

Allmän SiS-rapport
2004:10

Kvinnor i LVM-vård

Av Marie-Louise Körlof

Förord

Kvinnor utgör ungefär en tredjedel av samtliga LVM-omhändertagna varje år. Det finns betydande skillnader mellan kvinnor och män som missbrukar. Kunskapen om vård och behandling för kvinnor med missbruk är generellt sett bristfällig.

Syftet med den här utredningen är att undersöka de problem de omhändertagna kvinnorna har och hur väl vården och behandlingen vid LVM-hemmen svarar emot kvinnornas problem och behov. Rapporten framställs i olika avsnitt, kvinnornas problembild beskrivs i ett första steg. Efter det följer ett avsnitt om problemdifferentiering på olika LVM-hem, slutligen beskrivs den vård och behandling som bedrivs på LVM-hemmen för kvinnor. Rapporten innehåller också en sammanställning av aktuell forskning på området.

Utredningens resultat kommer att utgöra ett underlag för verksamhetsplaneringen när det gäller differentiering och behandlingsinsatser inom LVM-vården för kvinnor.

Föreliggande rapport är framtagen av utredningssekreteraren Marie-Louise Körlof vid planeringsavdelningen.

Stockholm i november 2004

Sture Korpi
Generaldirektör

Innehållsförteckning

INLEDNING	4
<i>Frågeställningar</i>	<i>4</i>
MATERIAL OCH DISPOSITION AV RAPPORTEN.....	5
SIS KLIENT- OCH DOKUMENTATIONSSYSTEM (KIA)	5
DOK- ETT SYSTEM FÖR DOKUMENTATION OCH UTVÄRDERING	5
INTERVJUER OCH INSTITUTIONSBESÖK.....	6
PERSONALUPPGIFTER	6
SEMINARIUM.....	6
DISPOSITION AV RAPPORTEN	6
KVINNOR INTAGNA PÅ LVM INSTITUTIONER ÅR 2001–2003.....	8
ÅLDER.....	8
MISSBRUK.....	9
ÅLDER OCH MISSBRUK	10
KVINNORNAS PROBLEMBILD	11
BAKGRUND	11
PROBLEMBILD UTIFRÅN DOK-INTERVJUER	11
<i>Uppväxt.....</i>	<i>12</i>
<i>Boende, försörjning, social situation</i>	<i>13</i>
<i>Relationer, barn och graviditet</i>	<i>14</i>
<i>Fysisk hälsa.....</i>	<i>15</i>
<i>Vård inom psykiatri och subjektiv psykisk hälsa.....</i>	<i>16</i>
SAMMANFATTNING AV KVINNORNAS PROBLEMBILD	18
LVM-HEM FÖR KVINNOR.....	19
INSTITUTIONER OCH PLATSER FÖR KVINNOR INOM LVM-VÅRDEN ÅR 2001–2003	19
BELÄGGNING PÅ LVM-HEM FÖR KVINNOR VÅRDEN ÅR 2001–2003	20
VÅRDTID PÅ LVM-HEM FÖR KVINNOR ÅR 2001–2003.....	21
SAMMANFATTNING AV PLATSER, BELÄGGNING OCH VÅRDTID FÖR LVM-HEM SOM VÅRDAR KVINNOR	22
DIFFERENTIERING AV TVÅNGSPLACERADE KVINNOR I LVM-VÅRD ÅR 2001–2003	23
ÅLDER OCH MISSBRUKSDIFFERENTIERING	23
<i>Ålder.....</i>	<i>23</i>
<i>Missbruk – intagningsorsak</i>	<i>24</i>
NÄRHETSPRINCIPEN.....	25
OMVÅRDNAD OCH FUNKTIONSHINDER.....	26
KVINNOR MED PSYKISK STÖRNING OCH KVINNOR MED PSYKISK STÖRNING I KOMBINATION MED UTAGERANDE BETEENDE	26
GRAVIDA KVINNOR MED MISSBRUK	28
SAMMANFATTNING AV DIFFERENTIERING FÖR TVÅNGSPLACERADE KVINNOR I LVM-VÅRD	29
VÅRD OCH BEHANDLING AV KVINNOR MED MISSBRUKSPROBLEM.....	30
BAKGRUND	30
VÅRD OCH BEHANDLING PÅ LVM-INSTITUTIONER FÖR KVINNOR.....	34
INSTITUTIONERNAS ÖVERGRIPANDE FÖRHÅLLNINGSSÄTT.....	34
FORSKNINGSBASERADE BEHANDLINGSMETODER	36
<i>Enskilda samtal – Gruppsamtal</i>	<i>36</i>

<i>Specifika behandlingsprogram</i>	37
KVINNOPERSPEKTIV I BEHANDLINGEN	37
UTREDNINGAR	38
OMVÅRDNAD	39
NÄTVERKSARBETE	40
MULTIPLA PROBLEM.....	40
<i>Kvinnor med psykisk störning</i>	40
<i>Kvinnor som har varit utsatta för övergrepp</i>	42
<i>Kvinnor med ätstörningar</i>	42
GRAVIDA KVINNOR MED MISSBRUK	43
VÅRD I ANNAN FORM ENLIGT 27 § FÖR KVINNOR INOM LVM-VÅRDEN ÅR 2001–2003.....	44
<i>Institutionernas kommentarer till 27 §-placeringar</i>	45
<i>Samarbete med socialtjänsten</i>	46
<i>Problem med 27 §-placeringar</i>	46
KVINNORS AVVIKNINGAR FRÅN LVM-HEM ÅR 2001–2003	46
EFTERVÅRD OCH UPPFÖLJNING	48
PERSONAL	49
SAMMANFATTNING AV VÅRD OCH BEHANDLING PÅ LVM-INSTITUTIONER FÖR KVINNOR.....	50
DISKUSSION OCH SLUTSATSER.....	52
KVINNORS SÄRSKILDA PROBLEM SAMT VÅRD OCH BEHANDLING PÅ OLIKA LVM-HEM	52
ÄR DIFFERENTIERINGEN MELLAN VÅRD OCH BEHANDLING TILLRÄCKLIG?.....	53
VILKA BEHOV FINNS AV METODUTVECKLING?	54
UTREDNINGENS FÖRSLAG TILL UTVECKLING AV LVM-VÅRD FÖR KVINNOR INOM SIS	57
REFERENSER.....	58
BILAGA 1. LVM-VÅRDADE KVINNORS PROBLEMBILD ENLIGT DOK-INTERVJUER 2001–2002 ...	60
BILAGA 2. VÅRD ENLIGT 27 § LVM EFTER INSTITUTION	68

Inledning

Varje år tvångsomhändertas cirka 900 individer enligt lagen om vård av missbrukare (LVM), cirka en tredjedel är kvinnor. Vården enligt LVM syftar till att avbryta ett livshotande missbruk och motivera till behandling under frivilliga former. De omhändertagna har ett mycket allvarligt och långvarigt missbruk, de är dock inte en homogen grupp utan skiljer sig stort gällande missbrukspreparat, ålder, psykisk hälsa etc. Det finns också betydande skillnader mellan kvinnor och män som missbrukar. Att kvinnor har särskilda problem och särskilda behandlingsbehov har uppmärksammats sedan länge. Området är emellertid ännu eftersatt och kunskapsbristen om vilken behandling som fungerar för kvinnor som missbrukar är fortfarande stor.

Inom Statens institutionsstyrelse (SiS) bedrivs LVM-vård för kvinnor vid sju institutioner; Runnagården, Ekebylunds behandlingshem, LVM-hemmet Rebecka, Fortunagården, Renforsens behandlingshem, LVM-hemmet Lunden samt Frösö LVM-hem. LVM-hemmen har inriktning mot olika målgrupper. Det finns LVM-hem för exempelvis unga kvinnor, missbrukare med psykiatriska diagnoser, våldsbenägna missbrukare, gravida missbrukare eller missbrukare med särskilt omvårdnadsbehov. Behandlings- och motivationsmetoderna varierar mellan olika LVM-hem och utgår från den enskilde klientens behov. Motiverande intervju, tolvstegsbehandling, social färdighetsträning och jagstärkande terapi är några av de terapiformer som används.

Syftet med den här utredningen är att undersöka de problem omhändertagna kvinnorna har och hur väl LVM-hemmen bemöter dessa problem och behov i form av differentiering och behandling. Utredningen kommer att utgöra ett underlag för verksamhetsplaneringen.

Frågeställningar

- Hur beaktas kvinnornas särskilda problem och behov i vården och behandlingen?
- Är differentieringen av vård och behandling tillräcklig?
- Hur skiljer sig vården och behandlingen mellan de olika institutionerna och avdelningarna?
- Vilka behov finns av metodutveckling?

Material och disposition av rapporten

I denna utredning har flera olika datakällor använts. Dels har statistik från SiS klient- och dokumentationssystem (KIA) och dokumentationssystem för missbrukare (DOK) sammanställts utifrån de specifika syftena. Nya uppgifter i form av intervjuer har samlats in. Slutligen har befintliga utredningar, dokument och statistik använts. Nedan följer en genomgång av de olika datakällorna.

SiS klient- och dokumentationssystem (KIA)

SiS klient- och dokumentationssystem, KIA, är en administrativ databas. I KIA-systemet förs alla beslut som rör den enskilde och även dennes journal och behandlingsplan.

Två delvis olika populationer av tvångsvårdade kvinnor har använts i denna utredning.

- För att beskriva kvinnorna vid inskrivning exempelvis intagningslagrum, ålder, intagningsorsak etc har *samtliga intagningar under 2001 t o m 2003 använts*. Totalt finns det 877 intagningar: 2001 gjordes 298 intagningar, 2002 gjordes 307 intagningar, 2003 gjordes 272 intagningar.
- För att beskriva vårdtid, 27 §-placeringar, avvikningar etc har *samtliga utskrivningar under 2001 t o m 2003 använts*. Totalt gjordes 876 utskrivningar under perioden: 295 utskrivningar skedde år 2001, för 2002 finns 303 utskrivningar och för 2003 finns 278 utskrivningar.

DOK – ett system för dokumentation och utvärdering

DOK är ett system för dokumentation och utvärdering av klienter och insatser inom missbrukarvården i Sverige. Syftet med DOK-systemet är att ge kunskap som är av betydelse för praktiskt verksamma behandlare, beslutsfattare och forskare. En årlig nationell sammanställning görs av SiS FoU. Dokumentationen för LVM-institutionerna, SiS-DOK, sker vid inskrivning, vid överflyttning/paragraf 27-placering och vid avslutad LVM-utskrivning. Ett system för uppföljning finns att tillgå. Inskrivningsformuläret finns i olika versioner, en *kortversion* som avser uppgifter som skall kunna tas fram utan en personlig intervju med klienten (t ex via akter, journaler), samt en *långversion* som avser en mer fullständig kartläggning utifrån en personlig intervju.

Data

I utredningen som följer används DOK-intervjuer för att beskriva kvinnor som omhändertagits enligt LVM år 2001 och 2002, data för år 2003 finns ännu inte att tillgå. Endast ett urval frågor relevanta för denna utredning redovisas. För mer information om klienterna och DOK-systemet hänvisas till DOK-årsrapporter 2001 och 2002.

Täckningsgrad

Totalt har 575 kvinnor vårdats med stöd av LVM för 2001 och 2002. Av dessa har 382 (66%) intervjuats med DOK-systemets inskrivningsintervju. Cirka en fjärdedel, 141 kvinnor, har dokumenterats med hjälp av en förkortad version. DOK saknas för 50 kvinnor, dvs 10 procent.

Bortfallet

Avsikten är att klienterna intervjuas senast 14 dagar efter inskrivningstillfället. Intervjun är frivillig och klienterna har rätt att inte delta i den långa intervjun om de inte vill men då skall en kortversion göras utifrån aktmaterial. I några fall har det inte varit möjligt för personalen på enheterna att göra en lång intervju, exempelvis då klienterna inte stannar

tillräckligt lång tid på institutionen för att hinna intervjuas. Ibland har klientens fysiska och/eller psykiska hälsotillstånd (svår abstinens, demens, psykisk störning, psykos) inte tillåtit en intervju, vilket inte är helt ovanligt bland klienterna. Då görs i första hand en kort intervju, är inte detta heller möjligt skall kortversionen av DOK fyllas i med hjälp av de akter som finns att tillgå.

Befintligt material/utredningar

Tidigare intervjuer om § 27-placeringar har använts i denna utredning.

En tidigare utredning av differentiering på kvinnohem, gjord av Tomas Ring, Runnagården. SiS-profilen (Dnr 2003/0301)

Intervjuer och institutionsbesök

Besök har skett på samtliga institutioner. Intervjuer har skett med institutionschefer på Ekebylunds behandlingshem, Fortunagården, LVM-hemmen Rebecka och Lunden och på Runnagården. Behandlingsansvariga/behandlingspersonal eller psykologer på samtliga institutioner har intervjuats. På Renforsens behandlingshem har avdelningsföreståndare på kvinnoavdelningen intervjuats, samtal har skett med delar av personalen på låsta avdelningen. Institutionschefen på Frösö behandlingshem har intervjuats per telefon. Placeringschefen på SiS huvudkontor har intervjuats.

Personaluppgifter

Uppgifter om personalens utbildningsnivå finns att tillgå på personalavdelningen på SiS huvudkontor. Antal fast anställd personal, personalens könsfördelning och ålder redovisas. Personalens utbildningsnivå redovisas ej, då det personaladministrativa systemet är i en uppdateringsfas. Det innebär att varken det gamla eller nya systemet innehåller fullständig information om utbildning vid utförandet av denna utredning.

Seminarium

Frågeställningarna har diskuterats på ett en-dags seminarium utifrån en preliminär rapportering. Seminariet syftade till att gemensamt hitta utvecklingsförslag. På seminariet deltog planeringsdirektör, enhetschefer, institutionschefer och andra institutionsrepresentanter samt representanter från SiS FoU.

Disposition av rapporten

Kvinnornas problem och den behandling som ges på LVM-hem för kvinnor kommer inte att jämföras med männens problem eller med behandling för män. Det vore naturligtvis intressant med en jämförande rapport, men den här utredningen handlar om kvinnor. De flesta av oss har vanemässigt en önskan av att jämföra kvinnor med män, för att värdera resultatet. Vore förhållandena motsatta, skulle den uppenbara kunskapsbrist om kvinnor med missbruk knappast existera. Kvinnorna förtjänar, av många skäl, att redovisas utifrån sig själva, sina egna problem och villkor.

Rapporten framställs i avsnitt som alla bidrar med information för att besvara olika delar i frågeställningarna.

Frågeställningen, ”Hur beaktas kvinnornas särskilda problem och behov i vården och behandlingen?” undersöks och redovisas i två steg. Först analyseras kvinnornas problem utifrån data från KIA-systemet och DOK-intervjuer. Vård och behandling på olika LVM-hem redovisas i ett separat kapitel och bygger på intervjuer med behandlingspersonal och institutionschefer.

För att besvara frågeställningen; ”Är differentieringen av vård och behandling tillräcklig?” redovisas målgrupper utifrån verksamhetsplanering och hur den har efterföljts vid placering av klienter. Till detta avsnitt används data från KIA-systemet och DOK-intervjuer.

Frågeställningarna samt ett preliminärt rapportutkast diskuterades på ett gemensamt seminarium, se ovan. Slutsatser och utvecklingsförslag bygger på utredningens resultat och seminariet sammantaget.

Kvinnor intagna på LVM-institutioner år 2001–2003

Information om intagningar, lagrum, åldersfördelning och placeringsorsak är hämtade ur SiS akt- och dokumentationssystem KIA.

Totalt har 877 intagningar enligt LVM utförts under treårsperioden 2001–2003. År 2001 gjordes 298 intagningar, år 2002 gjordes 307 intagningar och år 2003 gjordes 272 intagningar.

De flesta 673 (77%) placerades enligt omedelbart omhändertagande enligt 13 § LVM. Drygt 70 procent av dessa fortsatte vården enligt 4 § LVM, Tabell 1.

Tabell 1. Kvinnor intagna på LVM-hem år 2001–2003 efter intagningslagrum och fastställt lagrum

År	Antal intagningar	Antal placeringar enligt 13 § LVM	Antal avskrivna 13 §-placeringar	Antal placeringar vård enligt 4 § LVM
2001	298	238	67	231
2002	307	226	65	242
2003	272	209	56	216
	877	673	188	689

En person kan vara intagen flera gånger, totalt fördelas de 877 intagningarna på 729 kvinnor, Tabell 2. Sammanlagt har 131 kvinnor tagits in två gånger, 13 kvinnor har tagits in tre gånger på LVM-hem under tidsperioden.

De kvinnor som tagits in flera gånger fördelar sig jämnt över samtliga åldrar, ingen åldersgrupp återkommer fler gånger än någon annan. Intagningsorsaken är i 30 procent av fallen alkohol och övriga kvinnor missbrukar narkotika eller blandar alkohol och narkotika.

Tabell 2. Antal gånger kvinnorna placerats på LVM-hem år 2001–2003

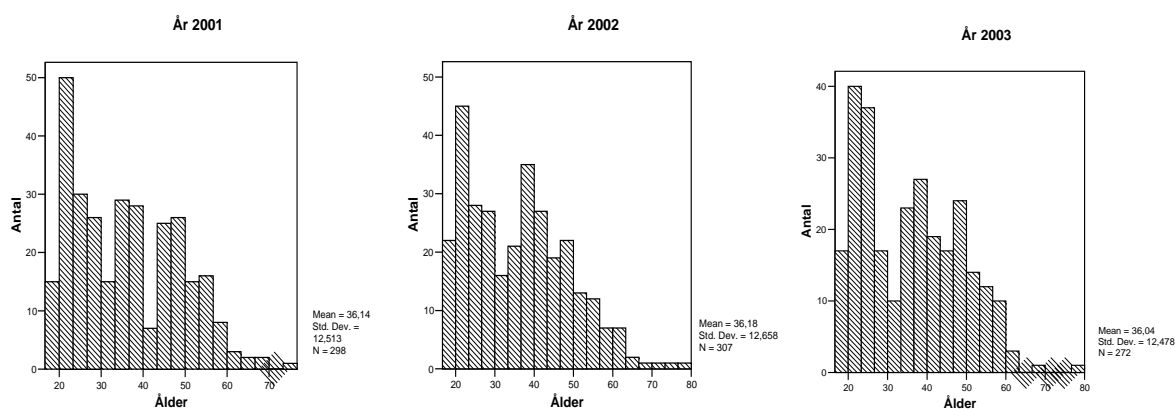
Antal individer intagna	Antal	Procent
1 gång	729	83
2 gånger	131	15
3 gånger	13	2
4 gånger	3	0
5 gånger	1	0
	877	100

Ålder

Av de 877 LVM-intagningar som gjorts mellan 2001 och 2003 är de yngsta kvinnorna 18 år och den äldsta 79 år. Medelåldern på de intagna kvinnorna är 35 år, medianvärdet är 35 år. Åldersfördelningen varierar inte nämnvärt mellan de olika åren, Figur 1.

Ett litet antal (6%) tvångsomhändertagna kvinnor är under 20 år. År 2001 gjordes 15 intagningar, 2002 gjordes 22 intagningar och 2003 gjordes 17 intagningar av kvinnor mellan 18 och 20 år. De 54 intagningar under 20 år består av 53 individer, en kvinna har tagits in på LVM hem två gånger under perioden. Av dessa kvinnor har 27 tidigare vårdats på särskilt ungdomshem (51%). Kvinnor under 20 år placeras på särskilda ungdomshem

med stöd av LVU, men på grund av platsbrist på ungdomshemmen där missbrukskompetens finns, bedömdes dessa kvinnor, som var över 18 år, att LVM-hem var ett bättre placeringsalternativ (intervju med placeringschefen).



Figur 1 Åldersfördelning för kvinnor placerad på LVM-hem år 2000–2003

Cirka en femtedel av kvinnorna är mellan 21 och 25 år. Av samtliga intagna är den största gruppen kvinnor över 30 år, sammanlagt 60 procent. Olika åldersgrupper redovisas i Tabell 3. Åldersfördelningen av intagna kvinnor varierar inte nämnvärt över åren 2001–2003, Figur 1.

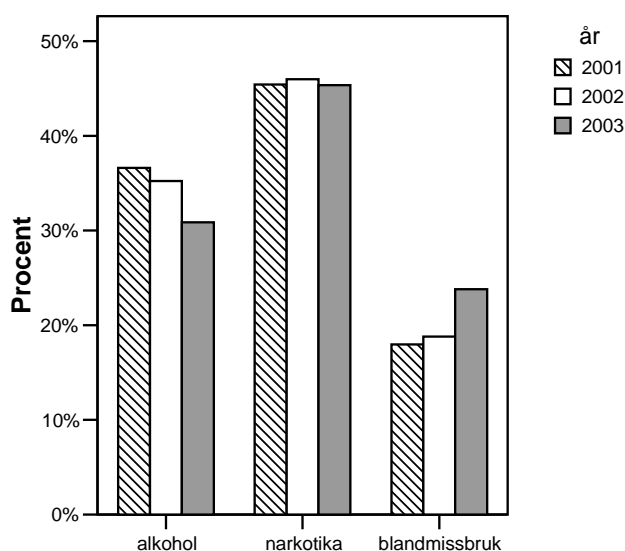
Tabell 3. Samtliga intagna kvinnor i tvångsvård år 2001–2003 fördelat efter ålderskategorier

Ålderskategorier	Antal	Procent
18–20 år	54	6
21–25 år	196	22
26–30 år	104	12
31–40 år	204	23
41–50 år	186	21
51 år och äldre	133	15
Total	877	100

Missbruk

Socialtjänsten rapporterar vilken typ av missbruk som ligger till grund för omhändertagandet. Intagningsuppgifter avseende klienternas missbruk förs in i SiS klient- och dokumentationssystem KIA av placeringssekreterare på SiS.

