

Könsuppdelad behandling eller ej?

En reflektion över vård- och behandlingsutbudet för alkoholberoende män och kvinnor de senaste 30 åren och hur man idag tänker om könsuppdelad behandling

Kristina Berglund¹ Fredrik Spak²

¹Docent i psykologi, Psykologiska institutionen, Göteborgs Universitet, 405 30 Göteborg. E-post: kristina.berglund@psy.gu.se. ²Docent i socialmedicin Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet, 405 30 Göteborg. E-post: fredrik.spak@socmed.gu.se.

I artikeln intervjuas två praktiker, med lång erfarenhet av missbruks- och beroendevård i Sverige, om utvecklingen av specifika kvinnoenheter under början av 1980-talet och vad grunden till könsuppdelad behandling kom ifrån. Vidare diskuteras hur tankegångarna har utvecklats sedan 1980-talet och hur man idag ser på frågan. Sammanfattningsvis har man idag gått ifrån tanken att ha könsuppdelad behandling för majoriteten av patienter och numera anses att vissa subgrupper inom vården, blir bättre hjälpta av könsuppdelad vård. Detta gäller framförallt gravida missbrukande kvinnor och kvinnor med erfarenhet av trauma, psykiskt, fysiskt och sexuellt våld. Dock är det viktigt att behandlande personal, oavsett behandlingsform, alltid har ett genusperspektiv, då det är lätt för både män och kvinnor att inta vissa könsrollsmönster som försvårar behandlingen samt att kvinnor ibland kommer i kläm i könsblandade grupper

In the article two practitioners, both with extensive experience in addiction treatment in Sweden are interviewed on the development of women's alcohol treatment facilities in the early 1980s and how gender-specific treatment originated. In summary, today the focus has moved away from having gender-specific treatment for the majority of patients to focusing on certain subgroups of women, which are thought to benefit from gender-specific care. This applies particularly to pregnant addicted women and women with experience of trauma or psychological, physical and sexual violence. It is important to emphasize that the treatment staff always, regardless of treatment modality, should employ a gender perspective. One of the reasons for this is that it is easy for both men and women to adopt certain gender roles that complicate treatment and that woman sometimes get trapped in mixed gender groups.

Vården för kvinnor med missbruk har av många antagits vara eftersatt jämfört med den för män. Det man framförallt diskuterat är att den varit för klen dimensionerad, att man kritiklöst modellerat vården för kvinnor efter vården för män, att en del av kvinnorna i könsblandade vårdprogram kommit att inta underordnade ”kvinnliga” positioner i förhållande till män, att man inte tillräckligt sett till kvinnors vårdbehov och att kvinnor eventuellt behöver särskilda vårdformer. Den forskning som framkommit på området har till stor del kommit från Nordamerika, men också i viss mån från Sverige. Läkaren Lena Dahlgren disputerade i ämnet 1979. Sedan kom flera studier från det av Dahlgren initierade vårdprogrammet EWA (Early treatment of women with alcohol addiction) i Stockholm. I en av studierna från EWA-projektet (Dahlgren & Willander, 1989) där resultaten visade att patienterna tycktes nå bättre behandlingsresultat i denna könsseparerade vård, sammanfattade Dahlgren: “Probably one of the most important achievements of a specialized female unit, such as EWA, is to attract women to come for help earlier”. För att belysa hur ovanstående frågor diskuterats de senaste 30 åren, och hur vård och behandling för alkoholberoende män och kvinnor ser ut idag, har vi i denna artikel valt att intervjua två praktiker, Ann-Gerd Melin (AGM) och Christina Scheffel Birath (CSB), som under flera årtionden, periodvis arbetat med eller själva initierat särskilda vårdprogram för kvinnor. AGM har bland annat varit verksamhetschef för sjukvårdens beroendevård i Göteborg fram till 2013 och CSB, medicine dok-

tor, arbetar för närvarande som samordnande psykolog vid Beroendecentrum i Stockholm. AGM och CSB blev intervjuade var och en för sig av Berglund och Spak. Den föreslagna skrivningen har sedan kommenterats av de intervjuade. Frågorna som ställdes var:

- När kom det separat behandlingsutbud för kvinnor, och vilka var skälen till detta?
- Har verksamheten uppfyllt dessa behov?
- I vilken utsträckning har behoven uppfyllts av andra verksamheter på orten?
- Hur har verksamheten utvecklats de senaste 15 åren?
- Hur har förutsättningarna (behov och resurser) ändrats under denna period?
- Har målgruppen förändrats?
- Hur önskar du/ni se den kommande utvecklingen?
- Övrigt?

