av trygghet och lugn anges vara särskilt viktigt under avgiftning och påföljande behandling, då detta är en period när man är extra sårbar och känslig. Andra beskriver det som viktigt att behandlingen ger tydliga strategier och konkreta steg att följa i vardagen. Fungerande eftervård beskrivs som en annan central faktor för ett tillfrisknande. Trygg utslussning från till exempel behandlingshem, med regelbundna och frekventa kontakter, som kan glesas ut med tid. Flera anger att de uppskattar att få lämna urinprov regelbundet som ett sätt att visa att man håller sig ren. Kvinnor berättar också att det är viktigt att återfall tas på allvar men inte bestraffas, utan kan ses som en del av en process mot ett tillfrisknande.

”Nu har jag lämnat prov en gång per vecka i ett år. Det känns som att man gör ett prov och klarar det, det känns bra!”

Vård efter behov?

Även den samhörighet som kan ges via ideella föreningar nämns som viktiga för ett tillfrisknande där bland annat möten med NA/AA varit till stor hjälp.

”Det enda som funkat...är att gå på möten, tala om mina känslor som jag annars är tyst om.. talar om det jag gör, då blir det svårare att göra det igen, om alla mina vänner på mötet vet om det.”

Hinder och barriärer för att ta del av vård och omsorg

Intervjudeltagarna beskriver även olika typer av hinder och barriärer för att söka vård. Det tydligaste mönster i intervjumaterialet är beskrivningar av olika slags rädslor som kan vara kopplade till kontakten med myndigheter. Det kan handla om en rädsla för att bli tvångsvårdad och inlåst. En återkommande rädsla är även att bli fråntagen omsorg och kontakt med sina barn. Men det finns också exempel på hur rädslor har kunnat övervinnas genom mer positiva erfarenheter av stöd- och vårdkontakter.

”Ja jag kan lita på henne nu, jag var rädd att jag skulle på lås [låst LVU-vård] förut då litade jag inte, nu kan jag ringa om jag tar ett återfall”

Andra upplevda hinder för att söka vård är kopplat till en okunskap kring vad behandling eller avgiftning innebär, eller vilken typ av behandling som finns. Det kan handla om en rädsla för abstinens och det lidandet det kan medföra eller att bli av med sina läkemedel.

”Psykiatrikern ville ta alla mina mediciner och förklarade inte vad avgiftning var, så jag drog ”

”Jag förstod inte att jag kunde bli avgiftad utan att ligga i ett hörn och skrika, som man ser på TV”

Upplevelser av stigmatisering förekommer i intervjumaterialet. Det kan kännas som ett stort misslyckande att behöva efterfråga hjälp vid drogproblematik. Fokus ligger i första hand på att klara saker själv, att vara en ”duktig flicka”. Det finns en rädsla för att bli sedd som en knarkare, eller kriminell, av personal då detta upplevs som mycket skamfullt.

Behov av anpassningar

De kvinnor och flickor som medverkat i intervjuerna har på olika sätt kunnat sätta ord på behovet av förbättringar när det gäller vård och stöd vid skadligt bruk och beroende. Det handlar bland annat om att det behövs långsiktighet, tät uppföljning och eftervård. Det kan behövas en längre tid på behandlingshem och utslussning i steg med mycket stöd och trygghet. Några

Vård efter behov?

av kvinnorna önskar också ett mindre fokus på att få behandling i syfte att bli ”frisk” och menar att vissa, de svårast sjuka, inte blir friska utan kommer behöva kontinuerlig vård under hela livet.

De två flickor som intervjuades önskar att ungdomar ska få mer information om droger och alkohol och dess effekter på kroppen och psyket, och vart man kan vända sig i behov av hjälp. Både flickorna berättar att den kunskap de fick från vården, om hur narkotika och alkohol påverkar kroppen, var viktig för deras tillfrisknande.

Intervjuerna med flickor och kvinnor ger också en bild av att det är viktigt att vård- och stödinsatser ges utifrån ett familjeperspektiv. En av de intervjuade kvinnorna erbjöds flytt med sin dotter till ett familjehem för behandling men hennes man, som också hade ett beroende, fick inte följa med, vilket bidrog till att hon avstod från den erbjudna vården.

”Då kunde de erbjuda mig nån slags flytt om det var behandling eller familjehem tillsammans med dottern, men inte med hela familjen. Det var där det skar sig, blev jättejobbigt att välja mellan två människor. Backade och började knarka och bete mig”

Några vittnar om att kvinnor som lever på gatan kan vara rivaliserande mot andra kvinnor. De beskriver att det därför kan finnas ett särskilt behov av att lära sig att bygga trygga relationer med andra kvinnor.

Intervjumaterialet rymmer också olika upplevelser av den hjälp man har fått vid graviditet och samtidig beroendeproblematik. En kvinna uppger att hennes man fick behandling men inte hon själv i samband med hennes graviditet, trots att mödravården visste att hon använt narkotika. Flera anger dock att graviditeten har bidragit till ett tillfrisknande, och utgjort tydligt fönster för att ta emot hjälp. Oavsett så beskrivs graviditeten som en period då det finns behov av extra stöd.

De intervjupersoner som varit utsatta för våld och trakasserier uttrycker ett starkare behov av ett anpassat och traumamedvetet bemötande där personalen är följsam, försiktig och lösningsfokuserad.

”Det skulle finnas ställen som har hela kedjan av vård, anpassad för kvinnor”

De efterfrågar också könsseparerade insatser, där enbart kvinnor tas emot och som också utförs av kvinnlig personal.

”På delade boenden far kvinnor jävligt illa, man vågar inte sova”

Risken för att möta sin förövare eller tidigare partner i väntrum eller behandlingshem har i vissa fall lett till att de avstått vård. Det finns även en

Vård efter behov?

rädsla för att bli utsatt av andra brukare på boenden eller i väntrum, eller av personal.

”Aldrig känt mig trygg på SIS eller HVB, unga personal kollade snett, du har fin kropp, har du gjort bröstförstoring frågar de. Jag måste låsa min dörr, kan inte ha shorts eller bikini, för att det finns män där”

Uppfattningen är även att så kallade blandboenden, som tar emot både kvinnor och män, ofta är en orsak till att kvinnor avviker. Exempelvis kan kvinnan tidigare ha varit utsatt för våld av män som finns på boendet och hon uppfattar dem därför som potentiella våldsutövare.

Det framkommer även av intervjuerna att det kan vara svårt att berätta om sina erfarenheter av våld och övergrepp i blandade behandlingsgrupper eller med manlig personal. I samtalsgrupper med enbart kvinnor är upplevelsen att samtalen blir mer ärliga och trygga.

”Det ska vara en kvinna som behandlar så man kan vara sårbar, prat om männen, om underläget och våld, makt och hot”

Intervjuerna vittnar också om att manlig personal i vissa fall har en bristande förståelse för kvinnors behov.

”När en kvinna söker vård för våldtäkt kan en manlig läkare säga: duscha inte förrän imorgon, då fattar de ingenting”

Intervjupersoner som inte har tidigare erfarenhet av våld uppger att det i vissa fall kan vara lättare att umgås med män och att det kan bli mycket drama och skitsnack bland kvinnor. De har inga särskilda preferenser, eller föredrar blandade grupper exempelvis vid behandling. De har heller inte problem med manlig personal så länge de uppvisar ett bra bemötande. Några av kvinnorna, utan tidigare traumatiska erfarenheter, säger dock att man under avgiftning och på behandlingshem har varit särskilt känsliga och i större behov av en lugn och trygg miljö, vilket kan försvåras av manliga medpatienter.

Verksamhetsföreträdares bild

Nedan redogörs för bilden av behov och av hur de tillgodoses av vården och omsorgen, baserat på intervjuer med verksamheter som möter flickor och kvinnor med skadligt bruk och beroende.

Kvinnors behov och upplevda könsskillnader

Den bild som förmedlas genom intervjuer med verksamhetsföreträdare stämmer i stora delar överens med den bild som ges av intervjuade flickor och kvinnor med erfarenhet av vård och stöd vid skadligt bruk och beroende.

Verksamhetsföreträdarna beskriver olika könsskillnader relaterat till specifika former av beroende. För kvinnor med ett spelberoende anges exempelvis att det i de flesta fall har föregåtts av en psykiatrisk problematik. För män tycks det snarare vara spelberoendet som leder till psykiatriska besvär. Enligt intervjuade verksamhetsföreträdare som möter kvinnor med problematiskt spelande, tenderar kvinnor i högre utsträckning än män, att dras till spel på grund av utmaningar i livet och kring livssituationen. De ser det som viktigt att identifiera traumatiska erfarenheter som flickorna och kvinnorna varit med om, då dessa kan ligga till grund för beroendet.

Vidare uppfattas kvinnor inte ha ett intressebaserat spelberoende i samma utsträckning som män, vilket visar sig genom att kvinnor i högre utsträckning drar sig till nätbaserade spel. Män uppfattas i sin tur, i högre utsträckning ha en starkare social koppling till spelandet, genom att satsa pengar på exempelvis hästar eller andra sportrelaterade spel tillsammans med andra, alternativt genom pokerspel. En av intervjupersonerna som arbetar med personer med spelberoende, menar att internetbaserade spel är en kraftigt bidragande orsak till spelberoende bland kvinnor.

”Man kan fundera på om en del kvinnor hade kunnat undgå spelberoende om inte de nätbaserade spelen fanns.”

Av intervjuerna framkommer även att flickor och kvinnor generellt sett kan vara bättre på att dölja ett skadligt bruk eller beroende jämfört med pojkar och män, genom att exempelvis använda smink.

”Tjejer lyckas oftare hålla sitt beroende dolt”

Enligt intervjupersoner kan det leda till att medarbetare inom vården och socialtjänsten inte alltid tror på att kvinnor och flickor har ett skadligt bruk eller beroende i samma utsträckning som män.

Några av de intervjuade verksamhetsföreträdarna uppfattar att kvinnor söker vård senare än män, och att kvinnor ofta tänkt på att ta kontakt med vård eller omsorg en längre tid, innan de söker hjälp. Samtidigt är uppfattningen bland de professionella som medverkat i intervjuerna att kvinnor och flickor kan ha svårt att uttrycka vad de behöver och ställa krav på vården och omsorgen.