Typ av missbruk varierar något mellan år 2001 och 2003. Intagningar av kvinnor som företrädesvis missbrukar alkohol har sjunkit från 37 procent till 31 procent. Narkotikamissbruk inklusive läkemedelsmissbruk som intagningsgrund är stabilt och förekommer i nästan hälften av fallen (45%). Blandmissbruk d v s både narkotika-läkemedel och alkoholmissbruk som intagningsgrund har stigit något över åren (18–24%), Figur 2.



Figur 2. Typ av missbruk för kvinnor som tvångsvårdats år 2001–2003

Ålder och missbruk

Typ av missbruk varierar mellan olika åldrar, de äldre kvinnorna missbrukar till största del alkohol eller använder alkohol och läkemedel i kombination. De yngre kvinnorna använder narkotika eller blandar olika missbruk. Av kvinnorna mellan 30 och 40 år har två tredjedelar narkotika –och blandmissbruk som intagningsorsak och en tredjedel alkohol – och alkohol i kombination med läkemedelsmissbruk. Kvinnor över 40 år har i huvudsak alkohol –och alkohol och läkemedelsmissbruk som intagningsorsak, Tabell 4.

Tabell 4. Tvångsomhändertagna kvinnor år 2001 - 2003 fördelat efter ålderskategorier och intagningsorsak

Ålderskategorier	Alkohol enbart		Alkohol och läkemedel		Narkotika enbart		Blandmiss bruk		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
18–20 år	2	4	1	2	27	51	23	43	53	100
21–25 år	4	2	8	4	91	48	86	46	189	100
26–30 år	6	6	2	2	41	40	54	52	103	100
31–40 år	56	28	19	9	51	25	75	37	201	100
41–50 år	119	66	22	12	6	3	34	19	181	100
51 år och äldre	111	85	14	11	0	0	6	5	131	100
Total	298	35	66	8	216	25	278	32	858	100

Av de kvinnor som missbrukar narkotika och blandar olika missbruk är amfetamin det vanligaste preparatet oavsett ålder, det har också ökat från 50 till 58 procent mellan år 2001 och 2003. Andelen kvinnor som missbrukar opiater har minskat över åren, från 35 till 26 procent. Andelen kvinnor som både missbrukar amfetamin och opiater ligger omkring 15 procent för samtliga år. Yngre kvinnor använder i högre grad opiater än äldre. Av de intagna kvinnorna under 30 år injicerade över hälften (54%), av kvinnor äldre än 30 år injicerade 14 procent.

Kvinnornas problembild

Bakgrund

Kvinnor som missbrukar har ofta en bakgrund av uppbrott, konflikter, missbruk inom familjen och övergrepp (exempelvis, Andersson, 1991; SBU, 2001; Blomkvist, 2003; Jansson & Fridell, 2003). Från ett kvinnoteoretiskt perspektiv är flickors socialisationsprocess annorlunda än pojkars. Kvinnan utvecklas i relation till andra (exempelvis, Chodorow, 1988; Bjerrum-Nielsen & Rudberg, 1989). Med utgångspunkt i detta synsätt är flickor mer känsliga för familjefaktorer. Tidigare forskning har kopplat samman kvinnors utveckling av missbruk med dess socialisation. Flickor med bristande socialisering upplevs som annorlunda och har ofta få väninnor på grund av deras erfarenheter från hemmiljön, exempelvis missbrukande fader, övergrepp i hemmet etc. Dessa erfarenheter gör att flickorna kan ha svårt att sätta gränser, både psykiska och fysiska. För att få självständighet och närhet söker sig många av dessa flickor till äldre pojkar och män, ofta handlar det om förhållande till missbrukare (Bjerrum-Nielsen & Rudberg, 1991; Trulsson, 2003). Olika studier visar att det är vanligt att flickor inleder missbruk tillsammans med äldre missbrukande män och pojkvänner (Andersson, 1993; Blomkvist, 2003; Trulsson, 1993).

Många missbrukande kvinnor lever väldigt ensamma, ofta saknar de nära relationer i ett fungerande nätverk. Deras relationer är destruktiva och självutplånande till såväl män, familj och barn, ofta saknar de också relationer till väninnor. Det gäller även unga kvinnor med många sociala kontakter (Trulsson, 2003; Socialstyrelsen, 2004).

Missbruk är oftast relaterat till en negativ livsstil och ohälsosam livsföring. Socialstyrelsen (2004) visar att kvinnliga missbrukare har en tyngre problematik än män när de får bistånd av socialtjänsten. Palm (2003) skriver att kvinnor i missbruksvården är mer utslagna, deras missbruk är mer dolt. Hemlöshet är ofta en konsekvens av missbruk. Att vara missbrukande kvinna medför dessutom en särskild utsatthet i form av våld och prostitution (Bykvist, 1997; Blomkvist, 2002; Trulsson, 2003). Jansson & Fridell (2003) visar att tvångsvårdade kvinnor har en stor mängd allvarliga somatiska besvär som exempelvis andningsstillestånd, leverskador, överdoser, självmordsförsök, hepatit, underlivsinfektioner, könssjukdomar och aborter etc. De äldre missbrukande kvinnorna hade en tyngre och mer omfattande fysisk problematik än de yngre framförallt omfattande svåra infektioner samt sämre tandstatus. De unga missbrukarna hade trots sin unga ålder (m=18 år) extremt hög somatisk sjukvårdskonsumtion.

Psykisk störning är vanligt förekommande bland alkohol- och narkotika missbrukare. Andelen missbrukare med dubbla störningar i behandling uppskattas vara mellan 50 och 80 procent, bland patienter inom psykiatri uppskattas 30–50 procent också ha missbruksproblem (Öjehagen, 1998). Jansson & Fridell (2003) beskriver en alarmerande psykisk ohälsa bland de kvinnliga missbrukarna i sin studie. De vanligast förekommande diagnoserna var personlighetsstörningar, därefter ångestdiagnoser följt av depression och ätstörningar. Palm & Storbjörk (2003) beskriver klienterna i Stockholms läns landstings beroendevård, de skriver att kvinnor som vårdas för läkemedelsproblem ofta tidigare vårdats inom psykiatri.

Problembild utifrån DOK-intervjuer

Nedan följer en beskrivning av kvinnor som placerats på LVM-hem 2001 och 2002 och intervjuats med DOK. För en bredare beskrivning och för jämförelser mellan kvinnor och män hänvisas till DOK-årsrapporter 1996–2002. Intervjuer för den redovisade tidsperioden har skett för *66 procent* av kvinnorna, en förkortad dokumentation finns för 25 procent, se

beskrivning i metodkapitlet under rubriken ”DOK – ett system för dokumentation och utvärdering”. Det finns inga stora skillnader mellan de intervjuade 2001 och 2002 varför de redovisas tillsammans. Redovisningen är uppdelad i ålderskategorier som visat sig relevanta. Ålderskategorierna är; under 30 år, 30–49 år, och 50 år och äldre. Samtliga redovisade siffror finns i Tabellbilaga 1.

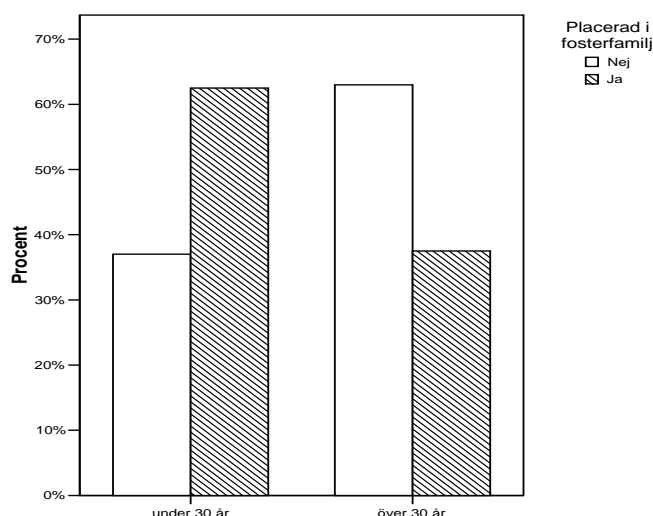
Uppväxt

Uppgifter ur DOK visar att de allra flesta kvinnorna lever tillsammans med båda föräldrarna eller en förälder fram till 12 års ålder. Ett fåtal lever med sina mor- och/eller farföräldrar, fosterföräldrar eller bor på institution. Efter 12 år börjar kvinnornas uppväxt se olika ut för olika ålderskategorier.

Bland de yngsta kvinnorna under 30 år bor 70 procent med båda eller någon förälder, 15 procent är placerade på institution, två procent uppger att de är bostadslösa mellan 13–15 år. När dessa flickor är i åldern 16–18 år bor endast 38 procent med båda eller en förälder. Något fler än en tredjedel har eget boende, 17 procent bor på institution och två procent är bostadslösa. De kvinnor som är mellan 30 och 49 år vid intervjutillfället har i stort en liknande uppväxt som den yngre ålderskategorin förutom att en något högre andel bor med båda eller en förälder. De omhändertagna äldre kvinnorna, över 50 år, har till största del bott hemma med båda eller någon förälder fram till 18 års ålder. Ett fåtal har uppgivit att de växt upp på institution och ingen har växt upp som bostadslös.

Vid jämförelse av ”normalbefolkningen” på 1970- och i början på 1980-talet levde cirka 70 procent av barnen tillsammans med båda föräldrarna, knappt 20 procent levde i ”enföräldersfamilj” fram till 18 års ålder. Skillnaden mellan normalbefolkningens och LVM-vårdade kvinnors uppväxt förhållanden är stor för gruppen kvinnor under 30 år och ganska stor för kvinnor 30–49 år. De LVM-vårdade kvinnorna över 50 år har i stort sett samma uppväxtförhållanden som ”normalbefolkningen” 1970–1980. De omhändertagna kvinnorna under 30 år bor till största del hos en eller båda föräldrarna fram tills de är 15 år.

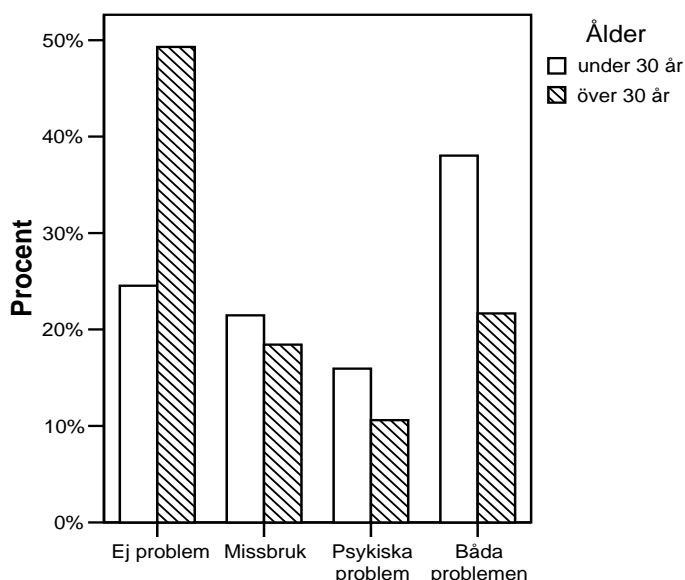
Nästan en fjärdedel av de LVM-vårdade kvinnorna har levt i fosterhem någon gång under sin uppväxt. Kvinnor under 30 år har till större del växt upp i fosterhem jämfört med kvinnor över 30 år, Figur 3.



Figur 3. Placerad i fosterfamilj under uppväxten fördelat efter åldersgrupper

En stor andel, 61 procent, av kvinnorna har haft missbrukande föräldrar eller föräldrar med psykiska problem. En femtedel berättar att de har haft missbrukande föräldrar, cirka 13 procent har haft en förälder med psykiska problem, en tredjedel av de intervjuade kvinnorna har haft både missbruk och psykiska problem i sin uppväxtmiljö.

Även i denna uppgift framträder en skillnad mellan kvinnor i olika åldersgrupper, Figur 4.



Figur 4. Missbruk och psykiska problem i uppväxtmiljön fördelat efter åldersgrupper

Figuren visar att tre fjärdedelar av kvinnorna under 30 år har haft problem i uppväxtmiljön, framförallt både missbruk och psykiska problem, än kvinnor över 30 år. Av de intervjuade uppger hälften att de utsatts för något övergrepp under sin uppväxt, övergreppen kan vara av fysisk, psykisk eller sexuell karaktär. Cirka en tredjedel berättar att de varit utsatta för flera av dessa övergrepp. Även i denna fråga skiljer sig yngre och äldre kvinnor åt, yngre kvinnor har till större del varit utsatta för övergrepp. De har också i högre grad varit utsatta för övergrepp av olika karaktär (41 resp 22%).

Boende, försörjning, social situation

Nästan 60 procent av kvinnorna som dokumenterats har egen bostad, av dessa har kvinnor över 30 år i högre grad egen bostad jämfört med kvinnorna under 30 år (67 jämfört med 42%). De yngsta, under 30 år, har egen bostad i 40 procent av fallen. En del av dem bodde hos sina föräldrar vid intagningen på LVM-hem (11%), i stort sett lika stor del bodde på någon institution eller i familjehem (12%). De kvinnorna över 50 år hade egen bostad i 90 procent av fallen.

Av samtliga dokumenterade kvinnor var 14 procent bostadslösa, med bostadslös menas att man inte har något stadigvarande boende utan huvudsakligen är hänvisad till tillfälliga alternativ, (bekanta, härbärgen, uteliggare etc.). I åldergruppen över 50 år var tre kvinnor bostadslösa (3%), övriga bostadslösa finns i åldern 18–49 år, ungefär lika stor del i båda åldersgrupperna.

De flesta kvinnor har endast grundskoleutbildning. En del (17%) av kvinnorna har inte fullföljt grundskolan, störst andel finns bland de under 30 år. Endast en tredjedel av

kvinnorna har fullföljt gymnasium. Endast en liten del (19%) har någon eftergymnasial utbildning, störst andel bland kvinnorna över 50 år.

Försörjningen skiljer sig åt för kvinnor i olika åldersgrupper. För kvinnor under 30 år är socialbidrag den största inkomstkällan, nästan hälften uppger att de får socialbidrag. En mycket liten del, cirka 19 procent, har lön (inkluderar sjukpenning och a-kassa). En fjärdedel av kvinnorna under 30 år lever på kriminalitet och "annan försörjning". Annan försörjning kan exempelvis innebära att man lever på samma inkomst som sin man, prostitution etc.

Även för kvinnorna mellan 30 och 49 år är socialbidrag en stor inkomstkälla, cirka en tredjedel försörjer sig med hjälp av socialbidrag. Lika stor andel försörjer sig på sin lön (inklusive arbetslöshetskassa och sjukpenning). Ytterligare lika stor del försörjer sig med hjälp av sjukbidrag och förtidspension. Endast en liten del lever av kriminalitet och "annan försörjning".

Kvinnor äldre än 50 år försörjer sig till största del på förtidspension (38%), en liten del har ålderspension (7%). Lön, sjukpenning och a-kassa har en tredjedel av kvinnorna uppgett som försörjning. En liten del, sex procent, har socialbidrag.

Arbetslivserfarenheten skiljer sig åt i olika åldersgrupper. Av de kvinnor som är under 30 år har hälften aldrig arbetat eller endast arbetat mellan en till sex månader. Av dem som aldrig har arbetat är nästan samtliga under 25 år. I gruppen kvinnor mellan 30 och 50 år har de flesta arbetat mer än ett år. Av kvinnorna i den åldersgruppen har tre procent aldrig arbetat. Bland kvinnor över 50 år har nästan samtliga arbetat regelbundet över ett år, 70 procent har arbetat mer än 10 år. Endast två kvinnor har arbetat en till sex månader.

Resultatet tyder på att de äldre kvinnorna har eller har haft en annan förankring i samhället. De har hunnit etablera sig med arbete och bostad innan de började missbruka. Kvinnorna under 30 år har börjat missbruka i unga år, de har sämre utbildning och en svagare samhällsanknytning i form av arbete och försörjning.

Relationer, barn och graviditet

Ungefär hälften av kvinnorna lever i en relation med en man. Kvinnor över 30 år lever i högre utsträckning ensamma och kvinnorna under 30 år lever i högre grad med en partner (63 jämfört med 37%).

Cirka 40 procent av dem som lever i en relation upplever att maken är ett stöd, lika många säger att de har en konflikt med maken. Ungefär hälften av de kvinnor som har en konflikt med sina män upplever samtidigt att han är stödjande.

Av samtliga samboende 263 kvinnor har hälften uppgett att de lever tillsammans med en make som missbrukar. Svaret på denna fråga är dock osäkert eftersom 53 kvinnor, 20 procent, inte har besvarat frågan.

Över hälften av kvinnorna har barn, de allra flesta (37%) har barn under 18 år. Det finns ingen skillnad om kvinnorna lever ensamma eller är samboende, lika stora andel har barn. Av de 193 kvinnor med barn under 18 år har 117 (70%) vårdnaden om något barn, 100 kvinnor har något barn placerat (51%) och 48 kvinnor (25%) har förlorat vårdnaden om

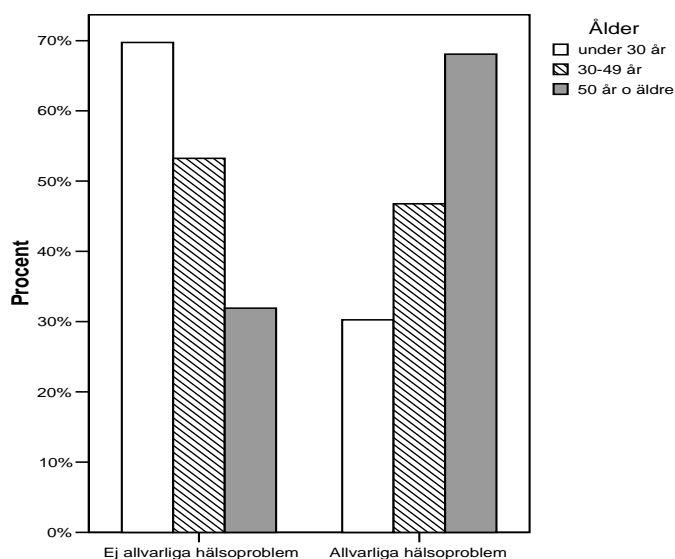
något barn (observera att en kvinna kan förekomma i flera kategorier d v s exempelvis både ha placerade barn och vårdnaden).

Av samtliga kvinnor som har barn upplever 75 procent att de har ett stöd av barnen. En liten del (12%) berättar att de har en konflikt med sina barn. Endast elva kvinnor säger att de har en konflikt med sina barn och inte något stöd, 14 kvinnor berättar att de egna barnen har missbruksproblem.

Av de intervjuade kvinnorna uppger nästan hälften att de har en allvarlig konflikt med någon familjemedlem (mor, far, syskon). Nästan samtliga kvinnor uppger dock samtidigt att familjen är ett stöd. Endast en liten del (15%) uppger att de har en konflikt med familjen och inte har något stöd från den. De flesta, 70 procent, av kvinnorna uppger att de har någon nära vän som är ett stöd för dem. Av dem har över hälften vänner som ej är missbrukare. Kvinnorna över 30 år har i högre grad vänner som inte missbrukar än de under 30 år.

Fysisk hälsa

En stor andel omhändertagna kvinnor, 44 procent, uppger att de har allvarliga problem med sin fysiska hälsa. Med allvarligt problem menas enligt DOK-manualen ett medicinskt tillstånd, som kräver regelbunden vård exempelvis medicinering, dietrestriktioner, oförmåga att delta i eller utföra normala aktiviteter.