I slutet av 1970-talet väcktes tankar både från samhället i stort och inom behandlarkretsar att något måste göras för kvinnor med alkoholproblem. Det man hade konstaterat i vården var att de kvinnor som kom till den akuta slutenvården för missbruk, den behandling som med några få undantag fanns att tillgå vid den här tiden i Sverige, var i mycket dåligt skick. Dessutom avbröt kvinnorna oftare än män behandlingen i förtid och de valde sällan att fortsätta med längre behandlingsalternativ efter att den akuta slutenvården var klar. Enligt AGM var den huvudsakliga orsaken till detta att kvinnorna inte kände sig bekväma med att dela avdelning med män som var i majori-

tet den könsblandade vården, eftersom 90 % av patienterna på den tiden var män. Dessutom uppkom frågan om man på något sätt kunde få kvinnor att söka hjälp i ett tidigare skede, med mer attraktiva vårdalternativ? Könsspecifika öppenvårdsalternativ var det man trodde skulle kunna tilltala kvinnor mer. Om det fanns öppenvårdsalternativ trodde man att kvinnor skulle söka i ett tidigare skede av missbruket – och att även de kvinnor som hade en social stabilitet skulle attraheras av att söka hjälp tidigare. Både i Göteborg och i Stockholm kom de allra första separata behandlingsalternativen för kvinnor i början av 1980-talet. En fråga som tappades bort i iveren att försöka hitta bra alternativ för kvinnor, enligt AGM, var att även män i tidigt skede hade behövt andra alternativ.

EWA-mottagningen, som först var både en öppenvårds- och slutenvårds-mottagning i Stockholm, öppnade 1981. Det var den första mottagningen som vände sig enbart till kvinnor och mottagningen blev en stilbildare för resten av Sverige. Det primära syftet med mottagningen var att försöka nå alkoholmissbrukande kvinnor på ett tidigare stadium. Mottagningen var också en forskningsmottagning, där man systematiskt samlade in data bland annat för att kunna normera biologiska alkoholmarkörer specifikt för kvinnor. Lyckades man nå kvinnor i ett tidigare skede? Enligt CSB, som arbetat på mottagningen mellan 1999 – 2008 och har läst de studier som gjordes under 1980-talet, så var medianen för kvinnornas konsumtion cirka två flaskor vin per dag, men spridningen i kon-

sumtionen var stor. Detta tyder inte på att man uppnådde just målsättningen att nå kvinnor tidigt i missbrukskarriären, dock anser CSB att EWA har haft stor betydelse för att vi fått upp ögonen för kvinnors ökande alkoholkonsumtion.

I Göteborg öppnades några år senare kvinnoenheten, en öppenvårdsmottagning i centrala Göteborg, med samma målsättning som EWA-mottagningen. AGM menar att mottagningen så småningom nådde den målgrupp som var i fokus, eftersom kvinnorna efterhand nåddes i allt yngre åldrar, och det ibland var en fråga om högkonsumtion snarare än ett beroende. Och under de senaste 10 åren, från början av 2000-talet kan man ännu tydligare se denna trend med yngre kvinnor och mindre allvarliga missbruksproblem. AGM tror också att samhällets inställning till kvinnors drickande har förändrats till det bättre, då det inte är lika skam- och skuldfullt att ha missbruksproblem idag för en kvinna, jämfört med hur det var för 20 – 30 år sedan. Detta har också underlättat för kvinnor att söka hjälp tidigare.