Upplevelsen bland verksamhetsföreträdarna är att det ibland har funnits missbruk i familjen i generationer och att flickan eller kvinnan saknar erfarenhet av hur ett liv kan se ut utan detta. Enligt intervjupersonerna kan det därför behövas stöd inom många områden, till exempel kring att skapa och upprätthålla hälsosamma relationer eller kring att ta hand om sin hälsa och kostvanor.

Verksamhetsföreträdare beskriver att kvinnornas och flickornas hela livssituation behöver adresseras, eftersom beroendet är sammanvävt med andra delar av livet, såsom relationer, föräldraskap och psykisk hälsa. Denna

relationella och psykosociala komponent kan även spela roll för möjligheten att ta del av stöd och behandling. Den ses, av verksamhetsföreträdare, som en bidragande orsak till ett tillfrisknande specifikt för flickor och kvinnor, genom till exempel en önskan om ett liv utan droger för att kunna hand om barn på ett bra sätt.

”Även om de inte har kapacitet så stannar de med sina barn, en skillnad mot killarna.”

Familjens stöd beskrivs, av verksamhetsföreträdarna, som särskilt viktig för flickor med beroendeproblematik. Men relationella och psykosociala aspekter anses också kunna utgöra ett hinder för att söka eller ta emot stöd eller behandling, exempelvis utifrån en rädsla för att barnen ska omhändertas av socialtjänsten. Ett annat möjligt hinder kopplat till den sociala eller relationella situationen är en partner som motsätter sig att kvinnan blir fri från sitt beroende och som genom hot eller på annat sätt hindrar kvinnan från att söka hjälp.

Verksamhetsföreträdarnas uppfattning är att det är vanligt förekommande att flickorna och kvinnorna har en partner som också har ett skadligt bruk eller beroende, vilket påverkar flickans eller kvinnans egna bruk och möjligheten att ta emot vård och stöd. Av intervjuerna framkommer att männen kan vara negativt inställda till att kvinnan söker vård för sitt beroende och i vissa fall uppmuntrar kvinnan att fortsätta med exempelvis läkemedel för att hon ska fungera i vardagen och fortsätta ta ansvar för hem och barn.

Vidare har intervjuade verksamhetsföreträdare erfarenheter av att kvinnan har behövt lämna sin man för att bli fri från sitt beroende, och kan då vara i särskilt behov av stöd för att klara detta. Intervjupersonerna menar även att flickor och kvinnor tar mer ansvar för sin partner.

”Eftersom vi jobbar med anhöriga ber vi dem ta med även dessa till mottagningen. Det kanske är dumt eftersom vi då lägger ett stort ansvar på tjejen att även se till att deras partner får hjälp med sitt beroende...”

Sammantaget visar intervjuerna med verksamhetsföreträdare att det tycks finnas en starkare relationell och psykosocial komponent vid kvinnors och flickors beroende. Det skadliga bruket eller beroendet är oftare kopplat till kvinnornas och flickornas relationer och livssituation, exempelvis till en partner med beroendeproblematik eller våld i nära relationer som avgörande bidragande orsak till kvinnans problematik. Flickor kan till exempel ta droger för att klara av skolan, kvinnor för att hantera stress och oro kring en kriminell partner. Kvinnor uppges även i högre grad än män ha omsorgsansvar för barn, trots ett aktivt skadligt bruk.

Sexuell och reproduktiv hälsa lyfts fram som specifika fysiska vårdbehov som omfattar flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroende, vilket

innefattar behov av gynekologisk vård, samt vård kopplat till graviditet. Exempelvis är erfarenheten, bland verksamhetsföreträdarna, att kvinnor med beroende kan upptäcka sent att de är gravida och att de är i behov av ett anpassat stöd under såväl graviditeten som i föräldraskapet. Könssjukdomar anges också vara vanligt förekommande hos målgruppen. Andra fysiska vårdbehov som lyfts fram av verksamhetsföreträdarna, är behov av tandvård, då tand- och munhälsan ofta är eftersatt. Kvinnor uppges även snabbare bli fysiskt nedgångna vid bruk av alkohol och narkotika, jämfört med män. De anses därför behöva mer omfattande vård i ett tidigare skede. Vidare uppger några av verksamhetsföreträdarna att kvinnor med alkoholproblem har en ökad risk för problem i form av övervikt, smärta, dålig kondition och utbrändhet.

De flickor och kvinnor med beroendeproblematik som de professionella möter i sitt arbete, söker i hög utsträckning vård för psykisk ohälsa, till exempel ångest, ät- eller sömnstörningar, ensamhet, mobbning eller problem i skolan, samtidigt som ett skadligt bruk eller beroende uppdragas. Några av intervjupersonerna menar dock att det är vanligt att kvinnor och flickor inte blivit utredda för sina psykiatriska besvär och tillstånd, till exempel ADHD.

”Kvinnor har en hög grad av psykiatrisk samsjuklighet. Dubbelt så hög jämfört med män på vår mottagning”

Självskadebeteende bedöms också vara mer framträdande för gruppen flickor och kvinnor och bilden är att flickor och kvinnor i högre utsträckning vänder negativa uppfattningar inåt, mot sig själva, medan pojkar och män blir mer utåtagerande. Flickor och kvinnor uppges också i vissa fall använda kvinnliga attribut och sex som självskada, som ett sätt att hantera låg självkänsla och självförakt.

De yrkesverksamma intervjupersonerna anger att kvinnor och flickor med beroendeproblematik är utsatta för våld och har erfarenhet av tidigare traumatiska händelser, i högre utsträckning jämfört med män med samma problematik. Det handlar om olika former av våldsutsatthet, i synnerhet våld i nära relationer och sexuellt våld. Våldsutsattheten bedöms öka risken för psykisk ohälsa och kan i sin tur ligga till grund för beroendeproblematiken, som ett sätt att döva oro och ångest.

”De får inte tillräcklig stöd, varken för upptäckt av trauma eller stöd om det upptäcks. Ofta är det trauma som ligger till grund för beroendet”

Dessutom är uppfattningen att ett liv som präglas av beroendeproblematik i sin tur ökar risken för ytterligare och återkommande våldshändelser. Att erbjuda sex mot ersättning ses dels som ett uttryck för självskadebeteende för att döva ångest, dels som ett sätt att få tillgång till droger eller annat man behöver såsom någonstans att bo. Uppfattningen är därmed att flickor och

Vård efter behov?

kvinnor med skadligt bruk eller beroende löper hög risk att hamna i en beroendeställning till män i sin omgivning, vilket spär på deras utsatthet.

”Det [våld] är så normaliserat så kvinnorna inte riktigt ser det innan vi börjar prata om vad våld är ”

Verksamhetsföreträdarna anser att flickornas eller kvinnornas traumatiska upplevelser förstärker behovet av ett anpassat bemötande, för att de ska kunna utveckla tillitsfulla relationer till professionella, och känna sig trygga nog att berätta om sina erfarenheter. Tillit anses också vara en förutsättning för att flickan eller kvinnan ska bli motiverad att ta emot vård och stöd för sitt beroende.

Tillgänglighet och bemötande inom vård och omsorg

Under intervjuerna med yrkesverksamma framkommer att de har erfarenhet av att många kvinnor önskar få könsseparerad vård, bland annat på grund av tidigare traumatiska erfarenheter i form av utsatthet för våld. Det kan handla om behov av separata väntrum inom öppenvårdsverksamheter eller könsseparerade gruppbehandlingar.

Behovet av könsseparerad vård uppges bland annat handla om att kvinnor inte vill möta män de tidigare haft relationer till eller blivit utsatta av, men också om att kvinnor ska kunna känna sig fria att ta plats och prata utifrån sina erfarenheter. Kvinnor uppfattas även, generellt sett, vara i en mer utsatt situation om de placeras i slutenvård med män. En intervjuperson med lång erfarenhet av att arbeta inom beroendevården menar att män kan knyta kontakter på en slutenvårdsavdelning i beroendevården och sedan utnyttja kvinnorna när de lämnat avdelningen. Det framkommer även att vissa kvinnor önskar enbart kvinnliga behandlare och att de ibland väljer att avstå från vård om de erbjuds manlig personal.

En intervjuperson anger att en del kvinnor önskar en egen ingång till mottagningen, där man kan ta sig in i bygganden utan att bli igenkänd. Anonymitet anges även som viktigt, särskilt om kvinnan själv arbetar inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten.

”Så fort de får veta att det finns en utgång bakåt så tar de den”

Långa resvägar, exempelvis för de som bor i glesbygd, uppfattas kunna utgöra ett hinder för att överhuvudtaget få vård och stöd. Detta hinder anses inte vara specifikt för kvinnor. Utmaningar relaterat till geografiska avstånd uppges dock vara särskilt utmärkande för flickor och kvinnor då specialiserad vård för kvinnor med skadligt bruk och beroende, så som specialistmödravård, könsseparerade mottagningar för kvinnor med beroende samt mottagningar för kvinnor som erbjuder sex mot ersättning, endast finns i några större städer.

Några verksamhetsföreträdare lyfter fram att flickor och kvinnor med intellektuella funktionsnedsättningar utgör en sårbar grupp som omfattas av särskilda risker relaterat till skadligt bruk och beroende och som även löper högre risk att få bristfällig vård och hjälp. Det kan exempelvis vara svårt att nå fram med behövligt stöd i de fall en flicka eller kvinna med intellektuell funktionsnedsättning lever i en destruktiv parrelation med en partner som förser flickan eller kvinnan med droger eller utsätter henne för våld. Funktionsnedsättningen blir då ytterligare en faktor för vård- och omsorgspersonal att förhålla sig till. Intervjupersonerna menar att insatser kan behöva anpassas på olika sätt vid intellektuella funktionsnedsättningar, men att det i vissa fall saknas ett systematiskt stöd eller rutiner för att kunna göra det.