Figur 5. Allvarliga hälsoproblem fördelat efter åldersgrupper

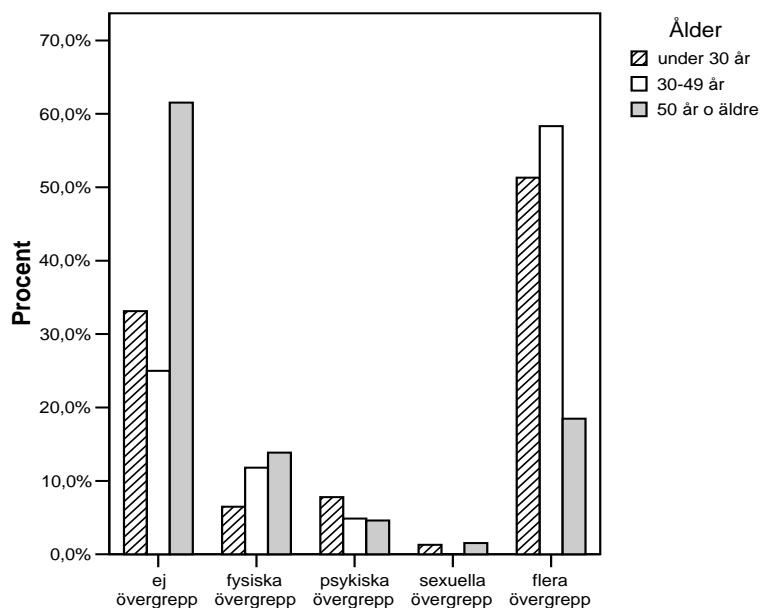
Av de äldsta missbrukande kvinnorna har nästan 70 procent dessa allvarliga hälsoproblem, av kvinnorna mellan 30 och 49 år har nästan hälften allvarliga hälsoproblem, av kvinnorna under 30 år uppger nästan en tredjedel att de har allvarliga hälsoproblem, Figur 5.

Kvinnliga missbrukare i alla åldrar kräver alltså någon form av somatisk vård, mest kräver naturligtvis de äldsta. När det gäller de yngsta missbrukande kvinnorna kan eventuellt ”allvarliga hälsoproblem” bestå av olika blodsmittor, det framgår inte av intervjun vad som specifikt menas.

Hepatit är en vanlig blodsmitta bland individer som missbrukar narkotika. Av de kvinnor under 30 år som har intervjuats uppger två tredjedelar att de har någon form av Hepatit. Av kvinnorna mellan 30 till 50 år har cirka en tredjedel Hepatit. Av kvinnorna över 50 år har endast fem procent berättat att de har Hepatit. Vanligast förekommande är Hepatit C.

Av de intagna år 2001 och år 2002 var sex kvinnor HIV-positiva.

En tredjedel av kvinnorna har haft någon ätstörning någon gång i livet. Andelen som har ätstörningar vid inskrivningstillfället på LVM-hem uppgår till 14 procent. Ätstörningar förekommer i alla åldersgrupper, men till största del i den yngre åldersgruppen.



Figur 6. Övergrepp efter missbruksdebuten fördelat efter åldersgrupper

Av de intervjuade kvinnorna har 65 procent uppgett att de utsatts för våld efter sin missbruksdebut. De allra flesta (48%) har utsatts för flera typer av våld d v s både sexuellt, fysiskt eller psykiskt våld. Endast en dryg fjärdedel av kvinnorna uppger att de ej utsatts för något övergrepp vare sig innan eller efter missbruksdebuten.

Det finns skillnader mellan unga och äldre missbrukande kvinnor vad gäller övergrepp efter missbruksdebuten, kvinnor som är äldre än 50 år har inte i lika stor utsträckning blivit utsatta för övergrepp som de övriga. De yngsta kvinnorna har i något lägre grad blivit utsatta för övergrepp medan andelen ökar mellan 30 och 50 år. Detta kan tolkas som ju längre tid i missbruk desto större är risken att utsättas för övergrepp, Figur 6.

Vård inom psykiatri och subjektiv psykisk hälsa

Cirka hälften av de intervjuade kvinnorna uppger att de har vårdats inom psykiatri. Något mindre andel kvinnor över 50 år berättar att de har vårdats inom psykiatri.

Cirka en tredjedel av kvinnorna berättar att de har vårdats inom den psykiatriska öppenvården, lika stor andel säger att de vårdats inom psykiatrisk dygnsvård, 14 procent uppger att de har tvångsvårdats inom psykiatri. Tvångsvård är minst förekommande bland

kvinnor över 50 år (4%). En femtedel av kvinnorna har vårdats flera gånger i olika vårdformer.

Av de intervjuade kvinnorna har nästan hälften ordinerats läkemedel mot depression, fler än hälften har ordinerats läkemedel mot sömnstörningar och 13 procent har ordinerats läkemedel för något annat psykiskt problem, någon gång i livet före omhändertagandet på LVM-hem.

Vid inskrivningstillfället frågas om klienternas subjektiva psykiska hälsa. En stor del av klienterna berättar att de har varit deprimerade (60%), haft ångest (70%) någon gång i livet. Nästan en tredjedel uppger att de haft svårigheter att kontrollera våldsamt beteende någon gång i livet. Över 40 procent av de kvinnliga missbrukarna har försökt att ta sitt liv. Vid tiden runt omhändertagandet till LVM-hem har en nästan hälften av kvinnorna uppgett att de har allvarlig ångest, en tredjedel känner sig deprimerade. Cirka 14 procent har självmordstankar och 20 kvinnor har försökt att ta sitt liv.

Andelen kvinnor under 30 år uppger i högre grad självskattade psykiska problem än de äldre kvinnorna.

Observera att ”vård inom psykiatri” är ett mått som måste tolkas med stor försiktighet, det är sannolikt att på grund av ålder har de äldre kvinnorna varit i vård i högre grad än de yngre. Troligt är också att det finns ett stort mått av social önskvärdhet för att framstå i bättre dager och oro över att berätta om psykiatriska problem. ”Man vill visa upp sig lite bättre, att vara tvångsintagen för missbruk är en tillräckligt problematisk situation, att dessutom berätta om andra allvarliga problem kanske till och med kan fördröja tvångsvården” (intervju med behandlingsansvarig).

Sammanfattning av kvinnornas problembild

Resultatet från DOK-intervjuerna visar att kvinnliga missbrukare som tvångsvårdats är en mycket utsatt grupp. Förutom det omfattande missbruket visar intervjuerna, precis som tidigare studier, på en problemfylld bakgrund, dålig social situation, relationsproblem, stor andel allvarliga hälsoproblem och att många tidigare vårdats inom psykiatrin. Det finns dock tydliga ålderskillnader bland kvinnorna.

De yngre missbrukar företrädesvis narkotika. De skiljer ut sig främst då de har haft en mer problemfylld uppväxt. En mindre andel har levt hos båda biologiska föräldrarna under sin uppväxt, de har i högre grad bott i fosterhem under uppväxttiden, de har till större del växt upp med problem som missbruk och psykiska problem, de har också till större del uppgett att de upplevt övergrepp. De unga kvinnorna har också en sämre social situation, färre har egen bostad, en stor andel lever med missbrukande män och utbildningsnivån är låg. Försörjningen består till största del av socialbidrag. Ingen av de unga kvinnorna har arbetat mer än sex månader, de flesta har aldrig haft ett arbete.

De äldsta kvinnorna, över 50 år, missbrukar till största del alkohol och/eller är blandmissbrukare. De utmärker sig främst genom den höga andel allvarliga hälsoproblem. De äldsta kvinnorna har till skillnad från de yngre oftast haft ett arbete under lång tid, dessa kvinnor har inte heller i samma utsträckning blivit utsatta för övergrepp i samband med sitt missbruk.

Kvinnorna mellan 30 och 49 år befinner sig mittemellan den yngsta och den äldsta gruppen gällande problemtyngd. Gruppen är troligen mer heterogen än de övriga och består sannolikt av både de kvinnor som karaktäriserats i den yngsta och den äldsta gruppen.

Cirka hälften av de intervjuade kvinnorna har före omhändertagandet på LVM-hem vårdats inom psykiatrin i någon form. Totalt har 14 procent tvångsvårdats inom psykiatrin. Nästan hälften av kvinnorna har ordinerats läkemedel mot depression. En tredjedel av kvinnorna berättar att de har haft någon slags ätstörningar någon gång i livet.

Resultatet tyder på att de unga kvinnorna befinner sig i en extremt allvarlig utslagningsprocess. De har ett utvecklat missbruk av tung narkotika, de har haft en ytterst problemfylld bakgrund, de har dessutom en svag samhällsförankring i form av utbildning, bostad och arbete. De äldre kvinnorna, över 50 år, missbrukar till största del alkohol och/eller blandar alkohol med läkemedel, ett missbruk som tar längre tid att utveckla.



LVM-hem för kvinnor

Institutioner och platser för kvinnor inom LVM-vården år 2001–2003

LVM-vård för kvinnor med missbruk bedrivs vid sex institutioner; Ekebylunds behandlingshem, Fortunagården, Renforsens behandlingshem, LVM-hemmen Rebecka och Lunden samt Runnagården. Totalt finns det 109 platser. Utöver detta kan kvinnor vårdas vid tio platser på Renforsens behandlingshem och Frösö LVM-hem, Tabell 5.

Frösö LVM-hem har en tillnyktrings- och avgiftningsenhet (TNE) som drivs enligt avtal med Jämtlands läns landsting och Kommunförbundet i Jämtlands län. Verksamheten finns på LVM-hemmets intagningsavdelning. Tre platser av sex är avsedda för kvinnor. TNE-platserna för män och kvinnor är åtskilda. Kvinnor kan utöver detta vårdas på öppen avdelning.

Tabell 5. Avdelningar och platser på LVM-hem för kvinnor år 2001–2003

Institution	Slutna avdelningar			Varav platser för intagning			Varav platser för vård/behandling			Öppna avdelningar			Varav platser för vård/behandling		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003
Ekebylunds behandlingshem*	1	1	1	8*	8*	8*	0*	0*	0*	1	1	1	16	16	16
Fortunagården	1	1	1	2	2	2	6	6	6	1	1	1	8	8	8
Renforsens behandlingshem	2	2	2	2	2	2	6•	6•	6•	1	1	1	5	5	5
LVM-hemmet Rebecka	1	1	1	2	2	2	12	12	12	0	0	0	0	0	0
LVM-hemmet Lunden	1	1	1	2	2	2	10	10	10	0	0	0	0	0	0
Runnagården	4	4	4	8	8	8	18	20	20	1	1	1	10	10	10
Totalt	10	10	10	24	24	24	46	46	46	4	4	4	39	39	39

* Viss vård/behandling sker också på den slutna avdelningen, se nedan för närmare beskrivning.

• Renforsens slutna motivationsplatser är till för både män och kvinnor

På Ekebylund finns två avdelningar, en slutna avdelning som också är intagningsavdelning och en öppen avdelning för motivation och behandling. På den slutna avdelningen finns åtta platser. Avdelningen används som intagningsavdelning, till avgiftning, för akut bruk etc. Avdelningen används mycket flexibelt. Den slutna avdelningen har en sjukhusliknande miljö, den ligger också i anslutning till den egna sjukmottagningen. På den slutna avdelningen finns inga gruppaktiviteter, däremot försöker man arbeta med enskilda samtal, promenera, vara i trädgården, viss skapande verksamhet med arbetsterapeut finns att tillgå. Oftast är klienterna väldigt dåliga och behöver vila. På den slutna avdelningen arbetar man för en så snabb omsättning som möjligt för att slussa vidare klienterna till den öppna motivationsavdelningen.

På Renforsens behandlingshem är två platser på intagningsavdelningen avskilda och reserverade för kvinnor. Det största behovet vid intagningen är omvårdnad. Klientens status avgör om hon går vidare till den slutna avdelningen, som är en motivationsavdelning för både män och kvinnor, blandat. Är klienten tillräckligt motiverad får hon behandlas direkt på den öppna avdelningen, där enbart kvinnor vårdas. Den öppna och den slutna avdelningen har olika behandlingsprogram. Liksom Ekebylunds behandlingshem arbetar man för att så snart som möjligt flytta klienten till den öppna kvinnoavdelningen.

Fortunagården har två slutna intagningsplatser. På intagningen får man stanna tills drogerna gått ur kroppen, cirka två till sju dagar. På intagningsavdelningen görs en bedömning om klienten skall placeras på slutan eller öppen avdelning. Beslutet är avhängigt om socialsekreteraren har någon särskild plan (då följer man den), klientens drogsituation, tidigare utredningar och eventuella erfarenheter av tidigare placeringar samt den egna bedömningen. Fortunagården har två motivations-/behandlingsavdelningar, en slutan med åtta platser och en öppen med åtta platser. Det finns också ett extra rum speciellt för frivilligt intagna kvinnor eller för kvinnor i utslussningsfasen. En del klienter får stanna på slutan avdelning hela tiden, en del klarar av att vara på öppen avdelning hela tiden. Några klienter börjar däremot på slutan avdelning för att senare flyttas till den öppna. Har socialtjänsten en plan att klienten skall fortsätta vidare till ett särskilt behandlingshem för vård enligt 27 § flyttas klienten dit så fort som möjligt.

LVM-placeringen på Rebecka LVM-hem inleds oftast på beroendekuten där en läkarbedömning sker, efter det kommer klienten till Rebeckas intagningsenhet. Intagningsenheten har två platser, där klienten skall befinna sig tills hon är fri från missbruk och bedöms fungera ute på avdelningen tillsammans med andra kvinnor, vanligtvis tar det tre dagar upp till en vecka. På Rebecka finns en slutan avdelning med tolv platser. Klienten måste i början av behandlingstiden ”stanna helt inlåst” tre veckor på avdelningen för att kontaktpersonen och klienten skall lära känna varandra.

På Lundens LVM-hem finns två intagningsplatser där kvinnorna avgiftas. Oftast stannar hon två till tre veckor här. Tiden på intagningsplatsen är viktig. Då använder kontaktpersonerna klienten tiden till att lära känna kvinnan på egen hand innan hon träffar de övriga klienterna. På Lundens LVM-hem finns en avdelning med tio slutna platser.

På Runnagården finns en intagningsavdelning med åtta platser. Alla inskrivna kommer först till intagningsavdelningen, på denna avdelning sker en bedömning av klienten. Där träffar kvinnorna en läkare, sjuksköterskor och sina kontaktpersoner. Kvinnorna får ett avgiftningsschema beroende på det missbruk de har. Alla stannar olika tid på intagningsavdelningen, från ett dygn till två månader. På intagningsavdelningen får kvinnorna information om behandlingen på Runnagården. De träffar också sina kontaktpersoner. Runnagården har fem avdelningar, en intagningsavdelning och fyra motivations-/behandlingsavdelningar. Fyra avdelningar är låsta och en öppen. Den öppna avdelningen har tio platser. De tre låsta motivations-/behandlingsavdelningarna är specialiserade på olika målgrupper, speciellt vårdkrävande utagerande, destruktiva och psykiskt störda kvinnor (sex platser), dubbeldiagnosproblematik d v s kvinnor med missbruk och psykisk störning (åtta platser) samt en missbruksavdelning och förberedelse inför öppen avdelning (sex platser).

Beläggning på LVM-hem för kvinnor vården år 2001–2003

Tabell 6 visar beläggningen på de institutioner som enbart vårdar kvinnor utslaget på ett år. Endast LVM-hem med enbart kvinnoplatser redovisas då beläggningsstatistik inte finns att tillgå för kvinnor enbart på könsblandade institutioner. Beläggning (intagna) beräknas i procent av antalet fastställda platser. Både öppna och slutna platser räknas och både LVM-placeringar och SoL-placeringar är medräknat. Beläggningen redovisas varje år i en rapport ”Beläggning vid LVM-hem och särskilda ungdomshem”.

Beläggningen mellan år 2001 och 2002 ökade på tre av fem LVM-hem för kvinnor. Dessa var Fortunagården, LVM-hemmet Lunden och Rebecka. Från år 2001 till 2003 har belägg-

ningen minskat på alla LVM-hem som vårdar kvinnor utom på Runnagården, där har beläggningen ökat från 90 till 94 procent. Jämfört med den genomsnittliga beläggningen, på samtliga LVM-hem, det senaste året ligger två LVM-hem för kvinnor lägre, LVM-hemmet Rebecka och Fortunagården.

Tabell 6. Beläggning på LVM-hem för kvinnor år 2001–2003 (procent)

Institution	Antal platser (2003)	år 2001	år 2002	år 2003
Ekebylunds behandlingshem	24	117	111	93
Fortunagården	16	88	91	82
LVM-hemmet Rebecka	12	77	89	77
LVM-hemmet Lunden	12	99	105	86
Runnagården	38	90	88	94
<i>Samtliga LVM-hem (inkl. LVM-hem för män)</i>	<i>102</i>	<i>96</i>	<i>89</i>	<i>83</i>

Vårdtid på LVM-hem för kvinnor år 2001–2003

Vårdtiden är uppdelad i två olika kategorier, mindre än en månad och en till sex månader. Vårdtiden kan i de flesta fallen jämföras med olika lagrum. Är klienten omedelbart placerad enligt 13 § LVM och ej blir beviljad fortsatt LVM-vård har hon oftast en vårdtid kortare än en månad. Klienter med en vårdtid mellan en och sex månader har oftast placerats enligt 4 § LVM, Tabell 7. Den redovisade vårdtiden gäller för LVM-vårdade utskrivna kvinnor under åren 2001 till 2003. Totalt skrevs 295 klienter ut år 2001, 303 klienter skrevs ut år 2002 och år 2003 skrevs 278 klienter ut från LVM-hem som vårdar kvinnor.

Tabell 7. Andel tvångsvårdade kvinnor år 2001–2003 fördelat på vårdtid och institution (radprocent)

Institution	År 2001			År 2002			År 2003		
	< 1 mån	1–6 mån	Antal	< 1 mån	1–6 mån	Antal	< 1 mån	1–6 mån	Antal
	%	%		%	%		%	%	
Ekebylunds behandlingshem	27	73	82	28	72	79	30	70	60
Fortunagården	17	83	36	0	100	33	20	80	35
Renforsens behandlingshem	21	79	14	50	50	24	39	61	23
LVM-hemmet Rebecka	11	89	36	17	83	36	15	85	34
LVM-hemmet Lunden	16	84	37	12	88	32	7	93	30
Runnagården	16	84	81	19	81	90	16	84	93
<i>Totalt (antal)</i>	<i>54</i>	<i>232</i>	<i>286</i>	<i>61</i>	<i>233</i>	<i>294</i>	<i>56</i>	<i>219</i>	<i>275</i>

Ekebylunds behandlingshem har cirka en tredjedel placeringar kortare än en månad, dvs omedelbara omhändertagande, varje redovisat år. Vårdtiden för klienter på Renforsens behandlingshem har sett olika ut över åren, år 2001 behandlades 21 procent av kvinnorna under en månad, år 2002 stannade hälften av klienterna på LVM-hemmet mindre än en månad och år 2003 stannade 39 procent av klienterna mindre tid än en månad. För övriga LVM-hem har tio till 20 procent av klienterna en behandlingstid under en månad.

Sammanfattning av platser, beläggning och vårdtid för LVM-hem som vårdar kvinnor

En tvångsplacering enligt LVM inleds oftast med en bedömning på sjukhus. Efter det kommer kvinnorna till en intagningsavdelning vid LVM-hemmet. På intagningsavdelningen stannar klienten för fortsatt tillnyktring och avgiftning. På intagningsavdelningen finns sjukvårdspersonal. I samband med intagningen sker intagningsamtal och klienten får träffa sin kontaktperson. Tiden på intagningsavdelningen används för bedömning och observation.

Ekebylunds och Renforsens behandlingshem bedriver företrädesvis vård på öppna motivations- och behandlingsavdelningar. Fortunagården och Runnagården har möjlighet att vårda kvinnorna på öppen eller slutna avdelning. På LVM-hemmen Rebecka och Lunden finns enbart slutna platser.

Frivilligt placerade (SoL) klienter vårdas i mån av plats på Ekebylunds behandlingshem, Renforsens behandlingshem, Fortunagården och Runnagården.

Beläggningen på samtliga LVM-hem (inklusive de institutioner som vårdar män) har sjunkit de senaste åren. Av de LVM-hem som vårdar kvinnor ligger två institutioner under beläggningsgenomsnittet det senaste året. Övriga LVM-hem som vårdar kvinnor har högre beläggning än alla institutioner tillsammans.

Jämfört med den genomsnittliga beläggningen på samtliga LVM-hem ligger endast två LVM-hem marginellt lägre.

Cirka en femtedel av kvinnorna vårdades kortare tid än en månad under respektive år. På Ekebylunds behandlingshem placeras den största andelen (25%) klienter med vårdtid under en månad. Vid de övriga LVM-hemmen vårdas mellan tio och 20 procent av kvinnorna kortare tid än en månad.



Differentiering av tvångsplacerade kvinnor i LVM-vård år 2001–2003

De tvångsvårdade kvinnorna placeras utifrån olika differentieringsgrunder. Samtliga differentieringsgrunder skall tas hänsyn till vid placering, men i första hand styrs placeringen efter klientens ålder och problematik. I andra hand kommer närheten till hemorten. Har socialtjänsten särskilda önskemål om att kvinnan skall placeras i närområdet utgår man från det i första hand (intervju med placeringschefen).

Differentieringsgrunderna för kvinnor i LVM-vård är;

- ålder
- missbruk
- närhet till hemorten
- omvårdnad
- psykiskt störda klienter
- psykisk störning i kombination med utagerande beteende
- gravida missbrukare

Nedan följer en redovisning av hur väl olika differentieringsgrunder har följts för placerade kvinnor år 2001–2003.