Hur har då utvecklingen fortsatt med kvinnomottagningarna och är det fortfarande relevant att särskilja missbrukspatienter utifrån deras könstillhörighet? Vad gäller EWA-mottagningen, drogs verksamheten ner under slutet av 1990-talet i samband med en omorganisation. I början av 2000-talet återöppnades EWA, men nu med ändrat fokus. Målgruppen blev kvinnor med minderåriga barn och den utgångspunkt man hade i behandling var

ett familjeterapeutiskt perspektiv. Man hade också ett utökat samarbete med Rosenlunds mödravårdsteam, en hög-specialiserad mödravård för kvinnor med missbruk/beroendeproblematik. Man är sedan 2006 också samlokaliserad med den enheten. Idag har mottagningen parallellt med tidigare målgrupp även ett specifikt fokus på kvinnor med beroende och trauma. Mottagningens fokus förflyttades alltså successivt under årens lopp. Nya behov sågs och behövde täckas och ledande personer som hade intresse för olika frågor drev mottagningen mot olika metoder och behandlingsalternativ. Generellt vad gäller inställningen till kvinnobehandling beskriver CSB att man omkring 2010 alltmer började diskutera olika alternativ inom Stockholms sjukvård. Behövdes könsspecifika alternativ i jämställdhetens Sverige? Problemen var ju desamma både för män och för kvinnor. Dessutom skedde ett skifte i prioriteringar från den generella behandlingen för kvinnor med alkoholproblem till att mer fokusera på vissa utsatta grupper såsom kvinnor och män med minderåriga barn, traumatiserade kvinnor, samt kvinnor med mer komplexa vårdbehov. Gravida kvinnor var en grupp som man fortsatte att prioritera, men det fanns också ett mer uttalat fokus på den blivande pappan. I Göteborg fortsatte man att driva en enskild mottagning för kvinnor och här fanns inte samma ifrågasättande omkring 2010 om kvinnobehandling skulle finnas eller inte. Liksom i Stockholm fanns (och finns fortfarande), i Göteborg en speciell mottagning för gravida kvinnor, där även den blivande pappan kan delta. Både i Stockholm och

i Göteborg kvarhåller man alltså idén om att gravida missbrukande kvinnor är en grupp med särskilda behov som i allra högsta grad behöver få möjlighet att gå på en specifik mottagning för att kunna fokusera på drogfrihet, graviditeten och det kommande barnet. Enligt AGM är det oerhört viktigt att det ska finnas ett lättillgängligt vårdutbud så att man snabbt kan fånga upp kvinnorna. Kompetens behövs från mödravård och gynekologläkare som behöver jobba tillsammans i ett team och allra helst ska barnvården vara med, som sedan lättare har möjlighet att hjälpa och stötta föräldrarna i deras nya roll, helst under flera år framåt.

CSB menar att det finns ett behov kvar att ha ett genusperspektiv i behandling då många stereotypa könsroller fortfarande finns, där kvinnor tilldelas/intar en tillbakadragen roll enligt traditionella könsmonster och det ibland uppstår oönskad parbildning under behandlingen vilket kan leda till fastlåsnings såväl stereotyp relationsmönster samt risk för problem att bibehålla nykterhet. Men det betyder inte att man måste ha könsseparerade mottagningar. Det som är viktigt tror hon, är att uppmärksamma könsrollsmönster i vården och att satsa på att personalen har kompetens för att kunna förhålla sig till frågan på ett professionellt sätt i patientkontakten.

AGM menar att specialiserad kvinno-behandling fortfarande behövs men främst för kvinnor som lever under svåra förhållanden, eller som har erfarenhet av sexuellt överväld, prostitution och annat våld. Här finns en

stark rädsla för att träffa män. Finns det ingen skyddad verksamhet för denna grupp så når man inte dessa kvinnor. Framförallt behövs det skapas en slutenvård för den mest utsatta gruppen kvinnor, något som hon anser bör prioriteras inom vården idag. Denna tanke har gått stick i stäv med att slutenvården alltmer har minimerats under de senaste åren, vilket har gjort att en specifik slutenvård för kvinnor inte har gått att tillskapa i Göteborg. AGM menar vidare att för kvinnor och män med social stabilitet behövs det ingen könsspecifik behandling, där är gemensamma mottagningar ett bättre alternativ.