”Tjejer med intellektuell funktionsnedsättning har det svårt då vi ställer samma krav på dem som på andra. Här finns det mycket att göra. Systemet är inte riggat för dessa personer”

Kvinnor med ett pågående skadligt bruk och som är i behov av skyddat boende lyfts fram som en annan särskilt sårbar grupp. Erfarenheten är att många skyddade boenden inte tar emot kvinnor med pågående skadligt bruk eller beroende, vilket i praktiken innebär att möjligheten till skydd villkoras med drogfrihet.

Även gravida kvinnor och nyblivna mödrar anses omfattas av en särskild utsatthet. Intervjuade verksamhetsföreträdare inom vård och omsorg menar att psykisk ohälsa och beroendeproblematik inte alltid fångas upp på MVC, eller kan tas omhand där. Frågor uppfattas behöva ställas på rätt sätt för att gravida kvinnor ska berätta om sina problem med beroende. En intervjuperson som arbetar inom mödravården säger att hen inte har tillräckligt bra eller attraktiva alternativ av vård och stöd att erbjuda gravida kvinnor med beroende. Uppfattningen är också att gravida kvinnor med beroende behöver utökat stöd under sin graviditet, vilket inte alltid ges och att vården i vissa fall lämnar kvinnan ensam i föräldraskapet efter det att barnet är fött. Samtidigt anger flera att graviditeten ofta är en period med hög motivation för att ta del av vård och att många kvinnor som blir gravida slutar använda droger.

"För vissa blir graviditeten en livboj".

Vidare framkommer att även pappor kan behöva beroendevård och att pappans tillfrisknande är viktigt för kvinnans. Dock ingår det sällan ett uppdrag att även vårda männen i den mödrahälsovård som riktar sig till kvinnor med skadligt bruk eller beroende.

Hinder och barriärer för att ta del av vård och stöd

De yrkespersoner som intervjuats upplever att det finns hinder och barriärer som hindrar flickor och kvinnor från att söka eller ta del av vård och stöd vid beroendeproblematik. Dessa hinder kan böttna i rädslor för att barn ska komma att omhändertas av sociala myndigheter. Upplevelsen är också att det kan finnas tidigare negativa erfarenheter som gör att kvinnan vill undvika kontakt med socialtjänsten. Flickor kan exempelvis vara rädda för att problematiken ska leda till en polisanmälan eller att de blir tvångsomhändertagna av socialtjänsten.

En annan rädsla uppfattas kunna böttna i att beroendet ska dokumenteras och synliggöras i journaler. Ytterst kan det handla om en rädsla att uppgifter om beroendet ska komma arbetsgivare eller andra till del. En föreställning om att beroendevården ska vara stökig, till exempel i väntrum kan också utgöra ett hinder för att vilja ha kontakt med vård och omsorg.

Även om de inte ser att det är ett problem i den verksamhet där de själva arbetar, upplever intervjupersonerna att det finns en form av generell stigmatisering som drabbar både män och kvinnor med beroende. Upplevelsen är att det finns personer som arbetar inom vården eller socialtjänsten som betraktar personer med skadligt bruk och beroende som sämre människor eller anser att beroendet är en självförvållad sjukdom.

”Man tänker att de är sämre människor, de får skylla sig själva.
Förakt för att det är en självförvållad sjukdom, det är förfärligt”

Och även om stigmatiseringen uppges omfatta både kvinnor och män upplever några av de yrkesverksamma att stigmat och rädslan för att söka hjälp tycks vara starkare hos kvinnor. En intervjuperson lyfter fram att beroendet påverkar hela familjen och att det innebär mer skuld och skam för kvinnors del. Vissa känner också igen att det finns en bild av att kvinnor med missbruk uppfattas som en särskilt ”svår patientgrupp”, som anses vara mer manipulerande, mer beräknande, mer känslostyrda eller mer komplicerade.

I flera av intervjuerna förs ett resonemang kring den stigmatisering som anses vara kopplad till kvinnor med beroende och att det fortfarande finns attityder i samhället som ser det som mer skamligt att ha ett beroende som kvinna. Dessa attityder är bland annat kopplade till rollen som förälder, och att kvinnor i högre utsträckning förväntas vara de som klarar av att sköta om familjen och hemmet. Förväntningar på rollen som kvinna kan spå på stigmat och det uppfattas, utifrån omgivningens perspektiv, kunna betraktas som ett större misslyckande att vara mamma och ha ett beroende. Uppfattningen hos verksamhetsföreträdarna är att denna stigmatisering ofta även kan internaliseras av flickorna och kvinnorna själva.

Av intervjuerna framkommer även att kvinnor kan ha svårare att identifiera sig som beroende, exempelvis som spelberoende, eftersom deras bild är att denna problematik är vanligare bland män. Uppfattningen är att detta kan medföra att kvinnor söker hjälp i ett senare skede och att problematik därav blivit tyngre.

”Om du tror att de flesta som söker för detta är män, är det hög risk att du som kvinna väljer att inte söka.”

Behov av anpassningar

I intervjumaterialet med verksamhetsföreträdare lyfts ett flertal anpassade insatser och arbetssätt fram som önskvärda, för att öka behovstillfredsställelsen gentemot målgruppen. Det handlar bland annat om att kunna erbjuda en traumamedveten omsorg, och beroendevård, annan psykiatrisk vård samt vård vid annan ohälsa på samma klinik eller i nära anslutning.

Flera intervjuade yrkespersoner uppger att de önskar att de var bättre på att möta behov kopplat till samsjuklighet och exempelvis erbjuda traumabehandling samtidigt som beroendevård på sin mottagning. Även om detta behov sannolikt också finns hos män, uppfattas flickors och kvinnors beroende omgärdas av en högre grad av utsatthet, samsjuklighet och tydligare psykosociala och relationella komponenter, vilket gör att behovet av vård och stöd utifrån ett helhetsperspektiv ökar.

”Vi har ingen specifik traumabehandlingsutbildning. Vi remitterar till traumamottagningen men där har de ett år lång kö och även krav på drogfrihet vid behandling. Vi borde kunna erbjuda traumabehandling men våra chefer säger att vi inte får bli ett mini-BUP.”

Intervjupersonernas uppfattning är att beroendemottagningar bör erbjuda behandling mot ångest och PTSD genom exempelvis kognitiv beteendeterapi (KBT) och läkemedel. Det handlar om vanligt förekommande tillstånd som bör kunna behandlas vid sidan av ett beroende. Flera av verksamhetsföreträdarna menar därmed att vissa typer av behandlingar kan integreras. En av intervjupersonerna uttrycker det så här:

”Vi ser att det för kvinnors del, så hänger spelberoendet ihop med andra ohälsosamma levnadsvanor. Det är viktigt att titta på helheten, alltså spelberoendet, sociala omständigheter och psykisk sjukdom.”

Att samtidigt kunna behandla beroende och psykiatriska sjukdomar och tillstånd anges som viktigt för att kunna bygga vidare på den tillit och det förtroende som börjat byggas upp. Det bedöms mer sannolikt att kvinnorna kan tillgodogöra sig vård om det ges på ett ställe, från personal de känner

Vård efter behov?

och där de kan få stöd att komma ihåg tider med mera. En av verksamhetsföreträdarna lyfter även att det borde finnas en koordinator som kan hålla ihop de olika vård- och stödinsatserna såsom boendestöd, ekonomisk ersättning eller annan vård.

Trygghet, tillit och förtroende lyfts fram som centrala förutsättningar för att en flicka eller kvinna ska våga berätta om sin situation, särskilt när det gäller erfarenheter som varit traumatiska. Detta kräver många gånger ett anpassat bemötande. En intervjuperson lyfter fram vikten av att ha tålmod och konkretiserar hur en sådan anpassning kan se ut.

”Om vi får kännedom att någon har varit med om ett övergrepp och det är jobbigt att blotta sig, även för en kvinna [kvinnlig personal], så kan vi tex använda ett salivprov istället [för urinprov]. Vi har tiden, vi kan ta det lugnt, så att inte ett trauma upprepas. Tid är jätteviktigt för att kunna ha ett lugnt bemötande”

Beskrivningar ges även av hur förtroendet kan förstöras om de i egenskap av professionella agerar för snabbt när en kvinna berättar om våld i nära relation. Uppfattningen är att de behöver kunna säkerställa att agerandet och de kontakter som tas med anledning av våldet inte försätter kvinnan i en farlig situation. Det kan till exempel handla om hur personal kontakter en kvinna som lever i en våldsam relation, och att de ser till att kvinnan får komma på besök till vård och omsorg utan att mannen är med.

”Man kan ibland märka i rummet att det är mannen som VILL vara med, eller att han på olika sätt för hennes talan. Vi tar på oss ansvaret för att se till att vi får ett möte ensam med kvinnan”

Verksamhetsföreträdarna anser även att en trevlig, städad, ombonad och välkomnande miljö är viktig. En lekhörna i väntrummet kan exempelvis signalera att mammor är välkomna. Vidare uppfattas det finnas en efterfrågan av boenden som tar emot både barn och djur och som erbjuder familjebehandling som omfattar även barnen, samt av att kunna erbjuda samtal som ger en möjlighet för kvinnan att prata om sin oro för sitt/sina barn och få stöd i det.

Uppfattningen är att det många gånger krävs särskild kompetens att möta kvinnor som har en beroendeproblematik och även lider av PTSD utifrån tidigare traumaerfarenhet och att det kan behövas såväl akut och långsiktigt skydd, som stöd för att hitta en väg in till behandling. Den särskilda kompetensen anges exempelvis kunna handla om hur verksamheten är uppbyggd, att det är en lågröskelverksamhet, samt att det finns en förståelse för den sammansatta problematik som kvinnorna har.

Vissa intervjupersoner ser en tendens av att vård- och omsorgspersonal fokuserar på beroendet i första hand och att våldet hamnar i skymundan.

Erfarenheten bland yrkesverksamma inom lågröskelverksamheter är att vissa verksamheter har som krav att kvinnan ska vara ”motiverad” att sluta med sitt beroende för att kunna tas emot för vård. Intervjupersonerna menar att det kan vara att ställa för höga krav och att fokus istället bör vara att minimera riskerna för upprepat våld och nya trauman så att kvinnan, så småningom ges goda förutsättningar att genomföra en behandling. Uppfattningen är att det finns lågröskelverksamheter som jobbar utifrån ett motsvarande förhållningssätt runt om i landet, men att utbudet är skralt.