Ålder och missbruksdifferentiering

Ålder

Utifrån respektive institutions målgruppsbeskrivning, i myndighetens verksamhetsplanering, tar LVM-hemmet Rebecka och Lunden emot yngre kvinnor. Ekebylunds behandlingshem tar emot yngre och medelålders kvinnor. Övriga LVM-hem för kvinnor har inte någon specificerad åldersgrupp.

Tabell 8 visar var tvångsvårdade kvinnor i olika åldersgrupper placerats under åren 2001–2003.

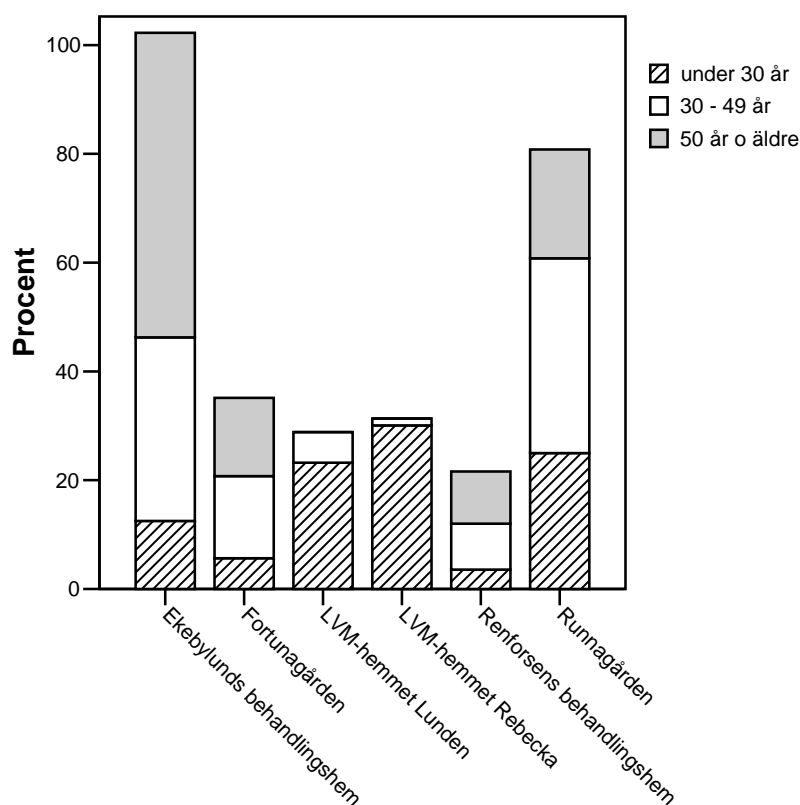
Tabell 8. Tvångsomhändertagna kvinnor år 2001–2003 fördelat efter åldersgrupper och institution

Institution	18–20 år		21–25 år		26–30 år		31–40 år		41–50 år		51 år och äldre		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ekebylunds behandlingshem	7	13	17	9	23	22	61	30	66	35	70	53	244	28
Fortunagården	5	9	9	5	5	5	23	11	36	19	18	14	96	11
Renforsens behandlingshem	3	6	6	3	5	5	14	7	17	9	12	9	57	6
LVM-hemmet Rebecka	22	41	65	33	15	14	1	0	3	2	0	0	106	12
LVM-hemmet Lunden	12	22	47	24	19	18	18	9	4	2	0	0	100	11
Runnagården	4	7	50	26	37	36	84	41	49	26	25	19	249	28
Totalt	53	100	194	100	104	100	201	100	175	100	125	100	852	100

Tabellen visar att merparten av de yngsta klienterna placeras på LVM-hemmen Rebecka, Lunden och Runnagården. Klienter mellan 26 och 30 år placeras till största del på Runnagården och Ekebylunds behandlingshem men denna åldergrupp placeras också på LVM-hemmen Rebecka och Lunden. Klienter mellan 31 och 40 år placeras till största del på Runnagården, efter det Ekebylunds behandlingshem. Kvinnor 41–50 år placeras på

Ekebylunds behandlingshem och efter det på Runnagården till största del. De äldsta klienterna placeras på Ekebylunds behandlingshem men också på Runnagården och Fortunagården. Det finns inga stora skillnader mellan placeringar efter ålder under åren 2001 t o m 2003.

Figur 7 visar samma sak som Tabell 8, d v s åldersfördelning på institutionerna. Figuren syftar dock till att ge en mer överskådlig bild och har därför grövre åldersindelning, under 30 år, 30–50 år, och 50 år och äldre. Figuren visar att Ekebylunds behandlingshem till största del vårdar kvinnor över 50 år, men också övriga åldersgrupper. Renforsen, Fortunagården och Runnagården har ungefär lika stora andelar kvinnor från de olika åldersgrupperna. LVM-hemmen Rebecka och Lunden har övervägande kvinnor under 30 år.



Figur 7. Kvinnor placerade i tvångsvård fördelat efter ålder och institution (varje ålderskategori summerar till 100 procent)

Missbruk – intagningsorsak

Enligt målgruppsbeskrivning tar Runnagården, Renforsens behandlingshem, Fortunagården och Ekebylunds behandlingshem emot kvinnor med alla sorters missbruk. LVM-hemmen Rebecka och Lunden vårdar kvinnor med narkotika och blandmissbruk. Ålder och missbruk är tätt sammankopplat, de yngre kvinnorna missbrukar narkotika medan de äldsta kvinnorna företrädesvis missbrukar alkohol och/eller läkemedel. I Tabell 9 redovisas tvångsomhändertagna kvinnors typ av missbruk fördelat efter institution.

Kvinnor med alkoholmissbruk placeras till största del på Ekebylund, Runnagården och Fortunagården. Kvinnor med alkohol eller alkohol och läkemedelsmissbruk placeras företrädesvis på Ekebylunds behandlingshem men också på Fortunagården och på

Runnagården. Kvinnor med narkotika och blandmissbruk placeras till största del på Runnagården, Ekebylund, LVM-hemmet Rebecka och LVM-hemmet Lunden. Tvångsplacerade kvinnor med narkotikamissbruk placeras på Runnagården, LVM-hemmen Rebecka och Lunden.

Tabell 9. Kvinnor intagna i LVM-vård år 2001–2003 fördelat efter typ av missbruk och institution

Institution	Alkohol enbart		Alkohol och läkemedel		Narkotika enbart		Blandmiss bruk		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ekebylunds behandlingshem	129	46	25	39	33	15	57	21	244	29
Fortunagården	51	18	11	17	11	5	21	8	94	11
Renforsens behandlingshem	30	11	4	6	11	5	10	4	55	6
LVM-hemmet Rebecka	4	1	4	6	45	21	50	18	103	12
LVM-hemmet Lunden	2	1	0	0	49	23	46	17	97	11
Runnagården	65	23	21	32	64	31	94	34	244	29
Totalt	281	100	65	100	213	100	278	100	837	100

Närhetsprincipen

Närhetsprincipen innebär att varje klient bör placeras så nära hemmet som möjligt för att främja samarbete med olika parter som jobbar för klienten, exempelvis socialtjänst, familj och nätverk.

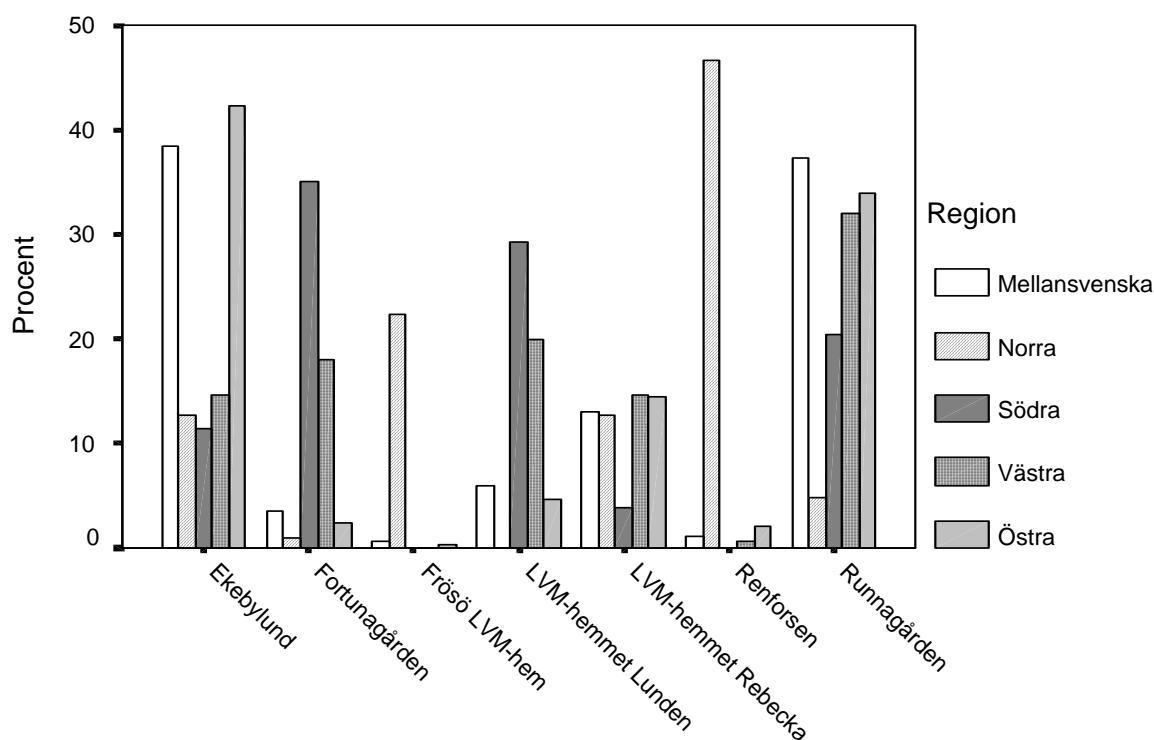
De LVM-hem som tar emot kvinnor ligger spridda på olika platser i landet; Renforsens behandlingshem ligger i den norra regionen, Runnagården räknas till den mellansvenska regionen, Ekebylunds behandlingshem och LVM-hemmet Rebecka finns i östra regionen och Fortunagården och LVM-hemmet Lunden finns i södra regionen. Västra regionen saknar LVM-hem för kvinnor.

Figur 8 visar hur klienterna fördelas efter hemregion. Ekebylunds behandlingshem har i 80 procent av fallen haft kvinnor placerade från mellansvenska (27%) och östra regionen (52%). Fortunagården har till största del haft klienter från södra (57%) och västra regionen (28%). Renforsens behandlingshem har haft övervägande klienter från den norra regionen. LVM-hemmet Lunden har företrädesvis klienter från södra och västra regionen (80%).

Störst spridning av klienter från olika delar av landet har LVM-hemmet Rebecka och Runnagården. LVM-hemmet Rebecka har haft störst andel klienter från östra regionen (40%) en femtedel kommer från västra- och mellansvenska regionen, tolv procent kommer från norra regionen och sex procent från södra regionen. Runnagårdens klienter kommer till största del från östra regionen, en fjärdedel kommer från mellansvenska, nästan en femtedel kommer från västra regionen, ca 13 procent från södra regionen och ett fåtal från norra regionen.

Spridningen av klienter från hela landet placerade på Runnagården beror på den specifika målgrupp institutionen tar emot, våldsamma och utagerande kvinnor med svåra psykiska störningar, denna differentiering går i första hand och det innebär att de behandlar kvinnor från hela Sverige. LVM-hemmet Rebecka behandlar unga narkotikamissbrukande kvinnor. Institutionen tar emot kvinnor från ett stort antal regioner, mellansvenska, norra, västra och

östra regionen, då de regionerna inte någon institution för yngre kvinnor med narkotikamissbruk.



Figur 8. Tvångsplacerade kvinnors olika hemregion fördelat efter institution

Omvårdnad och funktionshinder

Enligt målgruppsbeskrivning skall kvinnor som kräver mycket omvårdnad placeras på Ekebylunds behandlingshem. Klienter med lättare funktionshinder kan placeras på Renforsens behandlingshem.

Uppgifter om klienter har omvårdnadsbehov eller funktionshinder av olika slag finns ej att tillgå i KIA. I DOK-intervjun finns självrapporterade data om "allvarliga hälsoproblem" med det menas ett medicinskt tillstånd, som kräver regelbunden vård exempelvis medicinering, dietrestriktioner, oförmåga att delta i eller utföra normala aktiviteter (frågan har besvarats av 90% av klienterna 2001 och 2002).

När frågan "allvarliga hälsoproblem" fördelas på de olika institutionerna visar det sig att samtliga institutioner har kvinnor med allvarliga hälsoproblem. Störst andel kvinnor med hälsoproblem har de institutioner som har störst andel äldre kvinnor d v s Ekebylunds behandlingshem (47%) och Runnagården (45%). Övriga institutioners klienter har cirka en tredjedel allvarliga hälsoproblem.

Kvinnor med psykisk störning och kvinnor med psykisk störning i kombination med utagerande beteende

Samtliga LVM-institutioner för kvinnor uppger att de vårdar kvinnor med psykisk störning. Det finns dock nivåskillnader i institutionernas vård- och behandlingsinriktning.

Runnagården tar emot kvinnor med allvarligaste problematik, de är specialiserad på kvinnor med missbruk, destruktivt utagerande beteende och samtidig psykisk störning.

Runnagården har också en särskild dubbeldiagnos avdelning d v s en avdelning för kvinnor med missbruk och psykisk störning. LVM-hemmet Lunden tar emot kvinnor med svåra psykiska störningar. Ekebylunds behandlingshem, Fortunagården och LVM-hemmet Rebecka tar kvinnor med psykiska problem. Renforsens behandlingsinriktning uppger att de tar kvinnor med lättare psykiska problem.

Det finns ingen övergripande myndighetsstatistik att tillgå gällande psykiska störningar hos klienter som placeras på SiS institutioner. I DOK-intervjun, som görs vid inskrivnings-tillfället, finns självrapporterade data om tidigare vård inom psykiatri och självupplevda psykiska problem (exempelvis, *Har Du upplevt allvarlig ångest det senaste året?*). Enligt DOK-intervjuer (372 klienter) för 2001 och 2002 har cirka hälften av kvinnorna vårdats inom psykiatri, en ännu större del av kvinnorna anger att de mått psykiskt dåligt i livet.

Tabell 10 visar hur klienter som tidigare vårdats inom psykiatri fördelar sig över olika institutioner som vårdar kvinnor. Observera att ”vård inom psykiatri” är ett mått som måste tolkas med stor försiktighet, på grund av ålder har sannolikt de äldre kvinnorna i högre grad varit i vård än de yngre. Troligt är också att det finns ett stort mått av social önskvärdhet och en oro över att berätta om psykiatriska problem.

Tabellen visar att alla institutioner har kvinnor som vårdats inom psykiatri. Störst andel tidigare psykiatriskt vårdade fanns på Runnagården. Nästan 60 procent av kvinnorna som uppgett att de vårdats inom psykiatri placerades där. På övriga institutioner har en dryg tredjedel och upp till hälften av de intervjuade kvinnorna vårdats inom psykiatri.

Tabell 10. Andelen kvinnor som, innan omhändertagandet på LVM-hem, vårdats för psykiatriska problem fördelat efter institutioner (n=382)

Institution	Ej vårdad inom psykiatri		Tidigare vård inom psykiatri	
	Antal	%	Antal	%
Ekebylunds behandlingshem	53	54	45	46
Fortunagården	32	60	21	40
Renforsens behandlingshem	9	47	10	53
LVM-hemmet Rebecka	27	60	18	40
LVM-hemmet Lunden	29	64	16	36
Runnagården	47	43	63	57

Allvarligt psykiskt sjuka kvinnor och utagerande psykiskt sjuka kan tidigare ha placerats inom psykiatrisk tvångsvård. Av de kvinnor som intervjuats med DOK-formuläret och tvångsvårdats inom psykiatri har över hälften placerats på Runnagården, den institutionen med högsta beredskap för kvinnor med dubbeldiagnos och utagerande problem. Nio kvinnor som tidigare vårdats inom den psykiatriska tvångsvården har placerats på Ekebylunds behandlingshem, sex kvinnor har placerats på LVM-hemmet Rebecka och fem tidigare psykiatriskt tvångsvårdade kvinnor har varit i vård på LVM-hemmet Lunden, Tabell 11.

Tabell 11. Andelen kvinnor som, innan omhändertagandet på LVM-hem, vårdats i psykiatrisk tvångsvård fördelat efter institutioner (n=370)

Institution	Tidigare tvångsvård inom psykiatrin	
	Antal	%
Ekebylunds behandlingshem	9	17
Fortunagården	3	6
Renforsens behandlingshem	2	4
LVM-hemmet Rebecka	6	11
LVM-hemmet Lunden	5	9
Runnagården	28	53
Totalt	53	100

Gravida kvinnor med missbruk

Enligt myndighetens verksamhetsplanering kan gravida kvinnor med missbruk vårdas på LVM-hemmen Rebecka och Lunden, Runnagården och på Fortunagården.

Tabell 12 visar hur de gravida kvinnorna placerades år 2002 och 2003. Flest gravida missbrukande kvinnor placerades på LVM-hemmet Rebecka (åtta kvinnor). På Fortunagården och på Ekebylund placerades sex kvinnor vardera. På LVM-hemmet Lunden placerades fem gravida kvinnor och på Renforsens behandlingshem placerades fyra kvinnor. Anledningen till fördelningen av gravida kvinnor på samtliga LVM-hem är troligen att socialtjänsten har föredragit en placering så nära hemorten som möjligt.

Tabell 12. Antal gravida missbrukare år 2002 och 2003 efter institution

Institution	År 2002	År 2003
	Antal	Antal
Ekebylunds behandlingshem	2	4
Fortunagården	2	4
Renforsens behandlingshem	3	1
LVM-hemmet Rebecka	6	2
LVM-hemmet Lunden	3	2
Runnagården	2	-
Totalt	18	13

Sammanfattning av differentiering för tvångsplacerade kvinnor i LVM-vård

Enligt myndighetens verksamhetsplan skall LVM-hemmet Rebecka och Lunden vårda en ”yngre åldersgrupp”, vilket stämmer väl med placerade kvinnor år 2001–2003. Ekebylunds behandlingshem riktar sig mot en målgrupp som består av ”yngre och medelålders” kvinnor. Av de kvinnor som placerats på Ekebylund har emellertid över hälften varit mellan 50 och 70 år, övriga har varit i blandade åldrar, mellan 20–49 år. Övriga LVM-hem har inte uttalat någon särskild åldersinriktning. De hemmen har också tagit emot kvinnor i blandade åldrar, ungefär lika stora delar är under 30 år, 31–50 år, och 50 år och äldre.

Typ av missbruk och ålder följs åt, de unga kvinnorna missbrukar till största del narkotika och de äldre till största del alkohol –och/eller blandar preparat. Detta innebär att LVM-hemmet Rebecka och Lunden, med enbart yngre kvinnor, arbetar med kvinnor som till största del missbrukar narkotika eller blandar missbrukspreparat. Övriga institutioner arbetar med kvinnor som missbrukar alkohol, narkotika och läkemedel.

Omkring 80 procent av kvinnorna som placerats på Ekebylunds behandlingshem, Fortunagården, Renforsens behandlingshem samt LVM-hemmet Lunden har varit från samma eller närliggande region. Störst spridning av klienter från olika delar av landet finns på LVM-hemmet Rebecka och Runnagården.

Omvårdnadsbehov bedöms utifrån DOK-systemets registrering av ”allvarliga hälsoproblem”. Kvinnor med omvårdnadsbehov/allvarliga hälsoproblem har i enighet med myndighetens verksamhetsplan till största del placeras på Ekebylunds behandlingshem. Nästan lika stor andel har placerats på Runnagården. Av övriga institutioners klienter har cirka en tredjedel allvarliga hälsoproblem.

Kvinnor med missbruk och allvarliga psykiska störningar placeras i första hand på Runnagården, som har en hög beredskap för en målgrupp för sådana problem, i andra hand skall kvinnor med allvarliga psykiska problem placeras på LVM-hemmet Lunden. Statistik från DOK-systemet visar att samtliga LVM-hem för kvinnor har vårdat en stor andel kvinnor med tidigare psykiatriska problem. Över hälften av dem som innan omhändertagandet på LVM-hem har tvångsplacerats inom psykiatrin har dock placerats på Runnagården.

Gravida kvinnor har placerats på samtliga LVM-hem som vårdar kvinnor. Här har socialtjänstens önskemål om placering efter närhet till hemorten varit gällande.



Vård och behandling av kvinnor med missbruksproblem

Bakgrund

Behandlingsforskning om missbrukande kvinnor saknas. Få forskningsartiklar särredovisar vad som är verksamt i behandling för kvinnor, kvinnor och mäns problem redovisas som en enhet. Ett skäl till detta är troligtvis att en tredjedel av den missbrukande populationen är kvinnor, d v s andelen kvinnor i olika undersökningar är för få för att särredovisas. Detta innebär då samtidigt att de resultat som redovisas baserar sig på en stor andel män. Ytterligare ett skäl tänkbart till kvinnors frånvaro i behandlingsforskningen är att behandlingsutfall beräknas utifrån återfall i kriminalvårdsregister. Dessa register är ofta irrelevanta mått för kvinnor vars problembild i mindre grad än männens är relaterade till kriminalitet.