Har vi tillgodosett kvinnors och mäns behov att få hjälp för sina problem, eller är resurserna otillräckliga. Har resurserna till och med minskat? AGM menar att i ett längre perspektiv så har beroendevården i Göteborg fått ökade resurser. Vad gäller utbudet specifikt för kvinnor i Göteborg, så har det skett en omstrukturering av resurserna som innebär att personal inom specifik kvinnoöppenvård i viss utsträckning fått förstärka öppenvården för patienter med samsjuklighet som då inbegriper både män och kvinnor. AGM är nöjd med att beroendemottagningen för kvinnor fortfarande finns kvar. I den fångar man upp många yngre kvinnor med svår problematik. AGM är också nöjd med att det tillförts resurser till substitutionsprogrammet så att kvinnor i substitutionsprogrammet har kunnat få en särskild öppenvård. En grupp som skulle behöva mer resurser är personer med missbruk/beroende och psykiatrisk samsjuklighet.

I Göteborg får denna patientgrupp sin vård inom beroendekliniken till skillnad från Stockholm och Malmö som har byggt upp organisationen kring denna grupp på ett annat sätt. Gruppen, varav många är kvinnor, har tagit mer och mer resurser i anspråk, inte minst inom slutenvården. Det krävs speciell kompetens kring denna patientgrupp och samverkan med andra samhällsinstanser, exempelvis socialtjänsten, behöver ytterligare utvecklas. En grupp som skulle behöva en egen mottagning, är personer med social stabilitet och utan psykiatrisk samsjuklighet, men som har ett så pass svårt beroende att primärvården inte klarar av att hantera det. Denna mottagning behöver inte vara könsspecifik.

Vad gäller män, har det egentligen aldrig förts en diskussion om specifika mansmottagningar. Spridda försök att ha mansgrupper gjordes, speciellt på 1990-talet. Men enligt AGM fungerade det inte speciellt bra. Männerna kände sig inte bekväma att sitta i en grupp bland enbart män och berätta om sig själva och känsliga erfarenheter. Detta innebär inte, att läget inte skulle kunna bli annorlunda, men tidigare har det alltså varit ett alternativ som generellt har fungerat dåligt.

CSB tror inte att resurserna i beroendevården i Stockholm, vare sig för män eller kvinnor, har minskat, sett i ett längre perspektiv – snarare är det tvärtom. Dessutom finns en hel del vårdalternativ för kvinnor i Stockholm. Däremot tror hon att det kan vara ett större problem i småstäderna. Långa avstånd och resor försvårar och spe-

cifika kvinnomottagningar finns i allmänhet inte utanför storstäderna.

För att sammanfatta de båda intervjuerna anser både Ann-Gerd Melin och Christina Scheffel Birath att det fortfarande finns stora behov av att ha ett genusperspektiv inom beroendevården. Det betyder inte nödvändigtvis att det behövs könsspecifika mottagningar för alla grupper, utan snarare att man återkommande behöver uppmärksamma och diskutera de könsrollsmönster som lätt kan uppkomma i könsblandade verksamheter såväl som i kvinnors och mäns vardag. Det finns fortfarande behov av specifika kvinnomottagningar och framförallt för de allra mest sårbara och traumatiserade kvinnorna samt för gravida missbrukande kvinnor. Generellt finns ett be-

hov av ökad kunskap på detta område i de delar av Sverige som inte har sådan nu, och i anslutning till detta skulle en kunskapsenhet som arbetar med genuspecifika frågor kunna vara till stor nytta. Förutom att generera kunskap på området skulle den kunna stödja lokala ansträngningar att etablera bättre kunskap om genusrelaterade behov i vården, inte minst i orter där sådan kunskap och sådana vårdmöjligheter saknas.

Referenser

Dahlgren L, Willander A. Are special treatment facilities for female alcoholics needed? A controlled 2-year follow-up study from a specialized female unit (EWA) versus a mixed male/female treatment facility. *Alcohol Clin Exp Res.* 1989 Aug;13(4):499-504.

Smt sponsras av FORTE

<http://www.forte.se/>



Forskningsrådet för
hälsa, arbetsliv och välfärd