Kvinnor med ett aktivt skadligt bruk eller beroende uppfattas även löpa hög risk att utsättas för flera tänkbara former av våld, inte enbart våld i nära relationer (VINR). I och med att socialtjänst och hälso- och sjukvård ofta har ett specifikt fokus på just VINR är uppfattningen bland några intervjupersonerna som arbetar inom lågröskelverksamheter, att kvinnor med beroendeproblematik riskerar att bli exkluderade från de vård- och stödinsatser som erbjuds. Upplevelsen är att det saknas stöd och verksamhet för våldsutsatthet utöver VINR och att kvinnor kan få avslag på sin biståndsansökan med hänvisning till att de faller utanför myndigheternas fokusområde. Exempel ges där socialtjänsten, istället för att erbjuda skydd eller stöd, har hänvisat kvinnan till polisen med motiveringen att det våld som kvinnan utsatts för ligger utanför socialtjänstens ansvarsområde. Men steget till att göra en polisanmälan är, för kvinnans del, ofta långt och det är heller inte säkert att en anmälan leder vidare till behövligt stöd.

Av intervjuer med verksamhetsföreträdarna framkommer att även män med beroendeproblematik i stor utsträckning varit utsatta för våld under barndomen. Uppfattningen är att tidigare våldserfarenheter kan ligga till grund för en beroendeproblematik i vuxen ålder även för män och som även kan ha utvecklats till ett eget våldsutövarbeteende. Några av verksamhetsföreträdarna anser att det råder en missuppfattning inom vissa verksamheter, om att våldsutövandet upphör när drogberoendet försvinner. Deras erfarenhet är att våldet fortsätter och kanske snarare tilltar, när en våldsutövare slutar använda droger. De menar att drogerna kan ha haft en funktion av att lindra ångest och när drogerna tas bort, stiger ångesten på nytt vilket kan ta sig uttryck i form av våld. Trots att dessa mekanismer är mer eller mindre kända, är deras upplevelse att det är ytterst ovanligt att män som erhåller vård för beroendeproblematik, också erbjuds vård för att motverka våldsutövande.

Analys av inhämtad kunskap

I detta kapitel presenteras en diskussion och analys av den samlade kunskap som inhämtats inom ramen för uppdraget, baserat på litteraturgenomgång, lägesbilden bestående av kvantitativa data samt resultatet från genomförda intervjuer. Analysen av insamlat material mynnar sedan ut i ett antal slutsatser. Relaterat till dessa slutsatser lyfter vi fram ett antal förslag på behövliga och tänkbara anpassningar, för att den vård och omsorg som ges vid skadligt bruk eller beroende bättre ska kunna motsvara flickor och kvinnors behov.

Vår analys pekar på specifika behov för flickor och kvinnor

Analysen visar att det finns vissa områden där behoven skiljer sig åt mellan flickor och pojkar, och mellan kvinnor och män. Det innebär inte att *alla* flickor eller kvinnor har dessa behov, eller att *inga* pojkar eller män har dem, men att det finns behov som specifikt omfattar eller är vanligare bland flickor och kvinnor på gruppnivå.

Resultatet från den samlade kunskapsinhämtningen pekar på specifika behov för flickor och kvinnor med skadligt bruk och beroende som är relaterade till stigma, våldsutsatthet, sexuell och reproduktiv hälsa, psykosociala och relationella faktorer och psykiatrisk samsjuklighet.

Våra intervjuer med flickor och kvinnor med egen erfarenhet, och med verksamhetsföreträdare, bekräftar den bild av könsskillnader samt flickor och kvinnors behov som lyfts fram inom forskning och andra studier. Flickorna och kvinnorna själva lyfter också behov som bland annat handlar om tidigt stöd och bättre tillgänglighet. Dessa behov är inte specifika för flickor eller kvinnor, men kan påverkas av vårdens och omsorgens kapacitet att uppmärksamma skadligt bruk och beroende hos flickor och kvinnor, och av att de verksamheter som erbjuds inte upplevs som trygga miljöer att vistas i. Såväl flickorna och kvinnorna som verksamhetsföreträdare som möter målgruppen, beskriver också hur vården på olika sätt kan vara villkorad, exempelvis med drogfrihet. Inte heller det är något som är specifikt för flickor och kvinnor, men det kan vara särskilt problematiskt i kombination med våldsutsatthet, till exempel vid skyddad identitet eller vid behov av skyddat boende.

Vår sammanställning av nationella enkätundersökningar visar att skadligt bruk och beroende är vanligare bland män än bland kvinnor, men med små eller inga skillnader bland unga, med undantag för spel om pengar. Den nationella lägesbilden över vård och omsorg visar också att det är fler män än kvinnor som får vård och stöd vid skadligt bruk och beroende. På övergripande nivå finns det inte skäl att anta att flickor och kvinnor generellt

sett blir utan behövlig vård och stöd i högre utsträckning än pojkar och män. Men däremot pekar analysen på att det finns begränsad tillgång till vård som är särskilt anpassad till de behov som många flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroende har, och att det saknas kunskapsstöd och riktlinjer på nationell nivå som belyser detta.

Kunskap och medvetenhet om faktorer som har en orsakande eller bidragande roll till skadligt bruk eller beroende bland flickor och kvinnor, är betydelsefullt för att kunna rikta behandling mot just dessa faktorer. Detsamma gäller faktorer som på ett eller annat sätt kan främja eller motverka motivationen för flickor och kvinnor att ta del av stöd- och behandlingsinsatser.

Sammantaget visar analysen att det finns särskilda behov hos målgruppen flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroende som kräver särskilda anpassningar och hänsynstaganden. Detta för att vården och stödet ska kunna möta behoven, inge förtroende och ha önskvärd effekt samt för att uppnå en jämlik vård på lika och goda villkor. Nedan tydliggör vi dessa behov, och lämnar förslag på anpassningar inom vård och omsorg, för att förbättra möjligheterna att möta de behov som finns.

Förslag på åtgärder för att bättre kunna möta flickor och kvinnors behov

Socialstyrelsen har identifierat sex olika områden som vi bedömer som särskilt viktiga att se över, för att bättre kunna möta de behov som flickor och kvinnor med skadligt bruk och beroende har. Vi lämnar även förslag på åtgärder eller anpassningar som kan behöva vidtas. Huvuddelen av förslagen riktar sig till beslutsfattare i regioner och kommuner, som behöver avsätta resurser och skapa förutsättningar för verksamheterna för att åtgärderna och anpassningarna ska vara möjliga att genomföra. Det behövs också kunskapshöjande insatser på lokal, regional och nationell nivå

Öka kunskapen om flickor och kvinnors behov

För att främja en jämlik vård och omsorg är det viktigt att utförandet tar hänsyn till den kunskap som finns om könsspecifika behov.

Den kunskap som finns behöver tas tillvara och präglad bland annat styrning och utformning av vård- och stödinsatser, verksamhetsutveckling samt metoder och arbetssätt i det individnära arbetet. Det behövs även mer forskning om de behov som omfattar gruppen flickor och kvinnor med beroendeproblematik. Sådan forskning kan med fördel genomföras i form av

samskapande forskning⁶⁰, där fokus ligger på att ny vetenskaplig kunskap tas fram i samverkan med, den som hjälpen riktar sig till.

Forskning pekar på att flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroende tenderar att söka stöd och vård i ett senare skede än män. Av våra intervjuer med målgruppen framkommer bland annat att information och kunskap om alkohol och andra droger, effekter på kroppen och psyket, och vart man kan vända sig i behov av hjälp vid skadligt bruk eller beroende, behöver komma allmänheten till del. Sammantaget visar det på behovet av att information och kunskap om specifika risker som kan kopplas till skadligt bruk och beroende för flickor och kvinnor samt det stöd som finns att få från samhället, tillgängliggörs för målgruppen flickor och kvinnor. I vissa fall handlar det om att sprida information och kunskap direkt till målgruppen. Exempelvis var det kunskapen om hur narkotika och alkohol påverkar kroppen, som utgjorde en viktig faktor för tillfrisknandet för de flickor som intervjuats inom ramen för uppdraget. Kunskapsspridning som når målgruppen kan därmed ha en betydelsefull förebyggande funktion. Att få ta del av kunskap om de risker som följer med skadligt bruk eller beroende, inklusive de risker som specifikt omfattar flickor och kvinnor, samt om de insatser som finns att få för att motverka dessa, kan på så sätt öka tillgängligheten till samhällets vård- och stödinsatser.

Av intervjuer med verksamhetsföreträdare framgår att det finns faktorer som utgör en särskild sårbarhet relaterat till skadligt bruk eller beroende. Exempelvis kan en intellektuell funktionsnedsättning innebära särskilda risker för en flicka eller kvinna och också vara en bidragande orsak till att vård- och omsorgsinsatser blir bristfälliga eller otillräckliga. Verksamhetsföreträdare beskriver exempelvis utmaningar med att nå fram med behövligt stöd i de fall en flicka eller kvinna med intellektuell funktionsnedsättning lever i en destruktiv parrelation genom att det finns en partner som förser flickan eller kvinnan med droger, eller utövar våld. Funktionsnedsättningen blir ytterligare en faktor för vård- och omsorgspersonal att förhålla sig till, och upplevelsen bland verksamhetsföreträdarna är att det saknas ett systematiskt stöd eller rutiner för att kunna anpassa vården och stödet på ett bra sätt.