Mycket av den senaste forskningen talar för att kvinnor och män, flickor och pojkar har likaartade riskfaktorer och likartad problemutveckling. Utifrån detta dras slutsatserna att kvinnor och män kan behandlas på samma sätt. Det finns dock forskning som pekar på tydliga skillnader i riskfaktorer och utveckling av antisocialt beteende, även om mer forskning på området behövs. Exempelvis har Chamberlain (2002) studerat skillnader mellan flickors och pojkars riskfaktorer och funnit att flickor har signifikant högre andel sexuella övergrepp i barndomen, andra riskfaktorer som skiljer sig är rymningar och suicidrisk. Flera forskare (exempelvis, Andersson, 1993; Bergman & Wångby, 1998) har funnit att flickor i högre grad har instabila uppväxtförhållanden än pojkar. Flera forskare pekar på kvinnors antisociala utveckling som extrem gällande utveckling av internaliserande störningar som exempelvis depression, ångest, självmord. Tonårsgraviditeter är vanliga. Dessa kvinnor har mycket högt användande av sjukvård och socialtjänst (Robins & Price, 1991).

Mycket talar för att kvinnor har andra riskfaktorer och en annan problemutveckling än män. Utifrån detta perspektiv borde kvinnors behandlingsbehov vara annorlunda än männens. Följaktligen vet man inte riktigt vad som är verksamt behandling för missbrukande kvinnor.

Motivationsarbete eller behandling

Tvångsvård enligt LVM syftar främst till att motivera klienten till frivillig vård. Detta kan leda tankarna till att ”enbart motivationsarbete” skall utföras på LVM-hemmen. Utifrån lagbestämmelser är det dock klart utsagt att behandling skall påbörjas på LVM-hemmet. En klagande tydlig beskrivning av motivationsarbete kontra behandling återfinns i LVM-utredningen Tvång och förändring ”Behandlingsinsatser bör påbörjas medan den intagne är intagen på LVM-hem för att sedan fortsätta under 27 §-placering och – i bästa fall – i efterföljande frivillig vård med stöd av socialtjänstlagen” (SOU 2004:3).

Kvinnoperspektiv

Föreställningen om den missbrukande kvinnan är stark. Kvinnor bryter mer mot normen än vad män gör när de missbrukar. Missbruk, fysisk ohälsa och social utslagning ger kvinnorna känslor av skam, skuld och dåligt självförtroende när de inte lever upp till idealen. Dessa känslor bekräftas av omgivningens negativa attityder. Samspelet mellan den missbrukande kvinnan och omgivningen bidrar till ett starkt självförakt. Mot denna bakgrund är återskapandet av den egna identiteten och kvinnligheten en central del i behandlingsarbetet. Behandlingshemmet skall ge förutsättningar för kvinnor att utveckla ”sitt feminina

kulturella kapital". Kvinnorna kan på så vis ta igen brister i sin socialisation (Trulsson, 2003).

Två studier uppmärksammar och medvetandegör dolda processer vid kvinnobehandling. Det är Ingrid Landerts (2003) avhandling, *Den flygande maran*, en studie om åtta narkotikabrukande kvinnor i Stockholm och Mats Hiltes (2002) kapitel i antologin *Könsperspektiv på missbruk*. De väcker frågor som: När är ett kvinnligt beteende patologiskt? Vad är kvinnligt normalt? Var går gränsen mellan god stödjande "kvinnobehandling" och behandling som skapar och vidmakthåller fördomar om "normal" kvinnlighet? Hilde (2002) skriver i sin studie att kvinnorna ej framställer sitt missbruk ur makt eller könsperspektiv. Missbruket är helt kopplat till den egna kroppen eller psyket. Däremot avspeglar sig olika roller utifrån vilken behandlingsmetod som de missbrukande kvinnorna genomgått. I den kvinnoorienterade miljöterapi tränas klienten att bli medveten om och lära känna sig själv i ett mansdominerat samhälle, den frigjorda kvinnan. Minnesotamodellen lär ut en kontrollteknik som går ut på att acceptera den egna sjukdomen, den sjuka kvinnan. I det lösningsfokuserade programmet stod själv- och tankekontroll i fokus, den kompetenta kvinnan. Landert (2003) visar i sin avhandling hur styrande våra föreställningar om kön är. Synen på kvinnor som missbrukar styr och skapar vissa behandlingsmönster. Behandlingsinnehåll som anses kvinnligt handlade om omsorg, om kropp, själ, hem och hälsa. Kvinnorna fick lära sig att sy, sticka och laga mat. De missbrukande kvinnorna sågs som något onaturligt oönskat väsen som måste förändras för att passa in i ramen för vad som ansågs vara normalt kvinnligt.

Enbart kvinnor i behandling

Enkönad institutionsbehandling för kvinnor är en självklarhet utifrån ett kvinnoperspektiv. Enbart kvinnor möjliggör ett relationsskapande "vänneskap", en viktig del i behandlingstänkandet (Fridell, 2003; Trulsson, 2003). En kontrollerad studie av Dahlgren (1989) visar att enbart kvinnor i alkoholbehandling ger bättre resultat än om avdelningen är könsblandad. I en nyligen gjord studie visar Palm (2004) att klienterna oftare än behandlingspersonalen ansåg att kvinnor och män borde behandlas separat.

Särskilt motiverade tillfällen

Flera studier visar att kvinnor är mer mottagliga för behandling i olika skeden. Graviditet är ett exempel på ett sådant skede, viljan att återfå kontakten/vårnaden med sina barn är ett annat. Moderskapet öppnar en möjlighet till ett nytt liv och en ny identitet (Fridell, 2002; Blomkvist, 2002). "Graviditeten kan ses som en stor möjlighet att förändra den missbrukande kvinnans liv, eftersom hon under denna tid är som mest motiverad att sluta missbruka och ges en möjlighet att upptas i ett "normalt" liv och därmed bli betraktad som en "normal" kvinna" (Trulsson, 2003).

Institutionsvård

Institutionell miljöterapeutisk behandling av missbrukare är inte något enhetligt begrepp utan kan beskrivas på olika sätt. Fridell (1996) ger flera olika exempel. En definition lyder "ett systematiskt tillämpat organisationsperspektiv där hela institutionen antas påverka medlemmarnas attityder och beteende". Varje miljöterapeutisk behandlingsinstitution bör definieras av ett "ansikte" utåt och en god struktur inåt. En välfungerande organisation måste klargöra och kunna förmedla idéinnehåll, normer och förhållningssätt. För såväl klienter som personal måste institutionen framstå som en helhet där ideologin är ett mycket viktigt redskap. Flera olika varianter av miljöterapi kan urskiljas, exempel på sådana är Hassela-modellen, engelska terapeutiska samhällena, psykiatrisk miljöterapi. Minnesota-

modellen räknas som en integrerad professionell missbruksbehandling med inslag av miljöterapi (Fridell, 1996).

”Trulssons behandlingsmodell – miljöterapeutiskt samhälle för kvinnor?”

Under 1989- och 1990-talen växte speciella behandlingshem för kvinnor fram. Då lades fokus i behandlingen på det enskilda samtalet och kontakten med familjen, speciellt barnen. Karin Trulsson (2003) har utformat en behandlingsteori för kvinnor efter intervjuer med flickor och kvinnor som i efterhand sammanfattat vad som varit verksamt för dem i behandling. Metoden fungerar som en vägvisare oberoende om institutionen arbetar efter en systemorienterad, kognitiv, miljöterapeutisk eller Minnesota-inriktad modell (Björk & J:son Knodt, 2003). Metoden har kvinnoteroretisk utvecklingspsykologi som bas och bygger på att ge utrymme för moderskap, barn, och relationer till närstående. Behandlingen kan sammanfattas i fyra hörnstenar, *Individuella samtal*, att få tillit till sin behandlare, *Väninnerelationer*, gemenskap med andra kvinnor, *Symptomtolerans*, att inte bli övergiven, och *Eftervård*, långsiktighet i behandling.

Evidensbaserad missbruksbehandling – SBU

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), har gjort en evidensbaserad kunskapssammanställning om missbruksbehandling. Rapporten innehåller totalt 641 randomiserade, kontrollerade studier om behandling av alkohol och narkotikamissbrukare. Av dessa fann Fridell (2002) att av cirka 130 granskade artiklar gjordes väldigt få jämförelser av könsskillnader. Rapporten innehåller sålunda inte något könsperspektiv i sin redovisning av insatsernas effekt. De få studier som undersökt könsskillnader visar att kvinnor uppnått samma eller bättre resultat än männen (SBU, 2001).

Den definition av missbruksbehandling som används i SBU-rapporten lyder:

”Beroende av alkohol och narkotika är ofta ett kroniskt tillstånd även om det är vanligt med långa perioder av nykterhet. Den beroende kan ofta också ha flera, såväl kroppsliga som psykiska, sjukdomar. Behandlingen måste därför inriktas på både beroendetillståndet och samtliga sjukdomar och kan behöva upprepas för att förhindra återfall och för att minska skadorna. Denna målsättning liknar den som gäller för behandling av kroniska kroppssjukdomar, som exempelvis diabetes och hjärt-kärlsjukdomar”.

I SBU-rapporten rapporteras om psykosocial behandling och läkemedelsbehandling. Läkemedel förekommer endast som ett mycket begränsat behandlingsinslag på LVM-hemmen för kvinnor och kommer därför inte att redovisas. Psykosocial behandlingsmetod innehåller; Motivationsmetoder, Ändra missbruksbeteendet, Metoder som fokuserar på bakomliggande faktorer, Allmänt stödjande metoder och Behandling inriktad på partner och anhöriga.

Rapporten visar att flera specifika metoder har positiv effekt på alkoholberoende. Behandlingarna utmärks av en klar och väldefinierad struktur, ibland till och med detaljerade riktlinjer. Exempel på sådana behandlingsmetoder är kognitiv terapi, 12-stegsmodellen, psykodynamisk terapi, parterapi och anhöringsatser. Stödjande samtal i kombination med socialkurativa insatser (sedvanlig behandling) uppvisar inga effekter.

Tre grupper av psykosocial behandling identifierades för narkotikaberoende.

1. Stödjande behandlingsmetoder, bygger ofta på bra samarbete mellan patient, vårdare och anhöriga. Behandlingen är inte manualbaserad, strukturen är i regel otydlig.

2. Omlärande behandlingsformer, inriktade på förändring av missbruksbeteendet. Vanligen beteendeterapi. Vissa omlärande behandlingar är manualbaserade, exempelvis återfallsprevention. Omlärande behandlingsformer har vissa krav på utbildning.
3. Psykoterapeutiska metoder, exempelvis familjeterapi, kognitiv terapi, dynamiskt orienterad terapi. För att behandla med hjälp av dessa metoder krävs legitimation.

Omlärande interventioner har effekt på heroin- och kokainmissbrukare. Dynamiska psykoterapier har effekt på heroinmissbrukare. (Det finns ingen randomiserad kontrollerad studie av psykosocialt behandlingsarbete mot amfetamin.)

Stödjande insatser har inte visat någon effekt alls på missbruket.

Det finns likheter i resultaten för narkotika- och alkoholmissbrukare. Strukturerade specifika behandlingsinsatser ger goda resultat. Stödjande samtal/insatser ger ej resultat.

Riktlinjer för missbruksbehandling

National Institute on Drug Abuse (NIDA) har utformat riktlinjer för effektiv missbruksbehandling som grundar sig på forskningsresultat. En översättning finns i SiS-rapport 2004:8. I riktlinjerna framhålls individanpassad behandling. En lyckad behandling bör innehålla fokus på klientens alla problem och inte enbart vara inriktad på missbruket. Missbrukande individer med psykisk ohälsa skall ha behandling för båda problemen för att uppnå ett lyckat resultat. Individuella samtal och/eller grupp samtal samt eftervård poängteras också.

De bästa behandlingsprogrammen erbjuder en kombination av terapi och andra behandlingsformer. Exempel på behandlingsmetoder som visat sig ha effekt är Motivationshöjande terapi (MI-samtal), Återfallsprevention, Jagstödjande individualterapi, Kognitiv terapi.

Manualbaserad ”multi-behandling”

Ytterligare en evidensbaserad metod är CRA-behandling (community reinforcement approach). Det är ett 24-veckors långt behandlingsprogram där flera olika färdigheter tränas parallellt. Behandlingen innehåller två enskilda samtal i veckan, färdighetsträning för att minska droganvändning, nätverksarbete samt att klienten får arbets-/yrkesvägledning. Det sker också ett arbete med att hitta passande fritidsaktiviteter. Behandlingen är kopplad till teckenekonomi, varje drogprov ger en stämpel med ett visst värde. Stämplarna kan sparas och bytas ut mot olika varor. Patienterna lämnar urinprov två–tre gånger i veckan.

En manualbaserad behandling utformad för kvinnor

Dialektisk beteendeterapi (DBT) är en individuell manualbaserad behandling särskilt utformad för kvinnors behov. Metoden är utarbetad av Linehan (1993, 2000) och har varit i bruk över 10 år i USA. Behandlingsmodellen används på flera håll i Sverige och DBT-manualen har översatts av Kåver & Nilssone (2003). DBT är en interaktiv behandling som bygger på de teoretiska fundamenten, inlärningsteori, kognitiv teori, dialektisk filosofi och zenbuddistisk filosofi. Inlärningsteori/beteendeterapi utgör kärnan i behandlingen.

Metoden har visat sig vara mycket effektiv för suicidala och självdestruktiva kvinnor med bordeline-störning men har med framgång prövats för andra populationer med liknande känsloreglerings- och impuls kontrollproblematik exempelvis; aggressivitet/misshandel, par

och familjer med komplexa problem, bulimi, posttraumatisk stressstörning, åldersdepression, ungdomskriminalitet etc. Metoden har också prövats mot missbruk, en anpassad manual har utformats.

Vård och behandling på LVM-institutioner för kvinnor

Institutionernas övergripande förhållningssätt

Uppgifterna som redovisas nedan bygger på SiS-profilen (Dnr 2003/0301) och intervjuer med institutionschefer och behandlingspersonal på samtliga institutioner.

I följande redovisning skiljs begreppen övergripande förhållningssätt och specifika behandlingsmetoder. Dessa två behandlingsbegrepp går i mångt och mycket i varandra och är svåra att särskilja. Övergripande förhållningssätt definieras enligt Fridell (1996) som den institutionsmiljö som bildar idéinnehåll, normer och förhållningssätt. Med specifika behandlingsmetoder menas avgränsade metoder/redskap som inte nödvändigtvis ingår i ramen för den rådande behandlingsideologin.

Institutionernas övergripande förhållningssätt redovisas i Tabell 13.

Tabell 13. Övergripande förhållningssätt på LVM-hem för kvinnor

LVM-hem	Övergripande förhållningssätt – behandlingssideologi
Ekebylunds behandlingshem	Miljöterapeutisk grund, inslag av kognitivt förhållningssätt
Fortunagården	Systemteori med humanistisk värdegrund och ett relationsbyggande förhållningssätt
Renforsens behandlingshem	Lösningfokuserat förhållningssätt
LVM-hemmet Lunden	Miljöterapeutiskt arbetssätt som grund med kognitivt förhållningssätt som komplement
LVM-hemmet Rebecka	Eklektiskt förhållningssätt ”Rebecka-andan”
Runnagården	Tolvstegsbaserat förhållningssätt

Ekebylunds behandlingshem, Renforsens behandlingshem och LVM-hemmet Lunden har ett miljöterapeutiskt förhållningssätt med lite olika inriktning. Det miljöterapeutiska arbetet innebär träning i dagliga rutiner, konkret innebär detta att klienterna deltar i kök, tvätt, matlagning, trädgårdsskötsel etc efter förmåga. Det dagliga arbetet syftar till att skapa trygghet och att kvinnorna får medverka i ett ”vanligt livs rutiner”, på så vis skall återanpassningen bli enklare. En åldersmässigt blandad klientgrupp kan innebära stora fördelar i ett miljöterapeutiskt övergripande synsätt. Det blir lite som ett generationsboende, där unga och gamla tar hand om varandra. De äldre missbrukarna kan också ses som ”dåliga” förebilder för de unga (intervjuer med personal på de åldersmässigt blandade enheterna).

LVM-hemmet Rebecka förhåller sig eklektiskt, en definierad ”Rebecka-anda” genomsyrar behandlingstänkandet. Rebecka-andan har utvecklats på institutionen under många år och finns väl definierad i ett antal punkter: Vården ska bedrivas i en anda av humanitet och respekt för individen, varje individ är unik, att ha ett helhetsperspektiv i behandlingsarbetet, att möta individen med öppenhet, intresse och fördomsfrihet, att våga vara tydlig samt ha förmågan att visa ”jag vill dig väl”, att som personal våga vara nära, att förstå att behandlingsarbetet förutsätter en relation mellan behandlare och klient, se och definiera det friska hos kvinnan, att ha förmåga att förstå att olika beteenden kan vara symptom på bakomliggande problem, skilja på person och handling.

Fortunagården arbetar utifrån systemteori med humanistisk värdegrund och ett relationsbyggande förhållningssätt. Det innebär att det bärande i behandlingen är personalens engagemang, samtal mellan kontaktpersoner och klienter och samtal mellan klienter, skickligheten hos behandlaren betonas. Man jobbar utifrån Trulssons (2003) alla grundstenar, d v s individuella behov, vänninnerrelationer, symptomtolerans och eftervård. Samma grundbehandling oavsett klientens ålder används.

Runnagården har ett tolvstegs baserat förhållningssätt, behandlingsmodellen är manualbaserad och bygger på att klienten skall bli medveten om att hon har ett problem och att hon kan ta emot hjälp för det.

Dagaktiviteter – Veckoschema

Strukturerade dagliga scheman/rutiner förekommer på samtliga LVM-hem för kvinnor. Renforsens behandlingshem och Runnagården har mer strukturerade veckoscheman och håller samma rutiner varje dag. I veckoschemat finns tid avsatt till olika aktiviteter, individuell behandling och gruppbehandling. Dagaktiviteter som erbjuds är exempelvis, ridning, systuga, konstnärligt arbete, hobbyverksamhet, arbetsterapi, friskvård/egenvård.

Behandlingsplan och Kontaktperson

Samtliga institutioner arbetar för att varje klient ska ha en individuellt utformad behandlingsplan. Samtliga institutioner har kontaktpersoner knutna till sina klienter. Ekebylunds behandlingshem och Fortunagården har en kontaktperson till varje klient. Renforsens behandlingshem, LVM-hemmen Rebecka och Lunden samt Runnagården har två kontaktpersoner för varje klient. Alla intervjuade betonar den relationen som skapas mellan kontaktperson och klient.

På Runnagården har varje klient en kvinnlig och en manlig kontaktperson. För behandling exempelvis individuella samtal och gruppsamtal finns särskilt utbildade 12-stegsterapeuter.

För övriga institutioner är behandling en stor roll för kontaktpersonen.

På Ekebylund ligger tyngdpunkten i behandlingsarbetet på den relationen som skapas mellan kontaktperson och klient. Kontaktpersonen håller i enskilda samtal. Motivationsarbetet finns dock i hela det miljöterapeutiska tänkandet och går ut på att personalen skall visa respekt, vara förstående och finnas där. Det är viktigt att ge kvinnorna tid att tänka efter, tid att analysera sin situation. Att komma till en eftertänksam nivå är målet. Det bärande i behandlingen är personalens engagemang, samtal mellan kontaktpersoner och klienter och samtal mellan klienter.

På Fortunagården bygger behandlingsarbetet på kontaktmannaskap och den relation som skapas mellan kontaktman och klient. Kontaktmannaskapet är byggt i en ”platt organisation”. Det innebär att kontaktpersonen har hela ansvaret för klienten, de sköter individuella samtal, sköter kontakt med socialsekreteraren samt vardagstid. Tiden med klienten är viktig och kontaktskapande. Alla kontaktpersoner arbetar utifrån samma mall där man börjar systematiskt men försiktigt för att möjliggöra skapandet av en relation.

Vården på Rebecka är organiserad kring kontaktmannaskap, varje klient skall ha två kontaktpersoner, helst en kvinna och en man, kontaktpersonerna kan ses ”ställföreträdande föräldrar”. Det är viktigt att kontaktmannen är en god förebild, att hon kan stå för struktur, drogfrihet och tydlighet och övriga punkter i Rebecka-andan, det ger trygghet.

På Lunden har varje klient två kontaktpersoner för att öka möjligheten till anknytning. Kontaktpersonerna jobbar för ett individuellt bemötande och samtal enligt kognitiv psykoterapi (KPT). Man anser att det är viktigt att ha en nära planering med klienten, det skall vara lätt för klienten att lyckas med det hon gör, på så vis skapas motivation med hjälp av stegvis framgång. Det är viktigt att ta klienten på allvar, att hjälpa till med omedelbara behov och att ge hopp inför framtiden.