Det kan också handla om kunskapshöjande insatser som riktar sig till yrkesverksamma som möter målgruppen. Kunskapen behöver spridas och implementeras så att den når verksamheter runt om i landet och här kan den nationella kunskapsstyrningen ha en viktig roll. Kunskapsinhämtning inom ramen för uppdraget har synliggjort att det saknas kunskapsstöd och riktlinjer på nationell nivå som specifikt rör situationen och behoven som omfattar flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroende. Mot bakgrund av detta ser Socialstyrelsen behov av att se över relevanta

⁶⁰ Sådan forskning förekommer i Sverige. Se bland annat forskningsprojektet *Jämlik vård för kvinnor i hemlöshet* som drivs av Elisabeth Mattsson m fl. vid Marie Cederschiöld högskola, finansierat av Forte och Vetenskapsrådet.

kunskapsstöd riktade till vård och omsorg, för att i högre utsträckning omfatta de behov som flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroende har. Det inkluderar bland annat Socialstyrelsens nationella riktlinjer om vård och stöd vid missbruk och beroende. För att ge bättre stöd till socialtjänsten att upptäcka våld planerar Socialstyrelsen även att under 2024 och 2025 bland annat utveckla ASI-manualen med tydligare beskrivningar av våldsutsatthet, våldsutövande och tillvägagångssätt för att ställa frågor om detta. Vidare kan informationen på Kunskapsguiden.se utvecklas och kompletteras med information om våldsutövande. Även temasidor som riktar sig till socialsekreterare inom barn och unga samt äldreomsorgen skulle kunna ses över och eventuellt kompletteras med information om sambandet mellan våld och skadligt bruk och beroende.

Även Yrkesresan - Skadligt bruk och beroende⁶¹ samt Yrkesresan - Barn och unga⁶² är betydelsefulla material och som innebär ännu en möjlighet att sprida kunskap om de behov som särskilt omfattar flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroende.

Motverka stigma

Könsrelaterade normer och en dömande attityd från omgivningen som i många fall omgärdar personer som använder droger, kan få betydelse för hur kvinnor ser på sin droganvändning och även påverka benägenheten att söka vård och stöd vid skadligt bruk och beroende. Analysen pekar mot en hög grad av stigmatisering kring flickors och kvinnors skadliga bruk och beroende, med en stark koppling till skam och skuld utifrån rollen som förälder. Av såväl studier inom området samt våra egna intervjuer framgår att situationen som rör barn och föräldraskap ofta är skamfylld för kvinnor med skadligt bruk eller beroende.

Det finns också indikationer om att kvinnor med skadligt bruk eller drogberoende upplever ett starkare socialt ogillande från män och omgivningen i stort, medan män i motsvarande situationer tycks möta en större tolerans och lägre grad av stigmatisering. Ett exempel är skillnader i bemötande från vård- och omsorgspersonal beroende på om patienten är en man eller en kvinna. Av genomförda intervjuer framgår att det kan finnas förväntningar på att kvinnor bör uppträda på ett visst sätt och att kvinnor upplever att de ofta behöver anpassa sig efter sådana förväntningar, för att inte riskera att bli utan vård eller omsorg. Kvinnorna beskriver bland annat upplevelser av att de inte får vara för arga, för ledsna eller för krävande i kontakten med myndigheter.

⁶¹ Yrkesresan är ett samarbete mellan Sveriges Kommuner och Regioner, Regionala samverkans- och stödstrukturer och Socialstyrelsen. Yrkesresan Skadligt bruk och beroende riktar sig medarbetare inom socialtjänsten och de första kurserna lanseras i mars 2025.

⁶²

Även om de själva inte delar denna uppfattning, känner några av de verksamhetsföreträdare som deltagit i intervjuerna, igen bilden av att kvinnor med missbruk ofta betraktas som en särskilt svår patientgrupp. De menar också att kvinnor överlag riskerar att betraktas som mer manipulerade, mer beräknande, mer känslolstyrda och mer komplicerade av vård- och omsorgspersonal.

Mot bakgrund av detta kan det krävas en särskild lyhördhet för eventuella negativa erfarenheter som kvinnorna mött tidigare i livet och som kan förstärka deras känsla av stigma. En sådan lyhördhet och medvetenhet ställer särskilda krav på ett vänligt och respektfullt bemötande för att sänka trösklarna för flickor och kvinnor med beroende att ta del av vård- och omsorgsinsatser, samt främja att vård och stöd ges på ett likvärdigt sätt. Det är viktigt att kunskapen om hur attityder och bemötande kan påverka känslan av stigmatisering och därigenom också förutsättningarna för flickor och kvinnor att ta del av samhällets insatser, är väl förankrad i verksamheter som möter målgruppen, samt i det individnära arbete som utförs av företrädare inom dessa verksamheter. Därför behövs kunskapshöjande insatser inom såväl verksamheter som direkt vänder sig till målgruppen, som till närliggande verksamheter, och till olika nivåer inom dessa verksamheter.

Fokusera på våldet och skapa trygga miljöer

Den samlade kunskapen visar att en högre andel flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroende har utsatts för någon form av trauma genom olika former av våld, inklusive sexuellt våld. Erfarenheten av våld tidigare i livet kan också, i hög grad vara relaterat till beroendeproblematiken, exempelvis genom att drogen blir ett sätt att dämpa oro eller ångest till följd av våldserfarenheten. Detta innebär att yrkesverksamma inom vård och omsorg behöver ha en särskild kunskap och beredskap för att hantera dessa trauman och för att främja en läkningsprocess och återhämtning.

Erfarenheter av våld under uppväxten och senare i livet gör med andra ord att flickor och kvinnor i vissa fall använder droger för att hantera dessa upplevelser. Upplevelser av trauma kan även äventyra möjligheten att fullfölja en behandling. Insatser som riktas enbart mot beroendet kan därmed ge sämre resultat än de som även fokuserar på våldet. Trots detta visar en analys av den samlade kunskapsinhämtningen att fokus ofta läggs i huvudsak på själva beroendet.

Tidigare erfarenhet av våld och traumatisering kan i sin tur öka behovet av att vårdas tillsammans med enbart flickor eller kvinnor, och i vissa fall av enbart kvinnlig personal. Möjligheten till det är dock ytterst begränsad. Det finns exempelvis endast ett par mottagningar inom hälso- och sjukvårdens specialiserade öppenvård som enbart tar emot kvinnor och som kan erbjuda såväl beroendevård som traumabehandling. Resultatet av kunskapsinhämtningen visar även att det är ovanligt med könsseparerade

alternativ bland de heldygnsinsatser som socialtjänsten beslutar om. Omkring 10% av de HVB vars målgrupp inkluderar missbruk/beroende eller samsjuklighet tar emot enbart kvinnor, 20% enbart män och 70% både kvinnor och män. Analysen talar därför för att möjligheten till könseparerad vård behöver öka och tillgängliggöras för alla de kvinnor som behöver sådan vård.

Flickor och kvinnor med skadligt bruk och beroende är mer sårbara för att utsättas för våld eller sexuellt utnyttjande, vilket bland annat kan kopplas till den förhöjda risken för kvinnor att befinna sig i ett destruktivt beroendeförhållande till en partner utifrån exempelvis ekonomiska, materiella eller känslomässiga skäl.

Analysen visar att kvinnor med beroendeproblematik, i högre utsträckning än män, behöver välja mellan hemlöshet och våld. Vetskapen om de risker som följer med hemlöshet, såsom risken för återkommande våld från flera olika förövare, kan göra att kvinnan väljer att stanna hos en våldsam partner. Boendalternativen kan också begränsas av att de flesta skyddade boenden inte tar emot personer som är i ett pågående missbruk. Detta gör att möjligheten till skydd för många kvinnor är villkorad. Kommunerna har fått ett förtydligat ansvar att se till att det finns tillgång till skyddade boenden som också ska uppfylla krav på god kvalitet för den målgrupp som boendet tar emot.⁶³ Vår analys visar på ett behov av att kunna tillhandahålla skyddade boenden med olika utformning, även, och i synnerhet, för flickor och kvinnor med beroendeproblematik. En särskild beredskap behövs även för att kunna erbjuda skyddat boende för kvinnor som har såväl beroendeproblematik som PTSD utifrån tidigare traumaerfarenhet. Det kan behövas såväl akut och långsiktigt skydd som stöd för att hitta en väg in till behandling. Vård för beroende och psykiatriska tillstånd behöver med andra ord tillgängliggöras även för kvinnor som lever med skyddad identitet eller på skyddade boenden.

Den sammantagna kunskapsinhämtningen visar att den förhöjda risken att utsättas för våld som omfattar flickor och kvinnor, gäller i synnerhet VINR inklusive sexuellt våld. Men det framkommer också att våldet kan ta sig andra uttrycksformer, utöver nära relationer. Intervjumaterialet indikerar också att våldsutsatta flickor och kvinnor med beroendeproblematik löper risk att bli utan vård och stöd, om de faller utanför ramen för det skyddsnet som samhället byggt upp och eventuella satsningar eller prioriteringar inom detta, såsom fokus och satsningar på VINR. Det behöver därför finnas en medvetenhet kring eventuella utestängningseffekter och en beredskap för att motverka dessa i syfte att inkludera grupper som annars riskerar att falla utanför.

⁶³ 6 kap. 2 § SoL samt 3 kap. 3 § SoL.

Åtgärder behöver även fokusera på våldsutövarna, exempelvis genom att inkludera behandling mot våldsutövande, parallellt med missbruks- och beroendevård. Åtgärderna behöver rikta sig till både kvinnor och män, och män i synnerhet eftersom det våld som flickor och kvinnor med beroendeproblematik utsätts för, i de flesta fall utövas av en man. Det är också viktigt att fortsätta undersöka vilka komponenter som är nödvändiga för att en behandlingsmetod ska ge effekt och i vilken mån de tar hänsyn till förekomst av skadligt bruk eller beroende.

Det krävs kraftfulla och långsiktiga åtgärder för att främja och skapa trygga miljöer för flickor och kvinnor med skadligt bruk och beroende. Åtgärderna handlar dels om att förebygga att våld utövas, dels om att behovet av skydd, stöd och rehabilitering tillgodoses för de som drabbas. Det handlar om åtgärder för att tillförsäkra flickor och kvinnor en trygg bostad för att minska beroende av destruktiva/skadliga partnerrelationer. Det handlar också om att tillgången till könsseparerade vård- och stödformer där behovet av sådan kan vara särskilt starkt för flickor och kvinnor med erfarenhet av fysiskt, psykologiskt och sexuellt våld. Samhället behöver kunna erbjuda en vård som är trygg och tillgänglig för flickor och kvinnor. Socialtjänsten, hälso- och sjukvården och institutionsvården behöver arbeta med attityder och normer kring flickor och kvinnor med beroendesjukdom samt verka för att på alla sätt förebygga övergrepp och våld i verksamheterna gentemot patienter/brukare, oavsett om det rör övergrepp och våld från andra patienter och brukare eller från personal. Sammantaget krävs åtgärder för att skapa välkomnande, icke-dömande, stödjande och fysiskt och känslomässigt trygga miljöer för flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroende.

Stärk tillgången till insatser kopplat till kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa

I Socialstyrelsens lägesrapport för hälso- och sjukvården 2024 konstateras stora skillnader i regionernas arbete för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.[77] Den lyfter bland annat fram att, för att kunna uppnå en jämlik hälso- och sjukvård, behöver tillgängligheten till vård som rör SRHR öka, vilket i sin tur innebär att kompetensen inom SRHR i vården behöver stärkas. [77]

Vår kunskapsinhämtning lyfter fram vikten av att erbjuda flickor och kvinnor insatser inom sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i samband med andra vård- och stödinsatser relaterat till skadligt bruk eller beroende, såsom tillgång till preventivmedel, screening för livmoderhalscancer och testning av sexuellt överförbara infektioner.

En graviditet kan vara en period med hög motivation att ta del av vård, men det kan också finnas hinder i form av skuld och skamkänslor, och rädsla för myndigheters inblandning. Mödrahälsovård, barnhälsovård, förlösning

samt individ- och familjeomsorg behöver ha kompetens och kunskap att uppmärksamma skadligt bruk och beroende vid graviditet, och berätta om möjligheter till stöd och behandling. För att tillgodose de specifika behoven behöver mödravården också erbjuda ett utökat och anpassat stöd under graviditeten och även erbjuda anpassat stöd efter att barnet är fött.

Ta hänsyn till relationella och psykosociala behov

Vår kunskapsinhämtning visar att det finns skillnader i sociala relationsmönster mellan kvinnor och män som har ett skadligt bruk eller beroende. Det är vanligare att kvinnors problematik har en starkare koppling till relationella och psykosociala faktorer, vilket påverkar såväl bruk som behandling. Kvinnor med beroendeproblematik har oftare en partner med liknande problematik och kvinnor får, i de fall de vårdas tillsammans med sin man, i högre omfattning ta ansvar även för mannens behov och behandling. En destruktiv partnerrelationen kan även på olika sätt motverka möjligheterna för kvinnan att bli fri från sitt beroende.

Det är också vanligt att kvinnor och flickor med skadligt bruk och beroende har ett svagt socialt nätverk och saknar socialt stöd i högre utsträckning än vad män gör. Särskild hänsyn till just psykosociala behov och omständigheter kan behövas, exempelvis i samband med terapeutisk behandling. Det är därför viktigt att identifiera andra betydelsefulla stödfunktioner runt flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroende och sträva efter att involvera dem i stöd- och behandlingsinsatser.

Många personer med skadligt bruk eller beroende är själva föräldrar och kvinnorna tar ofta ett större ansvar för omsorg om barnen. Vetskapen om att barnen kan omhändertas av socialtjänsten kan vara en bidragande eller avgörande faktor för att kvinnan dröjer med eller avstår ifrån att söka hjälp för sitt beroende. På motsvarande sätt kan en tidigare kontakt med socialtjänsten utifrån oro för barnets situation, bidragit till en misstro gentemot socialtjänsten och bristande tillit till socialtjänsten som en stödjande funktion. I vissa fall krävs anpassade lösningar för att möjliggöra för kvinnan att kunna ta hand om sina barn under en behandling vilket exempelvis kan innebära tillgång till barnomsorgstjänster eller familjeorienterade behandlingsalternativ. Vikten av att utgå från ett familjeperspektiv behöver därmed beaktas, men utan att de insatser som ges sker på bekostnad av barnets rätt till stöd och skydd.

Samordna vård och omsorg vid samsjuklighet

Vid sidan av behov som rör skadligt bruk eller beroende kan det finnas behov av andra hälsorelaterade vård- och omsorgsinsatser.

Kunskapsinhämtningen visar att samsjukligheten med psykiatriska

diagnoser vid sidan av beroendet, till exempel depression och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), är högre hos kvinnor jämfört med män. Denna bild bekräftas av de yrkesverksamma som medverkat i våra intervjuer och deras erfarenhet i mötet med flickor och kvinnor med beroendeproblematik är att målgruppen ofta söker vård för psykisk ohälsa, till exempel ångest, sömnstörningar, ätstörningar, ensamhet, mobbning, problem i skolan, samtidigt som ett skadligt bruk eller beroende uppdragas. Genom en ökad risk för samsjuklighet löper kvinnor också risk för allvarigare konsekvenser av sitt drogberoende, jämfört med män, i synnerhet om behövlig vård uteblir.

Mot bakgrund av detta behöver kunskapen och medvetenheten kring att förekomsten av samsjuklighet är vanligare bland kvinnor finnas hos professionella i mötet med personer med beroendeproblematik. Det ställer också krav på en särskild beredskap inom vård och omsorg att såväl uppmärksamma som hantera samsjuklighet, och erbjuda integrerade behandlingsinsatser.

Vi ser också att vissa av de förslag som presenterats i betänkandet från Samsjuklighetsutredningen⁶⁴, i de fall de realiserats, kan komma att gynna förutsättningarna för att tillgodose behov av vård och stöd som specifikt omfattar flickor och kvinnor med beroendeproblematik. Förslaget om att hälso- och sjukvården ska ansvara för all behandling av skadligt bruk och beroende, kan bidra till att skadligt bruk och beroende ses som en psykiatrisk diagnos bland andra, vilket i sin tur kan komma att bidra till att minska den stigmatisering som omfattar flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroende i någon mån. Vidare föreslår utredningen att behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd, samt att det ska införas en skyldighet för regioner och kommuner att bedriva en gemensam vård- och stödsamordning för personer med särskilt behov av samordning. Vi bedömer att en mer samordnad vård och en sådan vård- och stödsamordning kan vara särskilt betydelsefull för målgruppen, mot bakgrund av att samsjuklighet är vanligt förekommande bland flickor och kvinnor med beroendeproblematik.

⁶⁴ Se Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93).

Referenser

1. Eleonorasdatter E. "Det hade ju aldrig hänt annars" : Om kvinnor, klass och droger: MediaTryck Lund; 2021.
2. Buccelli C, Della Casa E, Paternoster M, Niola M, Pieri M. Gender differences in drug abuse in the forensic toxicological approach. *Forensic Sci Int.* 2016; 265:89-95.
3. Arbetsmarknadsdepartementet. Handlingsplan för hbtqi-personers lika rättigheter och möjligheter. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet; 2021.
4. Socialstyrelsen. Ordlista om normer och hbtq. 2023. Hämtad 2023-11-16 från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/arbetsmetoder-och-perspektiv/hbtq/ordlista-om-normer-och-hbtq/>
5. Regeringskansliet. Agenda 2030 för hållbar utveckling. 2024. Hämtad 2024-04-18 från: <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/>
6. Socialstyrelsen. Kartläggning av skyddade boenden i Sverige. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
7. UNODC. Guidelines on Drug Prevention and Treatment for Girls and Women. Wien: United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC; 2016.
8. EMCDDA. Women and drugs: health and social responses. Miniguide. Health and social responses to drug problems a European guide. . European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2022.
9. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
10. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
11. Socialstyrelsen. Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar. . Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
12. Socialstyrelsen. Graviditet, förlossning och tiden efter. Nationellt kunskapsstöd för kontinuitet i vårdkedjan och vård på rätt nivå. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
13. Socialstyrelsen. Behandling av spelmissbruk och spelberoende. Kunskapsstöd med rekommendationer till hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
14. Socialstyrelsen. Prekonceptionell hälsa – levnadsvanor före och under graviditet Nationellt kunskapsstöd till personal i hälso- och sjukvården med fokus på tobak, alkohol och folsyra. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
15. Socialstyrelsen. Identifiera alkoholbruk, narkotikabruk, rökning och snusning. 2023. Hämtad 2024-01-18 från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/nationella-riktlinjer-graviditet-forlossning-och-tiden-efter/rekommendationer/oversikt-graviditet/identifiera-alkoholbruk-narkotikabruk-rokning-och-snusning/>

16. Sveriges kommuner och regioner. Nationella vård och insatsprogram. Missbruk och beroende. 2024. Hämtad 2024-04-18 från: <https://www.vardochinsats.se/missbruk-och-beroende/>
17. Folkhälsomyndigheten. Hälsa på lika villkor? . 2022. Hämtad 2024-04-18 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/>
18. Folkhälsomyndigheten. Levnadsvanor – Resultat för uppföljningen av folkhälsopolitikens målområde 6 [Elektronisk resurs]. Stockholm; 2023.
19. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning C. Vanor och konsekvenser. 2021. Hämtad 2024-04-18 från: <https://www.can.se/undersokningar/vanor-och-konsekvenser/>
20. Sundin E, Gripe I, Zetterqvist M, Ramstedt M, Guttormsson U. Användning och beroendeproblem av alkohol, narkotika och tobak [Elektronisk resurs]. 2022.
21. Socialstyrelsen. Lägesbild 2023. Uppföljning av ANDTS strategins mål avseende vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.
22. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). CAN:s nationella skolundersökning 2023. Ungas erfarenheter av alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel. CAN Rapport 223; 2023.
23. Bergström M. "I could've had a better life". Reflective life reviews told by late-middle-aged and older women and men with ongoing long-term alcohol problems. Nordisk Alkohol Nark. 2017; 34(1):6-17.
24. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Användning och beroendeproblem av alkohol, narkotika och tobak. En studie med fokus på år 2021 i Sverige: CAN - Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2022.
25. Folkhälsomyndigheten. Problematiskt narkotikabruk i Sverige 2007–2020 [Elektronisk resurs]. 2023.
26. Folkhälsomyndigheten. Statistik över spelproblem i Sverige. 2023. Hämtad 2023-12-13 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/spelprevention/statistik/spelproblem/>
27. Miller L, Mide M, Arvidson E, Söderpalm Gordh A. Clinical differences between men and women in a Swedish treatment-seeking population with gambling disorder. Frontiers in Psychiatry; 2023.
28. Nolen-Hoeksema S. Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. Clin Psychol Rev. 2004; 24(8):981-1010.
29. Abasi I, Mohammadkhani P. Family Risk Factors Among Women With Addiction-Related Problems: An Integrative Review. Int J High Risk Behav Addict. 2016; 5(2):e27071.
30. Mohemmad Rizal MR, Hayat Khan A, Noor Harun S, Saleh Z. Gender Differences on Methadone Maintenance Treatment Outcome among Patients with Opioid use Disorder: A Systematic Review. J Pharm Bioallied Sci. 2020; 12(Suppl 2):S657-s62.
31. Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK). Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen. Uppsala; 2010.
32. Anderberg M, Boson K, Dahlberg M, Fahlke C, Melander Hagborg J. Mer än varannan ungdom med alkohol- och narkotikaproblem i öppenvården har erfarenhet av utsatthet i barndomen. Treatment Research on