Forskningsbaserade behandlingsmetoder

I både SBU-rapporten och i NIDA:s riktlinjer beskrivs samtal, både individuellt och i grupp som viktig missbruksbehandling. Graden av struktur är dock avgörande. Samtalsmetoder som motiverande intervju (MI), kognitiv terapi och 12-stegsbehandling har visat sig ge goda resultat. Andra exempel på verksamma behandlingsmetoder är de som fokuserar på bakomliggande faktorer och metoder som syftar till att ändra missbruksbeteendet, exempelvis återfallsprevention (SBU, 2001; SiS, 2004:8).

Specifika forskningsmetoder för varje institution finns dokumenterade i Tabell 14.

Enskilda samtal – Grupp samtal

Alla LVM-institutioner för kvinnor arbetar med individuella samtal och gruppsamtal. Graden av struktur är svår att bedöma, det finns dock en hög medvetenhet om att struktur är viktigt på varje institution. Kontaktpersonerna, som oftast utför samtalen, utbildas i hög grad i olika samtalsmetoder som motiverande intervju etc. För särskilda behov kan samtliga LVM-hem erbjuda hjälp att ordna samtalskontakt med läkare, psykiatriker, psykoterapeut.

Ekebylund; Varje klient erbjuds alltid enskilda samtal två gånger i veckan med sin kontaktman. Kontaktmännen har yrkesinriktad högskoleutbildning. Två personer har steg 1-utbildning. Flera i personalen är MI-utbildade, men inte alla. Många av de klienter som finns på Ekebylund är äldre kvinnor med demenssjukdom, de kvinnorna är ofta för sjuka för att tillgodogöra sig ett samtal med MI som grund. Samtalsgrupper om missbruk och missbruksrelaterade problem samt skadeverkningar är i fokus och återkommer två gånger i veckan.

På Fortunagården sköter kontaktpersonerna de individuella samtalen. Samtliga kontaktpersoner har högskoleutbildning som bas och MI-utbildning som påbyggnad. Gruppbehandling med syfte att kvinnorna skall känna igen sig i varandra förekommer också, detta är ett viktigt steg i skapandet av väninnerrelationer (Trulsson, 2003).

På Renforsens behandlingshem har kontaktpersonerna enskilda samtal två gånger i veckan med sina klienter. Kontaktpersonerna har högskoleutbildning och är särskilt utbildade i MI och lösningsfokuserat arbete. Gruppbehandling förekommer tre gånger i veckan och utförs av behandlingsassistenterna. Båda samtalsformerna baseras utifrån det strukturerade behandlingsprogram som finns. Under olika veckor behandlas olika teman, dessa teman följs upp i samtalen.

På LVM-hemmet Rebecka arbetar kontaktman och klient med samtal. Man arbetar i faser som också är indelade i olika arbetsuppgifter. Faser med samtal och arbetsuppgifter finns dokumenterade, så att samma rutin följer varje klient. Målet är att alla som arbetar med behandling skall ha genomgått MI-utbildning samt kognitiv grundutbildning.

På LVM-hemmet Lunden arbetar kontaktpersonerna med individuella samtal enligt kognitiv psykoterapi (KPT). Alla som arbetar med behandling på Lunden har utbildning i kognitiv grundkurs, MI, någon har steg 1-utbildning.

Runnagården använder sig av manualbaserad 12-stegsbehandling. Både enskilda samtal och gruppsamtal med särskilt utbildade drogterapeuter förekommer. Det finns möjlighet att få kognitiv terapi enskilt och i grupp under LVM-tiden.

Tabell 14. Forskningsbaserade behandlingsmetoder på LVM-hem för kvinnor

LVM-hem	Specifika behandlingsmetoder
Ekebylunds behandlingshem	Återfallsprevention, Enskilda samtal, Gruppsamtal (Jagstödande behandling ur ett kvinnoperspektiv, MI-samtal förekommer för vissa)
Fortunagården	Motiverande enskilda samtal, Gruppsamtal, Nätverksarbete, Eftervård, Återfallsprevention
Renforsens behandlingshem	Eget utformat strukturerat behandlingsprogram (10 veckor), Enskilda samtal, Gruppsamtal, Återfallsprevention
LVM-hemmet Lunden	Motiverande samtal, KPT-samtal, Återfallsprevention
LVM-hemmet Rebecka	Motiverande samtal, Återfallsprevention
Runnagården	Återfallsprevention, 12-stegsbaserade missbruksgrupper, Individuell 12-stegsterapi, Enskild och/eller kognitiv terapi

Specifika behandlingsprogram

På samtliga LVM-hem för kvinnor arbetar man med återfallsprevention. På Ekebylunds behandlingshem sker den löpande i grupp. Kursen pågår en gång i veckan i åtta veckor. Det genomförs två kurser per termin. På Lundens LVM-hem sker återfallsprevention regelbundet en gång i veckan. På Rebecka och Fortunagården arbetar kontaktpersonerna med återfallsprevention.

Renforsens behandlingshem har utvecklat ett särskilt behandlingsprogram. Programmet är mycket strukturerat och fyller nästan alla dagens timmar. Det pågår i tio veckor, efter det börjar det om från början igen. Behandlingsprogrammet har veckovisa teman, ingen slipper undan något tema, även om det är känsligt. De olika temana bearbetas och följs upp i enskilda samtal och gruppsamtal. Exempel på veckovisa ämnen är våld mot kvinnor, kommunikation, relationer och känslor. Under en vecka behandlas temat nutidsorientering, då har kvinnorna arbetsträning, undervisning i ekonomisk skuldsanering, pensionssparande etc.

På Runnagården arbetar man manualbaserat utifrån vilken avdelning kvinnan befinner sig på. Det finns en manual för missbruksbehandling och en för ”dubbla störningar”, d v s både missbruk och psykiska problem. Grundstrukturen är densamma på alla avdelningarna med morgonsamling, veckoprogram med arbetsterapi, dubbeldiagnosgrupp och missbruksgrupp. En arbetsbok används för att klienterna själva skall arbeta utifrån individuella förutsättningar.

Kvinnoperspektiv i behandlingen

Personal vid LVM-hem som vårdar kvinnor har ofta stor insikt i makt och/eller köns- perspektiv. Kvinnoteoretisk utvecklingspsykologi som bygger på att ge utrymme för moderskap, barn, och relationer till närstående räknas som viktiga komponenter i LVM-vård på samtliga hem som vårdar kvinnor. Samtliga institutioner arbetar aktivt med att hålla sig uppdaterade i ”kvinnoteori och kvinnoperspektiv”. Exempelvis deltar LVM-

hemmen Rebecka och Lunden i olika forskningsprojekt som arbetar för att utveckla vården för kvinnor. LVM-hemmet Rebecka har också representant med i Kvinnoforum. På Runnagården finns en arbetsgrupp som särskilt arbetar med att utforma vård och behandling efter kvinnors behov. Varje år utformas en skriftlig genderplan. Övriga LVM-hem är också aktiva i ämnet på olika sätt.

På samtliga LVM-hem förekommer ”Kvinnogrupper” som behandlar teman som ”våld mot kvinnor”, ”sex och samlevnad”, relationer, graviditet, anknytningsteori etc. AA har särskilda kvinnogrupper på Runnagården.

Kvinnobehandling enligt Trulssons modell (2003) innefattar fyra fundament. Samtliga av dessa används helt eller delvis i behandlingen på LVM-hemmen. Individuella samtal förekommer för alla kvinnor. Gemenskap med andra kvinnor, väninnerrelationer, finns som grund i den dagliga atmosfären och i gruppsamtal. Symptomtolerans betraktas inte enbart som tolerans för återfall i missbruk. ”På LVM-hemmen är begreppet applicerbart på tolerans för den ångest kvinnorna har inom sig och som kommer fram när missbruket tvingats bort, att stå ut och härbärgera denna ångest är mycket betydelsefull i behandling” (cit. intervju). Vikten av eftervård, i form av en individuell långsiktig 27 §-placering är alla också helt överens om. En institution arbetar aktivt med egen eftervård, Fortunagården. Runnagården och LVM-hemmet Lunden deltar i eftervårdsprojekt.

Alla intervjuade anser att omvårdnad med kvinnliga förtecken (exempel nedan) är mycket viktigt. Många kvinnor som kommer till LVM-hem har levt ensamma och är väldigt nergångna, en del är uteliggare, ”de mår väldigt dåligt – kan man då ge något som man kan må bra av en liten stund är det mycket bra för motivationsarbete och tillfrisknande” (cit. intervju). ”Kvinnlig omvårdnad” får den missbrukande kvinnan att se sig själv ur ett större perspektiv, skulden blir mindre. ”Att stärka det som är kvinnligt, det är väldigt uppskattat, det handlar om välbefinnande” (cit. intervju). Det anses som viktiga steg i motivationsarbetet, det är relationsskapande och banar väg för en enklare återanpassning. Med kvinnlig omvårdnad menas i hög grad att hjälpa kvinnorna med sitt yttre, att de får bli ompysslade – ”det är viktigt att bli uppfräschad, att återgå till ett normalt utseende, att få hela tänder, hela kläder, håret klippt etc”. På LVM-hemmen finns massage, sjukgymnastik, hudvård, fotvård, motion etc. Grupper som tar upp frågor som hygien, mode och stil i grupp. Kroppsterapier som beröringsmassage och öronakupunktur förekommer på flera LVM-hem för kvinnor. På några institutioner finns det ”relax-rum”.

Dagaktiviteter särskilt utformade för kvinnor förekommer på alla institutionerna mer eller mindre strukturerat. Skapande verksamhet som musik, poesi och målning förekommer. I arbetsterapi utför man verksamheter som keramik, sy kläder, porslinsmålning, måla blomkrukor etc. Andra aktiviteter förekommer också, exempelvis besök på badhus, ridning, åka till bibliotek, gå på gym, delta i en datautbildning. Aktiviteterna är oftast anpassade till kvinnornas ålder.

Utredningar

På Ekebylunds behandlingshem utförs utredningar av ett kontaktnät av konsulter. Kvalificerade psykolog utredningar, demensutredning och funktionsbedömningar kan göras om socialtjänsten efterfrågar det.

På Fortunagården görs alltid en enklare utredning vid inskrivningstillfället. Psykologisk, social utredning och minnestest görs om socialtjänsten vill. Man frågar vid första behandlingskonferensen. Konsulter används vid kvalificerade utredningar.

Renforsens behandlingshem utför utredningar själva till en viss nivå. Kvalificerade utredningar kan beställas av konsulter vid behov.

På LVM-hemmet Rebecka kan psykosocial utredning, psykiatrikerbedömningar, kvalificerade psykologutredningar, skolttest utföras om socialtjänsten beställer det. Utredningar utförs av den egna konsultpsykiatriker eller psykologen.

På LVM-hemmet Lunden utförs kvalificerade utredningar som psykologutredningar, psykiatriska bedömningar, sociala utredningar, pedagogiska tester och vårdtidssammanfattningar. De individuella behandlingsplanerna grundas på dessa utredningar. Målsättningen är att konsekvent erbjuda socialtjänsten utredning om klienten.

På Runnagården finns en heltidsanställd person som arbetar med vissa utredningar, arbetsterapeut utför funktionsbedömningar. Speciella utredningar kan utföras av konsulter vid behov.

Omvårdnad

Ekebylunds klienter behöver mycket omvårdnad. Ofta är de äldre alkoholister som lever ett mycket ensamt liv. ”Många som kommer är inkontinenta, de kan vara så skakiga att de inte kan äta själva, de behöver extra tillsyn, hjälp med sin hygien, ofta har de ramlat och behöver då hjälp med att lägga om sina sår.” ”Det har också hänt att kvinnor har ohyra vid inskrivningen” (olika citat, intervju). För omvårdnadsbehoven finns läkare att tillgå en gång i veckan. Det finns fyra sjuksköterskor anställda, varav två arbetar omlott på nätter och två omlott dagtid. Massage och öronakupunktur finns för Ekebylunds klienter. Klienterna har oftast en kort återhämtning när det gäller den fysiska hälsan, efter cirka tre veckor mår de mycket bättre och kan ta hand om sig själva. Friskvård och fysiska aktiviteter hjälper kvinnorna till återhämtning.

Fortunagården är beläget i närheten av ett sjukhusområde vilket gör det är lätt att besöka läkare, gynekologer etc vid behov. Det innebär att somatisk vård ges inom ramen för landstinget. På institutionen finns det en psykiatriker en gång i veckan samt en sjuksköterska tre gånger i veckan. Somatiska problem är ”viktiga” och tas på stort allvar. Många gånger kan det vara psykiska symptom som ger sig uttryck i fysiska krämpor. Det är viktigt att ta dessa klienter på allvar och att de får en ordentlig läkarundersökning. Att se sår, skador, att hjälpa till med den fysiska hygien, att lära kvinnorna att hålla iordning och ha rent anses mycket viktigt. Klienterna får också hjälp med tandläkare om de behöver det.

Renforsens klienter har störst behov av omvårdnad vid intagningen på slutna avdelning. På den slutna avdelningen finns två heltidsanställda sjuksköterskor och en läkare med psykiatrisk kompetens fem timmar i veckan.

På Runnagården finns en väl utvecklad hälso- och sjukvård. Somatisk läkare finns på Runnagården fyra timmar i veckan. Psykiatriker finns att tillgå en gång i veckan. Flera sjuksköterskor är anställda. Egen tandläkare finns. Vikten av hälso- och sjukvård för kvinnor omhändertagna på Runnagården betonas.

Omvårdnad är en viktig del i motivationsarbetet också på LVM-hemmen för unga kvinnor. På LVM-hemmen Rebecka och Lunden berättar man att det är en mycket viktig ingång till motivationsarbete, det är viktigt för att komma åt de verkliga problemen. ”Tjejerna vårdar

sin kvinnlighet, blir av med stafylokocker, blir fräscha igen”. ”Extra viktigt är det om man psykosomatiserar sina inre problem”. ”Omvårdnad är också ett sätt att visa vad ”narkomanlivet” gör med kroppen” (citater, intervjuer). LVM-hemmet Lunden har tillgång till läkare och psykiatriker, samt sjuksköterskor på heltid. På LVM-hemmet Rebecka arbetar en sjuksköterska 60 procent, läkarjour finns dygnet runt.

Nätverksarbete

På Ekebylunds behandlingshem arbetar man inte aktivt med nätverket, men klienterna anför alltid problem med sina barn och i relationer. Missbruket medför skuld och skam i relationer och kvinnorna bär ofta på en ständig oro att inte räcka till. Innan kontakt tas med barn som är placerade kontaktas alltid socialtjänstens barn- och ungdomsenhet. Hur barnen mår och ser på sin relation styr kontakten. Det finns möjlighet för barn att övernatta på Ekebylunds behandlingshem.

Nätverksarbetet ingår som en viktig del i behandlingsarbetet på Fortunagården. Man arbetar aktivt med kvinnornas relationer i nätverksinriktat arbete. Klienten kartlägger sitt familjesammanhang och därifrån tas ytterligare steg som kan innefatta möten av olika slag. Nätverksmötena ska fungera som en samordnande bas för eftervårdsinsatser, där både hennes professionella och privata nätverk ingår. Kvinnor med missbruk har ofta stora brister i sin tillit till andra människor. På Fortunagården arbetar man för att återknyta eller bygga upp nya relationer. Karin Trulsson behandlingsteori (2003) finns med i tankarna i relationsskapandet.

På Renforsens behandlingshem arbetar man med nätverkskort och nätverksmöte. Finns barn med i bilden utgår man från barnens bästa. Är det bra för barnen att träffa sin mamma ordnas möten och samtal. Man kan också arbeta aktivt med hur det är att vara en bra ”förälder på avstånd”. Parbehandling har förekommit på Renforsen.

På LVM-hemmet Rebecka arbetar kontaktpersonen med kvinnans nätverk. Det är en viktig del i arbetet. I arbetet görs nätverkskort etc. Man försöker främja och kommunicera om positiva relationer, och arbetar aktivt för att kvinnorna skall ta emot besök. Ofta sitter kontaktpersonen med under möten med kvinnan och hennes anhöriga till dess att samtalen får en social karaktär, då får de träffas på egen hand. Missbrukande pojkvänner är inte välkomna.

På LVM-hemmet Lunden arbetar man inte aktivt med nätverket. Nästan alla unga missbrukande kvinnor har en missbrukande man, ofta en äldre. Parbehandling avrådes vid val av 27 §-placering. Ofta är det missbruket som håller ihop relationen och då drar man tillbaka varandra i missbruket.

Nätverksarbetet hör tätt samman med 12-stegstänkandet och kvinnoteori enligt Trulsson, de behandlingsteorier som råder på Runnagården. Man arbetar också för att ge nätverksarbetet och arbete med relationer en större del i arbetet än vad som finns idag. I dagsläget arbetar man för att återetablera nätverk, initierar nätverksträffar. Barn och män får komma på besök till Runnagården och kvinnorna har fria samtal till sina barn.

Multipla problem

*Kvinnor med psykisk störning
Runnagården*

På Runnagården finns två avdelningar för kvinnor med uttalat utagerande och/eller svår psykiskt störning. Man arbetar utifrån en särskilt utformad manual för klienter med ”dubbeldiagnos” utifrån 12-steps modellen (Daley & Sundin, odaterad).

På dubbeldiagnosavdelningen är ofta medicinering en viktig del av behandlingen. En konsultpsykiatriker arbetar åtta timmar per vecka och nås ständigt på telefon. Man balanserar psykiatrisk vård och missbruksvård, båda delarna anses lika viktiga. På denna avdelning arbetar man mycket miljöterapeutiskt för att klienterna skall klara av sin ångest. Det gör man genom att ge struktur, tider/ordning, ”att vara fyrkantig behövs”. Kvinnorna har stödsamtal med sina kontaktpersoner och får mycket social träning.

På avdelningen för särskilt resurskrävande och utagerande kvinnor finns sex platser men man tar helst bara fyra kvinnor samtidigt, annars kan det bli för oroligt. De utagerande kvinnorna orkar inte med för mycket intryck och avdelningen kräver ett större säkerhetstänkande. Det innebär att avdelningen är spartanskt inredd, allt som sker är väldigt strukturerat och fyrkantigt. Kvinnorna arbetar med sina kontaktpersoner, de har arbetsterapi en dag i veckan. Man arbetar för att införa ART, som har visat sig fungera väl för utagerande kvinnor, det har bland annat prövats på Hinseberg. Många på denna avdelning går i musiktterapi. ”Det fungerar bra för kvinnor med denna speciella problematik, då bearbetas många känslor” (cit. intervju).

Övriga LVM-hem för kvinnor

LVM-hemmet Lunden har, efter Runnagården, beredskap att vårda kvinnor med svåra psykiska störningar. Det finns ett nära samarbete med psykiatrin. En psykolog finns anställd på heltid.

Alla LVM-hem vårdar dock kvinnor med psykisk störning. Det framgår av intervjuerna med chefer och personal att man klarar av att vårda kvinnor med missbruk och psykisk störning upp till en viss nivå. Det händer att beslut tas om LPT måste tas vid psykosgenombrott. De kvinnor som har en allvarlig psykisk störning och kräver särskild personalkompetens. ”Det räcker inte med vanlig socionomutbildning, de är väldigt svåra att handha, speciellt tillsammans med andra kvinnor som har missbruksproblem” (cit. intervju). Är kvinnorna alltför sjuka och utagerande placeras de eller överförs till Runnagården.

Det är flera frågor att ta ställning till när en klient med psykisk störning kommer till ett LVM-hem; kan klienten klara av att vara i klientgruppen? Vad säger socialtjänsten, har de någon tanke med denna placering? Klarar personalen av klienten? Är det ett bra klimat i klientgruppen fungerar det med lättare psykiskt störda klienter, ”då tycker ofta de andra kvinnorna synd om dom och tar hand om dom lite extra” (cit. intervju).

På Ekebylunds behandlingshem och Fortunagården bedöms kvinnor med allvarlig psykisk störning av en konsultpsykiatriker eller läkare. På LVM-hemmet ges trygghet och omsorg, man ställer in mediciner etc. På Fortunagården förekommer föreläsningar om vad som händer i kroppen rent fysiskt, exempelvis kan åtgärder i form av andningsövningar vid panikångest läras ut. För klienter med psykiska problem på LVM-hemmet Rebecka finns en halvtidspsykiatriker anställd. Mediciner används så restriktivt som möjligt. På LVM-hemmet Rebecka arbetar man aktivt med ett ”normaliserande accepterande” av psykisk ohälsa, klienterna får må dåligt inom vissa ”normala” gränser där ingen annan får drabbas. Att överskrida gränsen till ”normalt beteende” är exempelvis att skrika och slåss. Man

värnar dock om att varje klient skall få ha en egen frizon i sitt rum, där får man kasta saker, skrika etc.

Kvinnor som har varit utsatta för övergrepp

Inga LVM-hem för kvinnor arbetar aktivt med övergreppsproblematik, med motiveringen ”ofta ligger övergreppen djupt och tar lång tid att bearbeta, psykologsamtal under mycket lång tid kan krävas” (citrat, intervju). Alla anser dock att det är ett väldigt vanligt förekommande problem som måste hanteras och bemötas. ”Detta är inget man gräver i, kommer det fram så kommer det, vill de berätta väljer de någon att göra det för” (citrat, intervju). De intervjuade är överens om att alla i personalgruppen måste ha en beredskap att prata om övergrepp, att personalen måste ha en kompetens att hantera den smärta som medföljer. Personal berättar att, ”många gånger har kvinnan aldrig talat om övergreppet, det gäller då att möta det med öppenhet utan att döma eller tycka, man måste visa att det är ok att prata om”.

Kontaktpersonen på samtliga LVM-hem kan erbjuda samtal under vårdtiden på institutionen, men måste vara tydlig med att samtalen tar slut när behandlingstiden är över. Alla LVM-hem kan erbjuda hjälp med att hitta en samtalskontakt utanför LVM-hemmet som kan fortsätta efter LVM-tidens slut. ”Det är bra om samtalen påbörjas under LVM-tiden, kvinnorna har då lättare att fortsätta sin samtalskontakt efter behandlingstidens slut” (citrat, intervju).

På Runnagården kan kvinnorna erbjudas remiss till kognitiv beteendeterapi som avslutas innan LVM-tiden är slut. Ofta behöver hon längre terapi, men man är av åsikten att det absolut går att påbörja en behandling av dessa trauma, genom att man sätter tydliga ramar och gränser för samtalen innan terapin påbörjas.

Flera institutioner betonar vikten av rätt matchning av 27 §-placering för kvinnor med övergreppstrauma i bakgrunden.

Kvinnor med ätstörningar

Ätstörningar är mycket vanligt bland kvinnor på LVM-hem, utvecklad anorexi är mindre vanligt men förekommer främst bland de unga missbrukarna. För kvinnor med utvecklade ätproblem är alla överens om att en specialiserad eftervård krävs. Då planeras detta tillsammans med socialtjänsten. Kontaktpersonerna vet om någon kvinna självvälter sig så mycket att sjukhusbesök kan behövas under LVM-tiden.

Kvinnor med ätstörningar liksom kvinnor med psykiska problem ”ställer till det” i gruppen. Det är svårt att vara konsekvent gällande ät-/matregler på grund av de andra kvinnorna om man exempelvis låser kylskåpet blir de andra kvinnorna drabbade. Ofta kräver kvinnor med ätstörningar särskild övervakning, helst skall också en samordning mellan dag- och nattpersonal ske för att kontrollera om kvinnan har ätit eller ej.

Ekebylunds behandlingshem arbetar inte aktivt med ätstörningar. Ber någon kvinna om hjälp ordnas detta.

På Fortunagården arbetar man för att institutionen skall vara så hemligt som möjligt, men för klienter med ätstörningar undviker man att ha mycket framdukat, exempelvis kex och godis. Har en klient ätstörningar pratar man om det. ”Jag ser, vad kan jag göra för att hjälpa

dig?” Det är bra om man kommer fram till något, då upprättar man ett kontrakt med klienten som man följer.

Om en klient med en ”svårare” ätstörning förekommer på Renforsens behandlingshem arbetar man strategiskt på olika sätt; med maten, man väger den, ser till näringsinnehåll etc. Man har också samtal med anhöriga, vidare kan man skriva en remiss till en ”ät-grupp”. Renforsens behandlingshem har ett utvecklat samarbete med Frejagården i Umeå, de ger handledning om någon klient har svåra ätstörningar. Cirka en gång om året kommer de och föreläser för personalen om problemet.

På LVM-hemmet Rebecka finns en dokumenterad strategi för ätstörningar. Basen i förhållningssättet är ”normalhantering”, exempelvis, hämtar någon mat tre gånger frågar man varför? Kräks någon på toaletten får hon städa efter sig. Personalen frågar inte om kvinnan vill ha hjälp, de försöker inte heller att kontrollera vad kvinnorna äter eller inte äter. Ber däremot någon om hjälp för en ätstörning får hon det, då görs ett program specifikt för denna kvinna.

En dokumentation av ett gemensamt förhållningssätt om hur man konsekvent skall hantera ätstörningar på LVM-hemmet Lunden pågår.

På Runnagården arbetar man med ätstörningar på olika nivåer, praktiskt d v s i köket, med individuella samtal och i behandlingsgrupp. Det förekommer föreläsningar om näringslära. Avdelningsföreståndaren har ansvaret för att det fungerar. De arbetar också med att sätta gränser för motion, personalen är alltid med när klienten äter och köket är låst på den berörda avdelningen. Kontaktpersoner och annan personal fungerar som förebilder, ”här på Runnagården gör vi så här”. En manual för förhållningssätt har påbörjats.

Gravida kvinnor med missbruk

Alla LVM-hem för kvinnor tar emot gravida missbrukare.

Graviditeten är ett unikt tillfälle för en kvinna att sluta missbruka (Fridell, 2002; Blomkvist, 2002; Trulsson, 2003). Detta gäller dock ej alla kvinnor. För kvinnor med missbruk som redan har placerade barn är det ofta ett annat läge, då är motivationen att sluta med missbruk inte lika stor. Är det beslutat att barnet skall lämnas bort efter födseln är det en viktig uppgift för personalen att förbereda kvinnan på det. En del kvinnor förstår inte/har inte accepterat att de är gravida, då måste man arbeta för att medvetandegöra detta.

Ekebylunds behandlingshem har ett väl fungerande samarbete med den familjesociala enheten på Huddinge sjukhus, etablerat sedan många år. De gravida kvinnorna kommer från närområden och man arbetar så att kvinnorna får möjlighet att bygga upp ett nätverk på hemorten.

Under 2003 vårdade Fortunagården fyra gravida kvinnor. Fortunagården har god kontakt med MVC på det sjukhus som ligger i samma område som institutionen.

Gravida missbrukare har vårdats sedan länge på Rebecka. Det finns ett väl utvecklat arbete med Huddinge sjukhus och den familjesociala enheten. En grupp med kunnig personal arbetar med den gravida kvinnan. Det finns en fast plan för alla tillstånd, de som förnekar sin graviditet, de som ska behålla barnet, lämna bort barnet, abort etc.

På LVM-hemmet Lunden finns en långt utvecklad specialinriktad behandling av gravida missbrukare. Vården för gravida finns dokumenterad och träder i kraft vid intagning av varje gravid missbrukare. Den specialinriktade vården utformades i ett projekt som finns dokumenterat i rapporten ”Barnmorskans arbete en behandlingsmöjlighet – erfarenheter från LVM och LVU-vården vid Lunden” av Eva Robertsson. Rapporten finns på LVM-hemmet Lunden. Specialistvården på kvinnokliniken har två halvtidsanställda barnmorskor som arbetar med missbrukande kvinnor. Uppföljning av de gravida sker under ett år efter utskrivning.

På Runnagården hanteras varje graviditet på samma sätt, en dokumentation av detta förfaringsätt planeras. Ett gott samarbete med en barnmorska finns och är viktigt. Barnet är alltid i fokus därför är det viktigt att minsta möjliga medicin används och att kvinnan inte får möjlighet att rymma för att missbruka. Målet är att kvinnan skall vara så frisk som möjligt vid förlossningen, det stärker henne att vara så bra mamma som möjligt i början även om barnet senare skall lämnas bort.

Vård i annan form enligt 27 § för kvinnor inom LVM-vården år 2001–2003

LVM-vårdens främsta syfte är att motivera till vård i frivillig form. Syftet med vård i annan form enligt 27 § är att stegvis slussa ut klienten i samhället och att ge klienten möjlighet att pröva andra vårdformer, ett sätt att motivera för vård i frivilliga former. Så snart det bedöms vara möjligt skall den tvångsvårdade klienten skrivas ut till vård enligt 27 § LVM. En sådan placering förutsätter ett samarbete mellan socialtjänst och LVM-hem.

Alla klienter placeras inte enligt 27 § LVM, skälen till detta kan exempelvis vara att klienten behöver ytterligare vård på grund av sitt hälsotillstånd, att allvarlig risk för återfall föreligger eller att klienten själv vill stanna på LVM-hemmet.

Tabell 15 visar samtliga 27 §-placeringar för år 2001 t o m 2003. Uppgifterna är hämtade ur KIA. Andelen 27 §-placeringar är beräknade på klienter som varit i LVM-vård mer än en månad. Varje institutions 27 §-placeringar redovisas i Bilaga 2.

År 2001 27 §-placerades 81 procent, år 2002 27 §-placerades 78 procent, och år 2003 27 §-placerades 83 procent av kvinnorna som tvångsvårdades mellan en till sex månader. De flesta placerades vid ett tillfällen. Omkring en tredjedel av kvinnorna placeras enligt 27 § två till tre gånger respektive år. Endast ett fåtal placeras enligt 27 § fler gånger än tre gånger.

Tabell 15. Placeringar enligt 27 § LVM fördelat på utskrivningar och år

ÅR	Totalt antal utskrivna	Varav, vårdtid > 1 månad			Antal 27 §-LVM per person			Totalt antal 27 §-placeringar
		Antal	Antal	%	1	2-3	fler än 3	
2001	295	233	189	81	124	62	3	284
2002	303	234	183	78	130	49	4	263
2003	278	220	182	83	125	54	3	256

LVM-hemmen Rebecka och Lunden, de institutioner som behandlar unga kvinnor med narkotikamissbruk, har till största del placerat enligt 27 § LVM. Nästan alla, intagna år 2001–2003, med en vårdtid mellan en till sex månader har placerats.

Övriga LVM-hem vårdar kvinnor i alla åldersgrupper. Av dem har Fortunagården 27 §-placerat nästan samtliga kvinnor som vårdats mellan en till sex månader. Ekebylunds behandlingshem placerar omkring 80 procent av sina klienter med undantag för 2002, då placerades cirka 60 procent. Renforsens behandlingshem har 27 §-placerat omkring 85 procent av sina klienter utom 2001, då placerades 36 procent. Runnagården har 27 §-placerat omkring 70 procent av sina klienter respektive år.

Institutionernas kommentarer till 27 §-placeringar

Följande redogörelse bygger på en tidigare påbörjad utredning om 27 §-placeringar inom LVM-vården och dess intervjuer med institutionschefer och behandlingspersonal. Intervjuerna redovisas tillsammans då svaren på frågorna inte skiljer sig åt nämnvärt utan snarare kompletterar varandra.

Var sker 27 §-placeringarna?

Samtliga institutioner arbetar med att hitta en lämplig 27 § vård så gott som det är möjligt, detta kan dock vara problematiskt för vissa populationer.

Yngre klienter 20–30 år, missbrukar narkotika och har ofta psykiska problem, 27 §-placeras oftast till HVB-hem. Helst söker man efter hem som har utslussning med i sitt behandlingskoncept. Ofta är de bostadslösa, ibland går de till inackorderingshem. Flera unga kvinnor har placerats på familjevård med pågående Subutexbehandling. Resultatet har varit lysande säger man på LVM-hemmet Lunden. En del kvinnor behöver placeras på institutioner för enbart kvinnor. De yngre kvinnorna avviker ofta från behandlingshemmen med en kille de träffat där.

Korta 12-stegsbehandlingar passar inte alltid för unga narkotikamissbrukande kvinnor, man behöver arbeta med kvinnornas sociala kompetens, kvinnorna behöver lära sig att vara med andra människor, därför är familjevård ett bättre alternativ. Ofta klarar kvinnorna familjevård bättre än behandlingshem. Öppenvård fungerar sällan för unga kvinnliga narkomaner, dygnsvård är ett måste.

Klienter som är i åldern 30-50 år, kan placeras i behandling med hjälp av 12-stegsmodellen, inackorderingshem eller i öppenvård. Ibland är klienterna emot 12-stegsbehandling, många kvinnor har misslyckade 12-stegs behandlingar bakom sig. Klienterna kan också vara alltför skadade och ointresserade av denna typ av behandling.

Gravt alkoholiserade kvinnor 45–70 år med somatiska problem, som diabetes och andra sjukdomar, hjärnskador och ibland samtidigt dementa väntar i vissa fall på plats på sjukhem eller skyddat boende. En del går till servicehus. Ibland vill kvinnorna stanna på LVM-hemmet (Ekebylunds behandlingshem exempelvis), då kan LVM-vården övergå i en frivillig placering.

Gravida kvinnor med missbruk är lättast att placera. Kvinnorna har ofta hög motivation till att sluta missbruka. Det finns bra behandlingsalternativ för gravida kvinnor med missbruk, de placeras ofta inom tre månader.

Klienterna på Runnagården, dvs kvinnor med dubbeldiagnos och utagerande kvinnor placeras på alla sorters 27 §-placeringar, familjehem, behandlingshem, öppenvård, allt förekommer. Man jobbar hårt med att försöka matcha klienten och 27 §-placeringen. De

psykiskt sjuka behöver vanligtvis mer än tre månader innan 27 §-placeringen sker, det är inte helt ovanligt att klienterna blir kvar på Runnagården hela vårdtiden. I vissa fall placeras klienterna på Runnagårdens egna öppna avdelning.

Samarbete med socialtjänsten

Samarbete mellan klient, socialtjänst och LVM-institution är nödvändigt för att placeringen skall fungera. En tydlig diskussion redan i början av LVM-placeringen är viktig, man behöver samtala tidigt för att vara överens om 27 §-alternativ.

Ibland har socialtjänsten en färdig vårdplan redan från starten av LVM-placeringen, då socialtjänsten ofta har avtal med vårdgivare. Ibland kan socialtjänsten göra avsteg från sitt val av 27 §-placering om institutionen visar upp en annan behandlingsplan. Vissa socialsekreterare är dock bundna vid sina avtal. Socialtjänsten har oftast en lång tids kunskap om klienten medan institutionen har kunskap om det aktuella läget. Det är viktigt att samarbeta och inte fastna i revirtänkande.

Socialtjänstens inställning gentemot Subutexbehandling varierar.

Problem med 27 §-placeringar

Klienter med dubbeldiagnos anses svårast att placera, många av dessa kvinnor har svåra psykiska problem och borde vårdas inom psykiatri. Vissa grupp-/stödboende kan ta emot dessa kvinnor. De gånger psykiatri är delaktig i placeringarna blir resultaten bättre. Klienter med *psykiatriska diagnoser* är mycket svårplacerade (psykoser, schizoida etc), dessa kvinnor är också ofta hemlösa. Ibland fungerade med lågtröskelboende. Ibland får kvinnor med dubbeldiagnos vänta för länge på en plats på ett lämpligt behandlingshem – så länge att de hinner skrivas ut från LVM-vården.

Gamla och sjuka missbrukande kvinnor. Det är problem att få åldringsvården att ta emot alkoholister. Det kan också vara svårt att hitta placeringar för de somatiskt sjuka, där det behövs hög grad av omvårdnad.

Unga kvinnor som LVM-behandlats på låsbara platser. Kvinnorna placeras i dessa fall direkt från den låsta platsen till öppenheten på behandlingshem eller familjehem. Det händer inte sällan att kvinnorna rymmer de första dagarna på placeringen. Nästa kritiska fas infaller efter sju till åtta veckor. Ett öppnare vårdalternativ mellan den helt slutna avdelningen och den ”öppna 27 §-placeringen” vore att föredra.

Uppföljning av 27 §-placeringar

Personal på LVM-hemmen följer upp 27 §-placeringen via besök eller telefonsamtal. Antingen har de direkt kontakt med klienten annars sker kontakten genom HVB-hemmet. Vissa institutioner har avslutande samtal med socialtjänsten efter LVM-vårdtiden slut.

Kvinnonätverket för LVM-hem arbetar med att dokumentera olika 27 §-placeringar, för att göra en sammanställning av vilka vårdgivare som passar för olika kvinnor.

Kvinnors avvikningar från LVM-hem år 2001–2003

Generellt är kvarstannande och tid i behandling en av de viktigaste orsakerna till förbättring. Avbryts behandlingen av ständiga avvikningar förloras den viktigaste möjligheten till vård och behandling. Avvikningar skapar problem i relationen mellan vårdare, klienter och övriga intagna, även om klienten är borta en kortare tid (Fridell, 2002). Detta bekräftas

också i NIDA:s forskningsbaserade riktlinjer; för att en behandling skall lyckas behövs drogfrihet och att klienten stannar i behandling minst tre månader (SiS, 2004). Risken för ”drop-out” är enligt flera studier som störst vid tre månader (Fridell, 2002).

Ett viktigt mål i institutionell behandling måste såldes vara att hålla kvar klienten i behandling och se till att behandlingsperioden genomförs under drogfrihet.

Totalt under åren 2001 t o m 2003 har 876 kvinnor skrivits ut från tvångsvård enligt LVM, utskrivningarna inkluderar både de som placerats enligt 13 § LVM och 4 § LVM. Av de utskrivna kvinnorna har 451 (51%) avvikit från LVM-vård vid något tillfälle. En tredjedel har avvikit en gång, nästan lika många har avvikit två gånger. Något mindre än en fjärdedel har avvikit fler än tre gånger.

Det är i stort sett lika stor andel avvikningar alla år, Tabell 16. Uppgifterna är hämtade ur KIA.

Tabell 16. Antal avvikningar under LVM-vistelse år 2001–2003

Antal gånger avviken	2001		2002		2003	
	Antal	Andel av samtliga utskrivna (N=295)	Antal	Andel av samtliga utskrivna (N=303)	Antal	Andel av samtliga utskrivna (N=278)
1 gång	46	16	54	18	50	19
2 gånger	41	14	39	13	45	16
3 gånger	28	9	31	10	23	8
Fler än 3 gånger	39	13	32	10	23	8
Totalt antal klienter som avvikit	154	52	156	51	141	51

Cirka hälften av samtliga avvikningar är korta, klienterna återkommer samma dag eller är borta en till tre dagar. Ungefär 40 procent av alla avvikningar avbryts inom en månad. En liten del av de avvikningar som sker pågår mer än en månad, Tabell 17.

Tabell 17. Antal dagar avviken år 2001–2003

Antal dagar avviken	Antal	%
Återkommer samma dag	108	10
1–3 dagar	427	39
4–31 dagar	455	41
Mer än en månad	116	11

Avvikningar för år 2001 t o m 2003 för varje institution redovisas i Tabell 18.

Ekebylunds behandlingshem har minst andel rymningar över redovisade år, cirka 40 procent av kvinnorna avvikit varje år. De flesta (53%) avvikningarna är korta, klienterna återkommer efter tre dagar, en liten del av avvikningarna avslutas samma dag. Renforsens behandlingshem har också förhållandevis låg andel rymningar. År 2001 avvek 43 procent av kvinnorna, år 2002 avvek 46 procent och år 2003 avvek fem av 23 kvinnor (22%). Avvikningarna har till största del (55%) varit kortare än tre dagar. Det bör tilläggas att både Ekebylunds- och Renforsens behandlingshem har till största del öppna motivations- och behandlingsplatser.

På Fortunagården har avvikningarna ökat något över åren 2001 t o m 2003, från 44 procent till 66 procent.

Mer än hälften av klienterna avviker varje år från LVM-hemmen Rebecka- och Lunden. En tredjedel av dem kommer tillbaka inom tre dagar. Cirka hälften av kvinnorna är avvikna upp till en månad, det är ingen skillnad i avvikningar mellan de båda LVM-hemmen. Andelen rymningar på LVM-hemmet Lunden har ökat mellan år 2002 och 2003. Över hälften av Runnagårdens klienter har under åren 2001 t o m 2003 avvikit. Hälften av de avvikningar som skett har varit under kort tid, elva procent av klienter har kommit tillbaka samma dag och 40 procent har återkommit efter en till tre dagar. Andelen rymningar år 2003 har sjunkit jämfört med föregående år.

Avvikningar sker från 27 §-placeringen, från institutionen, från personal vid bevakad vistelse utanför institutionen eller så återkommer klienterna ej från planerad obevakad vistelse utanför LVM-hemmet. Från och med år 2003 förs denna uppgift in i KIA. Avvikningar som sker från 27 §-placeringen och från institutionen, är vanligast förekommande på samtliga LVM-hem för kvinnor. Nedan följer en institutionsvis redovisning, men det finns ett bortfall på cirka 25 procent i denna uppgift.

Från Ekebylunds och Renforsens behandlingshem, som har öppna motivations- och behandlingsavdelningar, avvek under år 2003, klienterna till största del från institutionen. På Fortunagården avvek kvinnorna i hälften av fallen när de var 27 §-placerade. Cirka en tredjedel avvek från institutionen. LVM-hemmen Rebecka och Lundens avvikningar sker i cirka 50 procent av fallen från 27 §-placering, cirka 10 procent avvek från institutionen och nästan lika många avvek från personal vid bevakad vistelse utanför institutionen. Från Runnagården avvek över en tredjedel av kvinnorna när de var 27 §-placerade, nästan lika många avvek från institutionen. Ungefär fem procent avviker när de är på bevakad eller obevakad vistelse utanför institutionen.

Eftervård och uppföljning

Eftervård förekommer som en del i behandlingen hos Fortunagården. LVM-hemmet Lunden deltar i ett eftervårdsprojekt. Runnagården ingår i "Vårdkedjeprojektet", ett projekt som SiS fått i uppdrag av regeringen och som syftar till att höja kvaliteten i såväl LVM-vården som i eftervården samt att förbättra samverkans- och samarbetsformer. Behandlingsinnehållet i LVM-vården skall utvecklas och utredningskompetensen vid SiS skall stärkas. Kvaliteten skall öka såväl i den vård som ges med stöd av 27 § LVM som i den eftervård som i frivillig form skall följa på tvångsvården (Dnr 120-910-03).