- Adolescents at the Maria clinics (TRAM) *Socialmedicinsk Tidskrift*. 2019; 96(6):786-99.
33. Dahlberg M, Anderberg M. Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö. Ungdomar i öppenvård år 2021: Institutet för kunskaps- och metodutveckling inom ungdoms- och missbruksvården, IKM, Linneuniversitetet; 2021.
 34. Statens institutionsstyrelse SiS. Personer intagna på SiS LVM-hem 2020. En tabellsammanställning av DOK inskrivningsintervju: Statens institutionsstyrelse; 2021.
 35. Statens institutionsstyrelse SiS. Ungdomar intagna på SiS särskilda ungdomshem under 2020. En tabellsammanställning av ADAD inskrivningsintervju Statens institutionsstyrelse 2020.
 36. Storbjörk J. Gender differences in substance use, problems, social situation and treatment experiences among clients entering addiction treatment in Stockholm. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* [Internet]. 2011. s. 185–209.
 37. Eriksson A, Palm J, Storbjörk J. Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling: En beskrivning av klientgruppen inom socialtjänstens missbrukarvård i Stockholms län 2001-2002. Stockholm: Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD); 2003. Report No.: 91-974633-4-5 (ISBN).
 38. EMCDDA. Perspectives on drugs. Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2016.
 39. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
 40. Sullivan LE, Fiellin DA, O'Connor PG. The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: a systematic review. *Am J Med*. 2005; 118(4):330-41.
 41. Adamson SJ, Sellman JD, Frampton CM. Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review. *J Subst Abuse Treat*. 2009; 36(1):75-86.
 42. Antai-Otong D, Theis K, Patrick DD. Dual Diagnosis: Coexisting Substance Use Disorders and Psychiatric Disorders. *Nurs Clin North Am*. 2016; 51(2):237-47.
 43. Boson K, Anderberg M, Hagborg JM, Wennberg P, Dahlberg M. Adolescents with substance use problems in outpatient treatment : a one-year prospective follow-up study focusing on mental health and gender differences. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2022; 17(1).
 44. Beijer U, Scheffel Birath C, DeMartinis V, Af Klinteberg B. Facets of Male Violence Against Women With Substance Abuse Problems: Women With a Residence and Homeless Women. *J Interpers Violence*. 2018; 33(9):1391-411.
 45. Länsstyrelsen Västmanlands län. Vem ser oss? En studie om kvinnor i missbruk och deras upplevelser av våld i nära relation. 2021. Hämtad 2023-05-12 från: <https://catalog.lansstyrelsen.se/store/23/resource/19>

46. Ogden SN, Dichter ME, Bazzi AR. Intimate partner violence as a predictor of substance use outcomes among women: A systematic review. *Addictive behaviors*. England: Elsevier Science; 2022. s. 107214.
47. Birath CS, Beijer U, DeMarinis V, af Klinteberg B. Women with Substance Abuse Problems Exposed to Men's Violence - A Public Mental Health Challenge. *Public Mental Health Research Substance Abuse and Women Journal of Addiction Research & Therapy*. 2013; 4(2):1-7.
48. Devries KM, Child JC, Bacchus LJ, Mak J, Falder G, Graham K, et al. Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2014; 109(3):379-91.
49. Mason R, Du Mont J. Advancing our knowledge of the complexity and management of intimate partner violence and co-occurring mental health and substance abuse problems in women. *F1000Prime Rep*. 2015; 7:65.
50. Stephens-Lewis D, Johnson A, Huntley A, Gilchrist E, McMurrin M, Henderson J, et al. Interventions to reduce intimate partner violence perpetration by men who use substances: A systematic review and meta-analysis of efficacy. *Trauma, Violence and Abuse*. 2021; 22(5):1262-78.
51. Ogden SN, Dichter ME, Bazzi AR. Intimate partner violence as a predictor of substance use outcomes among women: A systematic review. *Addict Behav*. 2022; 127:107214.
52. Henderson A, Stenfert Kroese B. Group interventions for trauma and substance misuse available for women in criminal justice services: A systematic review of the literature. *Journal of Forensic Practice*. 2020; 22(4):235-49.
53. Petersson J, Strand S, Selenius H. Risk Factors for Intimate Partner Violence : A Comparison of Antisocial and Family-Only Perpetrators. *Journal of Interpersonal Violence*. 2019; 34(2):219-39.
54. Socialstyrelsen. *Behandlingsmetoder för personer som utövar våld i nära relationer*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
55. Garpenhag L, Dahlman D. Participation in screening for breast and cervical cancer among women with current or previous drug use: a survey study. *BMC Public Health*. 2023; 23(1):352.
56. SWECO. *Kartläggning av vårdutbudet inom sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR): SWECO*; 2024.
57. Tsuda-McCaie F, Kotera Y. A qualitative meta-synthesis of pregnant women's experiences of accessing and receiving treatment for opioid use disorder. *Drug Alcohol Rev*. 2022; 41(4):851-62.
58. Renbarger KM, Shieh C, Moorman M, Latham-Mintus K, Draucker C. Health Care Encounters of Pregnant and Postpartum Women with Substance Use Disorders. *West J Nurs Res*. 2020; 42(8):612-28.
59. Des Jarlais DC, Feelemyer JP, Modi SN, Arasteh K, Hagan H. Are females who inject drugs at higher risk for HIV infection than males who inject drugs: an international systematic review of high seroprevalence areas. *Drug Alcohol Depend*. 2012; 124(1-2):95-107.
60. Guy D, Doran J, White TM, van Selm L, Noori T, Lazarus JV. The HIV pre-exposure prophylaxis continuum of care among women who inject drugs: A systematic review. *Front Psychiatry*. 2022; 13:951682.
61. Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, Matschinger H, Carta MG, Angermeyer MC. The stigma of alcohol dependence compared with other

- mental disorders: a review of population studies. *Alcohol* 2011; 46(2):105-12.
62. Beroendecentrum Stockholm. Årsrapport 2022. 2022 2023-06-27. Hämtad 2024-04-22 från: <https://www.beroendecentrum.se/fakta/anonymt-stod/arsrapport-2022/>
 63. Centrum för psykiatriforskning. Stödlinjen årsrapport 2023. 2023. Hämtad 2024-04-22 från: <https://www.psykiatriforskning.se/om-cpf/cpf-arsrapporter/stodlinjen/2023/>
 64. Socialstyrelsen. Lägesbild 2024. Uppföljning av ANDTS-strategins mål avseende vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
 65. Socialstyrelsen. Regeringsuppdrag att stödja ett ökat tillgängliggörande av naloxon. Slutrapport mars 2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
 66. Socialstyrelsen. Individ- och familjeomsorg – Lägesrapport 2024 [Elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
 67. Socialstyrelsen. Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2022 [Elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.
 68. Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Tillsyn av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete mot mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck. Slutredovisning av regeringsuppdrag A2021/01714: Inspektionen för vård och omsorg (IVO); 2024.
 69. Socialstyrelsen. Frågor om våld. En kartläggning av hur socialtjänsten och hälso- och sjukvården frågar om våldsutsatthet och våldsutövande samt användning av bedömningsmetoder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
 70. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av våld i nära relationer. 2023 2023-06-20. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/vald-i-nara-relationer/>
 71. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens utredningar av vissa skador och dödsfall 2022–2023. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
 72. Socialstyrelsen. Graviditet, förlossning och tiden efter. Metodbeskrivning och kunskapsunderlag. Bilaga. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
 73. Socialstyrelsen. Stärkt stöd till barn som anhöriga. Slutrapport från regeringsuppdrag 2017–2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
 74. Folkhälsomyndigheten. Hälsöfrämjande och förebyggande arbete med hepatit och hiv för personer som injicerar droger. En vägledning Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2015.
 75. Värmå Falk M, Strömdahl S, Ekström AM, Kåberg M, Karlsson N, Dahlborn H, et al. A qualitative study of facilitators and barriers to participate in a needle exchange program for women who inject drugs. *Harm Reduct J.* 2020; 17(1):84.
 76. Berge LI, Gjestad R, Franck J, Javaras KN, Greenfield S, Haver B. Gender specific early treatment for women with alcohol addiction (EWA): impact on work related outcomes. A 25-year registry follow-up of a randomized controlled trial (RCT). *Drug and alcohol dependence.* 2022; 239:109600.
 77. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård. Lägesrapport 2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.

Bilaga 1 – Kompletterande ramar och riktlinjer för vård och stöd

Frivillig vård eller tvångsvård

När någon har ett missbruk ska denne i första hand ges insatser på frivillig väg. Om frivillig vård inte är möjlig kan det dock bli aktuellt med omhändertagande och vård enligt LVM.⁶⁵ När socialnämnden genom anmälan eller på något annat sätt har fått kännedom om att det kan finnas skäl att bereda någon tvångsvård ska en utredning inledas.⁶⁶ Beslut om tvångsvård fattas av Förvaltningsrätten.⁶⁷ Bara om förutsättningarna för vård enligt LVM är uppfyllda, får tvångsvård ges för missbruket.⁶⁸

Socialtjänsten ansvar för att utreda ett barns behov av stöd och skydd samt bedöma risker, kan i vissa fall mynna ut i ett beslut om en placering utanför det egna hemmet. Om det saknas samtycke till sådan vård kan, tvångsvård bli aktuellt med stöd av LVU. LVU kompletterar således SoL och reglerar förutsättningarna för att bereda barn och unga vård när frivilliga insatser inte är möjliga.⁶⁹ När det gäller barn och unga upp till 20 år i behov av tvångsvård av på grund av missbruk så ska LVU användas före LVM om LVU är tillämplig.⁷⁰ Vård enligt LVU kan bli aktuellt antingen om det på grund av något förhållande i hemmet finns en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas, eller om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.⁷¹ Vård enligt LVU kan i vissa fall ges på ungdomshem som drivs av Statens institutionsstyrelse (SiS).

Samhällets ansvar för barn som växer upp i familjer med missbruk

Att växa upp i en familj där en familjemedlem har missbruks- eller beroendeproblematik innebär ofta stora påfrestningar som kan ge påtagliga konsekvenser för barns och ungas hälsa och utveckling i vardagen. Bland annat är risken större för att utsättas för vanvård, fysiska övergrepp och

⁶⁵ Se 2 och 4 §§ LVM.

⁶⁶ Se 7 § LVM.

⁶⁷ Se 5 § LVM.

⁶⁸ Se 2 § LVM.

⁶⁹ 1 § andra stycket LVU.

⁷⁰ Se 4 § LVM och prop. 1981/82:8 s. 75.

⁷¹ Se 2 och 3 §§ LVU.

kroppslig bestraffning. Det medför även ökad risk för en rad olika svårigheter i framtiden.⁷²

Av SoL framgår att socialnämnden ska erbjuda anhörigstöd och samverka med anhöriga.⁷³ Av HSL framgår att hälso- och sjukvården särskilt ska beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning, en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller har ett missbruk av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar, eller utsätter eller har utsatt barnet eller en närstående till barnet för våld eller andra övergrepp.⁷⁴

För missbruks- och beroendevården räcker det inte att enbart fokusera på den vuxnes missbruk utan även på hur missbruket har påverkat och påverkar relationerna till barn och andra anhöriga, samt situationen för dessa barn. Frågor om föräldraskap och stöd till anhöriga kommer därmed naturligt in i den utredning och vårdplanering som görs kring den vuxne med missbruksproblem.⁷⁵

Anmälningsskyldighet och uppgiftsskyldighet vid oro för barn

Vid misstanke om att ett barn far illa uppmanas allmänheten att anmäla sin oro till socialnämnden.⁷⁶ För anställda inom vissa myndigheter och i vissa verksamheter som berör barn och unga gäller att de är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa.⁷⁷ De som omfattas av anmälningsskyldighet har också en uppgiftsskyldighet, vilket innebär en skyldighet att lämna uppgifter som kan vara av betydelse för utredning av ett barns behov av skydd.⁷⁸ Det går inte att säga generellt när barnets situation är sådan, att det ska göras en anmälan eller ges information till socialtjänstens barn- och ungdomsvård. Att ett barn lever i en familj med pågående missbruk innebär oftast, men inte alltid, en risksituation som behöver utredas.

Rädslan för oroanmälningar kan göra att en förälder inte söker vård och stöd. Men eftersom anmälningsskyldighet gäller så kan inte anställda och myndigheter inom vare sig socialtjänst eller hälso- och sjukvård strunta i att anmäla vid misstanke om att barn far illa. Däremot är det viktigt att informera en förälder om vilken hjälp som finns att få från socialtjänsten

⁷²Se Barn som anhöriga – Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter, eller avlider, s. 33 ff, Socialstyrelsen 2013.

⁷³ 5 kap. 10 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

⁷⁴ 5 kap. 7 HSL.

⁷⁵ Se Föräldraskap och missbruk. Att ta upp frågor om föräldraskap i missbruks- och beroendevården s.7, Socialstyrelsen 2012.

⁷⁶ 14 kap. 1 § och 1 c § SoL.

⁷⁷ 14 kap. 1 § första stycket SoL.

⁷⁸ Se 14 kap. 1 § tredje stycket SoL.

Vård efter behov?

som stöd i föräldraskapet, att familjen i första hand får stöd och hjälp hemma och att barnet bara placeras utanför hemmet mot förälderns vilja om det finns en påtaglig risk för att barnets hälsa eller utveckling skadas om barnet bor kvar hemma.⁷⁹

⁷⁹ Jfr 2 § LVU.

Bilaga 2 – Intervjuguide, kvinnor och flickor med erfarenhet av vård eller stöd vid skadligt bruk eller beroende

INTRODUKTION

1. a) Vill du beskriva, med egna ord, de problem kopplat till skadligt bruk eller beroende som du har (vilken typ av beroende, omfattning, hur lång tid tillbaka osv)?
b) Har du varit i kontakt med socialtjänsten och/eller sjukvården med anledning av dina problem?
c) Vilken typ av stöd och/eller vård har du fått? Finns det vård/stöd du behövt men inte fått?

TILLGÄNGLIGHET / BEMÖTANDE/ BARRIÄRER

2. a) När du haft problem och behövt hjälpt, har du då vetat vart du ska vända dig?
b) Har du blivit erbjuden vård/stöd eller själv behövt söka upp stödet/vården?
c) Tycker du att det varit lätt eller svårt att få rätt hjälp?
3. Hur tycker du att du blivit bemött i vården och socialtjänsten? Vad har varit bra/mindre bra? Vad ser du som viktigt i personalens bemötande av dig? Vad behöver du för att känna dig trygg?
4. Finns det något som gjort att du inte velat eller kunnat söka vård? Har du blivit illa bemött /diskriminerad på något sätt? Har du erfarenhet av utebliven vård/stöd och i så fall av vilket skäl, exempelvis väntetider, att nekas vård, avslag på ansökan osv?

BEHOVSTILLFREDSTÄLLELSE

5. Har du fått den vård och det stöd du behövt? Om ja, vilken vård/stöd har du fått? Om nej, berätta om dina upplevelser.
7. Hur hade du önskat att det skulle ha fungerat/vilka eventuella förbättringar vill du se?

OM EVENTUELLA UPPLEVDA SKILLNADER

8. Upplever du att det finns skillnader mellan den vård som män och kvinnor får vid skadligt bruk eller beroende?
9. Har du erfarenhet av vård/stöd som vänder sig till både män och kvinnor? Har du erfarenhet av vård/stöd som riktar sig till enbart kvinnor? Har det någon betydelse om vården riktar sig till både kvinnor och män eller enbart kvinnor?

FYSISKA, PSYKISKA VÅRDBEHOV SAMT TRAUMA/ VÅLD

11. Har du fått hjälp med att bearbeta saker i ditt liv som varit jobbiga? Har det skett i samband med vård eller stöd för beroendet?

Bilaga 3 – Intervjuguide, verksamhetsföreträdare

1. Berätta om er verksamhet, och då specifikt kopplat till skadligt bruk och beroende, och din roll i den?
2. Vilket typ av beroende jobbar ni med?
3. Berätta om er patient/klientgrupp när det gäller kvinnor/flickor med skadligt bruk och beroende?
4. Vilka behov och omständigheter ser ni som specifika för just flickor och kvinnor med missbruk och beroendeproblematik? Med behov avses fysiska eller psykiska vårdbehov, alternativt behov kopplat till våldsutsatthet.
 - a. Vilka behov/omständigheter uppfattar du/ni att kvinnor och flickor själva sätter ord på?
 - b. Vilka behov/omständigheter ser du/ni mot bakgrund av din/er yrkeskunskap/erfarenhet?
5. Ser du/ni skillnader mellan kvinnors behov i förhållande till män med skadligt bruk/beroende alternativt skillnader i förhållande till andra grupper i samhället?
6. Erbjuder ni specifika tjänster/vård/stöd utifrån de specifika behov som målgruppen har (dvs flickor och kvinnor med skadligt bruk/beroende)?
7. Har ni uppfattat att det finns behov för av särskilda anpassningar exempelvis mottagningar/väntrum för kvinnor eller enbart kvinnlig personal?
8. Frågar ni kvinnorna om deras relationer/hemmiljö?
 - a. Vad gör ni om ni får reda på att det förekommer våld eller finns andra problem?
 - b. Uppfattar du/ni att det påverkar kvinnorna om det finnas andra i deras närhet med beroendeproblematik och i så fall hur?
9. Erbjuder ni specifikt stöd eller gör anpassningar kopplat till kvinnor med graviditet eller kopplat till föräldraskap? På vilket sätt?
10. Erbjuder ni specifikt stöd eller behandling till kvinnor med trauma? På vilket sätt? Tycker du att det finns adekvat stöd/behandling vid trauma som omfattar kvinnor med skadligt bruk/beroende?
11. Vilka andra aktörer samverkar ni med kring kvinnor med beroende? Hur fungerar samarbetet?
12. Vad känner ni till om målgruppens upplevelse av tillgänglighet och bemötande relaterat till den vård och omsorg som ges vid missbruk och beroende?
13. Finns det omständigheter som gör att kvinnor inte söker vård och stöd för skadligt bruk och beroende? Vilka?
14. Finns det behov/önskemål från kvinnorna som ni inte lyckas möta?
 - a. Varför?
 - b. Vad skulle ni kunna göra annorlunda?

Vård efter behov?

15. Upplever du att det finns negativa attityder eller fördomar relaterat målgruppen? Om så, uppfattar du att sådana attityder eller fördomar påverkar vården eller stödet i något avseende?
16. Hur tycker du att vård och stöd bör anpassas efter kvinnors behov? Finns det ytterligare behov av anpassningar/förbättringar? Hur är er verksamhet anpassad efter dessa behov?
17. Är det något speciellt som du tycker man måste tänka på eller ha i åtanke när man jobbar med kvinnor/flickor med skadligt bruk och beroende?



Vård efter behov? (artikelnr 2024-5-9075) kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.