På Runnagården tränas kvinnorna i att delta på AA- eller NA-möten redan under LVM-tiden. Tanken är att kvinnorna skall fortsätta i självhjälpsgrupp på hemmaplan, en slags eftervård.

På Fortunagården finns tanken om eftervård med redan från början av placeringen, "för ett optimalt behandlingsresultat bör LVM-vården länkas över i eftervård". Skall eftervård ske bör den planeras i början av LVM-placeringen tillsammans med klient och socialsekreterare. Fortunagården erbjuder eftervård som kan innehålla samordnande nätverksmöten, fortsatta kontaktmannasamtal, telefonsamtal med klienten varje vecka på uppjord tid. Vanligaste formen av eftervård är samtal med kontaktperson, att man fortsätter att arbeta i den relation som redan är skapad. Kontaktpersonen fungerar då som stödperson och samordnare. Det finns också möjlighet att frivilligt placera (SoL) kvinnorna en kortare tid för

att bryta eller förhindra återfall. Man arbetar också med återfallprevention under eftervården genom att klienten gör upp en handlingsplan med sitt nätverk om hur ett återfall ska brytas. Fortunagården skriver kontrakt med socialtjänsten och klienten om vad som gäller under eftervården. År 2003 skrevs eftervårdskontrakt för cirka en tredjedel av kvinnorna.

En DOK-uppföljning med god täckningsgrad har utförts under år 2002–2003 på Ekebylunds behandlingshem. Datainsamlingen är klar och en rapport kommer att skrivas.

Ett uppföljningsprojekt av Iréne Jansson och Mats Fridell pågår på LVM-hemmet Lunden. I projektet ingår kvinnor som vårdats enligt LVU och LVM. Kvinnorna intervjuas fyra år efter utskrivning. Preliminära resultat baserar sig på 94 kvinnor, varav 65 uppger att de varit drogfria den senaste månaden, 47 berättar att de har varit drogfria under det senaste året och 34 de senaste två åren.

Samtliga gravida följs upp regelbundet i ett år efter utskrivning från Lunden.

Personal

Det finns 30 personer anställda på Ekebylund, de fördelar sig på 25 kvinnor (83%) och fem män. Den yngsta anställda är 24 år och den äldsta är 63 år. Medelåldern är 46 år för både männen och kvinnorna.

Det finns 35 anställda på Fortunagården, 33 kvinnor och 2 män. Den yngsta är 29 år och den äldsta är 61 år, medelåldern är densamma för både män och kvinnor, 46 år. Vikten av ”äldre behandlare” för äldre klienter påpekas. För att en förtroendefull relation skall vara möjlig måste klienten kunna lita på sin behandlares förståelse och erfarenhet. Många tidigare behandlare kallas ”unga snärtor” av äldre klienter, trots en gedigen utbildning.

På Rebecka finns det 32 anställda, nästan lika många kvinnor som män (53% jämfört med 47%). Medelåldern på de anställda kvinnorna är 38 år, för de anställda männen är medelåldern 47 år. Den yngsta anställda är 24 år och den äldsta är 64 år.

På LVM-hemmet Lunden finns 33 anställda, 21 kvinnor (64%) och 12 män (36%). Medelåldern på samtliga anställda är 43 år, kvinnorna är något yngre än de anställda männen. Den yngsta i personalen är 21 år och den äldsta är 65 år.

På Renforsens behandlingshem finns enbart kvinnlig behandlingspersonal på den öppna kvinnoavdelningen. På den slutna avdelningen är personalen blandad.

På Runnagården finns totalt 84 heltidsanställda, 53 kvinnor (56%) och 42 män (44%). Medelåldern på dem som arbetar är 44 år, det finns ingen ålderskillnad mellan kvinnor och män. Den yngsta som arbetar på Runnagården är 24 år och den äldsta är 64 år.

Sammanfattning av vård och behandling på LVM-institutioner för kvinnor

Ekebylunds behandlingshem, Renforsens behandlingshem och LVM-hemmet Lunden bedriver behandling utifrån ett miljöterapeutiskt förhållningssätt med olika inriktningar. LVM-hemmet Rebecka förhåller sig eklektiskt, en väldefinierad "Rebecka-anda" genomsyrar behandlingstänkandet. Fortunagården arbetar utifrån systemteori med humanistisk värdegrund och ett relationsbyggande förhållningssätt. Runnagården arbetar utifrån ett tolvstegsbaserat förhållningssätt.

På alla institutioner arbetar man för att varje klient skall ha en individuell behandling med en behandlingsplan och minst en kontaktperson. På alla LVM-hem, exkluderat Runnagården och Renforsens behandlingshem, bygger behandlingen till stor del på den relation som skapas mellan kontaktperson och klient. Kontaktpersonen, oftast högskoleutbildad med MI- utbildning och kognitiv samtalsteknik som bas, ansvarar för både individuella samtal och gruppsamtal.

Renforsens behandlingshem och Runnagården skiljer sig från de övriga institutionerna genom en högre grad av struktur i behandlingen. På Renforsens behandlingshems kvinnoavdelning finns ett särskilt utformat behandlingsprogram. Runnagården arbetar efter en 12-stegs grundstruktur, som är densamma på alla avdelningar. För behandling finns särskilt utbildade 12-stegsterapeuter.

Alla intervjuade har stor insikt i makt- och/eller könsperspektiv. Kvinnoaktiviteter anses som elementära i motivationsarbetet för kvinnor, de är relationsskapande och banar väg för en enklare återanpassning. Karin Trulssons behandlingsmodell efterföljs mer eller mindre på samtliga kvinnoinstitutioner. På samtliga LVM-hem förekommer "Kvinnogrupper".

Samtliga institutioner arbetar med återfallsprevention.

Samtliga LVM-hem har tillgång till konsulterande läkare och sjuksköterskor för vårdbehov av psykiskt störda kvinnor med missbruk. Kvinnor med allvarlig psykisk störning och utagerande beteende behandlas på särskilt anpassade avdelningar på Runnagården.

LVM-hemmen för kvinnor arbetar inte aktivt med övergreppsproblematik. Runnagården kan erbjuda remiss till kognitiv beteendeterapi som avslutas innan LVM-tiden är slut. Övriga LVM-hem kan erbjuda hjälp med att hitta en samtalskontakt utanför LVM-hemmet.

Samtliga LVM-hem, förutom Ekebylunds behandlingshem, arbetar med ätstörningar utifrån olika grader av struktur.

Samtliga LVM-hem för kvinnor samarbetar med landstingens mödrahälsovårdsenheter i arbetet med gravida missbrukare.

Vård enligt 27 § är ett viktigt mått på hur väl institutionen har lyckats fullfölja syftet att motivera till frivillig vård. Över 80 procent av samtliga kvinnliga klienter har i genomsnitt placerats de senaste tre åren. Variationen mellan institutionerna är liten, skillnaden avspeglar troligtvis den målgrupp som finns på institutionen. Exempelvis är det svårare att hitta 27 §-platser till somatiskt sjuka äldre kvinnor med missbruk, samt till psykiskt störda och/eller utagerande kvinnor.

Kvarstannande och tid i behandling är en av de viktigaste orsakerna till förbättring. Av de kvinnor som tvångsvårdats har cirka hälften avvikit vid något tillfälle. Hälften av dessa avvikningar är korta, klienterna återkommer samma dag eller är borta en till tre dagar.

Eftervård förekommer som en del i behandlingen på Fortunagården. LVM-hemmet Lunden deltar i ett eftervårdsprojekt och Runnagården deltar i Vårdkedjeprojektet.

På Renforsens behandlingshem arbetar enbart kvinnor på den ”kvinnliga avdelningen”. På Ekebylunds behandlingshem och på Fortunagården arbetar övervägande kvinnor. På LVM-hemmet Lunden är cirka en tredjedel av personalen män. På LVM-hemmet Rebecka och Runnagården arbetar nästan lika många män som kvinnor. Alla ålderskategorier finns bland personalen på samtliga LVM-hem för kvinnor, från 20 till 65 år.



Diskussion och slutsatser

Kvinnors särskilda problem samt vård och behandling på olika LVM-hem

Kvinnor i tvångsvård har förutom tung missbruksproblematik stora problem med sin sociala situation, relationer och den fysiska hälsan. Många har psykiatriska problem. En stor andel kvinnor har haft en mycket problematisk uppväxt exempelvis med övergrepp och missbrukande föräldrar. Problemen skiljer sig stort för yngre kvinnor under 30 år och äldre kvinnor, både vad gäller problem och missbrukspreparat. Yngre kvinnor missbrukar narkotika och har i högre grad en mer problematisk bakgrund med övergrepp, missbrukande föräldrar etc. Deras anknytning till samhället brister i utbildning och arbetslivserfarenhet. De äldsta kvinnorna missbrukar till stor del alkohol och/eller läkemedel, de har ofta stora behov av omvårdnad och somatisk vård. De flesta har arbetat under lång tid innan omhändertagandet. Kvinnorna 30–49 år befinner sig mellan den yngsta och den äldsta gruppen gällande missbruk och problemtyngd. Gruppen är inte homogen och består troligen av både de kvinnor som karaktäriseras i den yngsta och den äldsta gruppen.

På LVM-hem för kvinnor finns en väl definierad vård för de äldre somatiskt sjuka, för kvinnor med missbruk och allvarliga psykiska problem och utagerande problematik, för kvinnor med ätstörningar och för gravida kvinnor som missbrukar. Kunskap om kvinnors utveckling, kvinnobehandling och om maktstrukturer är hög bland de intervjuade. Det finns ett behandlingstänkande inbyggt i personalgruppens könsfördelning.

Runnagården och Renforsens behandlingshem arbetar utifrån dokumenterade /manualbaserade behandlingsprogram mot missbruk och samtidig individanpassad behandling. Runnagården har en problemdifferentiering bestående av ”enbart” missbruk, missbruk och psykiska problem och missbruk, psykiska problem och utagerande beteende, en avdelning för varje grupp. Avdelningarna har en och samma grundstruktur men behandlingen utgår från olika manualer anpassade till varje grupp. Renforsens behandlingshem använder sig av ett eget utformat behandlingsprogram som har ett brett fokus på flera olika områden. Parallellt med behandlingsprogrammet pågår individuella samtal och gruppsamtal som följer upp samma teman. Fortunagården arbetar med behandling i olika faser, enskild behandling, nätverksbehandling och eftervård. Eftervård fullföljs för cirka en tredjedel av kvinnorna. Samtliga av dessa åtgärder har gott stöd i forskning (Trulsson, 2003; SiS, 2004). Det finns inte någon skillnad i behandling för de olika åldersgrupper som behandlas på Runnagården, Renforsens behandlingshem och på Fortunagården.

Övriga LVM-hem, förutom Runnagården och Renforsens behandlingshem, använder sig av individuell behandling mot missbruket. Individuell behandling utförs av kontaktpersonen och bygger till stor del på samtal med hjälp av olika tekniker som har gott stöd i forskningen. Graden av struktur på behandlingsinsatserna är svåra att bedöma. Behandlingen syftar i hög grad till att skapa en bärande relation och tillit mellan behandlare och klient för att starta en reparationsprocess av en skadad utveckling och därigenom motivera kvinnan att sluta missbruka. Metoder som anses främja relationen mellan klienten och behandlaren består av omsorg med kvinnliga förtecken, d v s ett behandlingsinnehåll som fokuserar på omsorg om kropp, själ, hem, barn och hälsa. Denna relationsskapande behandling är en trolig följd av kunskap om kvinnors utveckling, villkor och behov som råder, men kanske finns det också inslag om en traditionell föreställning om kön, som den Landert (2003) beskriver, d v s en önskan att återskapa en normal kvinnlighet som stämmer överens med samhällsnormen. En sådan önskan skulle ge omedvetna signaler till kvinnan att hon inte

duger som hon är, och skulle i sämsta fall motverka ett relationsskapande syfte samt hindra vidare vård i missbruksbehandling.

Det verkar som att fokus på relationsskapande verksamhet och omvårdnad, på vissa institutioner, kan leda till att behandlingsprogram mot missbruk prioriteras bort eller inte hinns med. Konkreta behandlingsprogram mot missbruk och samtidig individuell behandling bedrivs, som tidigare beskrivits, på Runnagården och Renforsens behandlingshem. Behandlingsprogram mot missbruk utesluter inte en god relation med sin behandlare eller omsorg om kvinnokroppen. Tvärtom, för att ett behandlingsprogram skall ge ett gott resultat förutsätts en god relation. Kroppen har dessutom en avgörande roll för vår livskvalitet, vård av den måste också betraktas som mycket viktig.

Eventuellt råder fortfarande en föreställning om att man på LVM-hem skall arbeta med att motivera klienten till vidare vård, d v s motivationsarbete, ej missbruksbehandling. Det finns emellertid ingen motsättning mellan motivationsarbete och behandling. En klargörande tydlig beskrivning av motivationsarbete kontra behandling återfinns i LVM-utredningen Tvång och förändring (SOU, 2004:3).

En annan förklaring till brist på strukturerade behandlingsprogram kan vara att behandlingsfokus riktas på att hitta en specialiserad 27 §-vård speciellt anpassad efter kvinnans behov där hon kan fortsätta vården efter LVM-tidens slut. Att söka efter en specifik vårdplats innebär mycket arbete i form av tid, resor, studiebesök etc. Kanske sker det arbetet på bekostnad av behandlingsstruktur och specifika program. Denna förklaring gäller kanske speciellt för LVM-hemmen Rebecka och Lunden, som vårdar de yngsta kvinnorna. De har 27 §-placerat i stort sett samtliga kvinnor under hela treårsperioden jämfört med övriga LVM-hem som i genomsnitt 27 §-placerat 80 procent av sina klienter.

Är differentieringen mellan vård och behandling tillräcklig?

Rådande differentiering

Utifrån seminarium med institutionschefer och/eller behandlingsansvariga är alla nöjda med den rådande åldersdifferentieringen. Då ålder och missbruk hör tätt samman gäller även att man är nöjd med att inte särskilja kvinnor med olika missbruk. Utifrån diskussionen framgick att unga kvinnor med narkotikamissbruk fungerar bra i minoritet med andra äldre kvinnor. Då kan de unga kvinnorna koppla av på ett annat sätt, deras ofta utagerande beteende trappas ner, ”det blir lite mer lugn och ro på institutionen”. Det är samtligas erfarenheter att det är positivt att blanda yngre kvinnor med narkotikamissbruk med äldre kvinnor. Det motsatta, att blanda någon enstaka äldre kvinna bland flera yngre fungerar inte. De unga kvinnorna med narkotikamissbruk mobbar ofta den äldre blandmissbrukande kvinnan.

Närhetsprincipen anses inte viktigast bland seminariedeltagarna, kvinnans problem måste vara styrande för var hon placeras. Men, vill socialtjänsten placera kvinnan nära hemorten görs detta. Då får närheten till hemorten en överordnad roll, även om det ibland kan innebära att kvinnans problem kommer i andra hand.

Somatiskt sjuka samt äldre kvinnor, ofta med demens, anses vara en svår grupp att blanda med övriga kvinnor. De kräver särskild tillsyn och omvårdnad. Ekebylunds behandlingshem tar idag emot dessa kvinnor. Alla är överens om att denna differentiering fungerar bra.

Psykiskt störda kvinnor och utagerande psykiskt störda kvinnor med missbruk placeras på Runnagården. Dessa kvinnor kräver en hög grad av resurser, vilket tillgodoses på Runnagården, som har flera olika möjligheter att differentiera på den egna institutionen.

Samtliga LVM-hem för kvinnor vårdar gravida kvinnor med missbruk. Alla är eniga om att närhetsprincipen, i dessa särskilda fall, är det viktigaste kriteriet. Att kvinnorna har närhet till socialtjänsten där hon hör hemma, sin familj och får möjlighet att bilda ett kontaktnät med andra gravida kvinnor på sin hemort har mycket hög prioritet.

Behov av ytterligare differentiering

Utifrån diskussionen framgick att;

Kvinnor med psykos och missbruksproblem är mycket svåra att hantera på LVM-hem. För dem finns ingen specifik differentiering, även på Runnagården är de svåra att handha och ge adekvat vård. För att behandla dessa kvinnor krävs ett nära samarbete med psykiatrin. Ett nära samarbete med psykiatrin bör således uppbyggas.

Samtidiga diagnostiserade neurologiska skador och missbruk blir allt vanligare bland de yngre kvinnorna. Dessa kvinnor skall inte förväxlas med kvinnor som har psykiska problem. De kan inte heller blandas på samma avdelning som kvinnor med psykiska problem och missbruk. Att blanda dessa olika målgrupper kan medföra att kvinnorna blir våldsamma och utagerande.

Att möjliggöra vård i flera steg

De intervjuade på institutioner som har enbart slutna avdelningar har uttryckt behov av flera avdelningar. En extra avdelning skulle användas som en "utsluss-avdelning", en mellanform mellan en helt sluten avdelning och en öppen 27 §-placering, det skulle troligen förebygga många avvikningar. "Glappet mellan en helt sluten avdelning och en öppen 27 §-placering blir många gånger för stort, kvinnorna kan inte låta bli att rymma" (citrat, intervju).

Förslag till åtgärder för en mer flexibel differentiering och vård i flera steg

I dagsläget finns inga möjligheter att utforma särskilda platser eller särskild vård för kvinnor med samtidig psykos och missbruksproblem, det är inte heller myndighetens uppdrag. Kvinnor med psykos skall vårdas inom psykiatrin. Kvinnor med diagnostiserade neurologiska skador och missbruk sägs öka, det finns ingen samlad statistik om detta, men de verkar ännu så länge vara få till antalet, varför en egen LVM-institution eller avdelning inte kan reserveras för dessa.

Även om kvinnorna som ovan beskrivits inte är många måste de ändå tas om hand på LVM-hemmen då de har ett allvarligt missbruk. Organisatoriska lösningar i form av flera avdelningar eller möjlighet att stänga/öppna befintliga avdelningar skulle möjliggöra en lösning på problem som kan uppstå utifrån en klientgrupp som inte bör blandas. Denna lösning skulle också möjliggöra vård i flera steg, se ovan. Förslaget är inte nytt, byggnadsmässiga möjligheter redovisas mycket konkret i en tidigare utredning av Tomas Ring, Runnagården, om differentiering av LVM-vård för kvinnor.

Vilka behov finns av metodutveckling?

Mycket talar för att kvinnor med missbruk har andra behandlingsbehov än män. Trulsson (2003) har i sin avhandling pekat på verksamma fundament för att hjälpa kvinnor ur missbruk. I övrigt saknas forskning om behandlingsmetoder mot missbruk speciellt utformade

för kvinnor. Följaktligen vet man inte riktigt vad som är verksam behandling för dem. Man vet inte heller om kvinnor med olika missbruk bör ha olika behandling eller om yngre kvinnor bör behandlas annorlunda än de äldre etc.

En viktig del i SiS uppdrag är att utvärdera resultaten av vården, utveckla metoder och initiera forskning. Detta i kombination med bristen på utprovade behandlingsmetoder för kvinnor med missbruk borde, av varje institutionschef, ses som en stor utmaning och leda till ett arbete med att åtgärda detta. Enheten för vård och behandling samt FoU på SiS huvudkontor kan användas som stöd och expertis. Enheten för vård och behandling har som främsta arbetsuppgift att införa nya behandlingsmetoder och att hålla sig uppdaterade i ämnet. FoU har kunskap om den senaste behandlingsforskningens resultat samt hög kunskapsom utvärdering.

Det finns ett antal utprovade behandlingsprogram som visat sig vara effektiva. DBT har prövats inom missbrukarvården med gott resultat, denna metod borde prövas inom LVM-vården för kvinnor. De yngre kvinnorna är i behov av kraftfulla hjälpinsatser. Dessa kvinnor borde ges möjlighet att delta i behandlingsprogram som verkar på flera nivåer samtidigt, exempelvis CRA. Att söka fungerande behandlingsprogram för denna grupp måste högprioriteras. För att använda sig av dessa program fullt ut behövs resurser utifrån. LVM-hemmen kan använda vårdkedjeprojektet (Dnr 120-910-03) som modell och arbeta för att intensifiera insatser i samarbete med socialtjänsten och psykiatri. LVM-vården bör redan från början vara en del i en längre vårdkedja.

Två mycket viktiga behandlingsinslag i en god LVM-vård är att motivera till vård i frivillig form genom vård i annan form enligt 27 § samt att motverka att kvinnorna avviker från behandlingen. Kvinnonätverket arbetar med att dokumentera 27 §-placeringar för kvinnors olika vårdbehov. Denna dokumentation kommer att utgöra ett viktigt kunskapsunderlag för vad som är den bästa behandlingen för LVM-omhändertagna kvinnor i olika åldersgrupper och med olika sidoproblematik. Samtliga LVM-hem borde aktivt arbeta för att minska antalet avvikningar. Ett viktigt mål i institutionsbehandlingen är att hålla kvar klienten i behandling och se till att behandlingsperioden genomförs under drogfrihet.

Att konkretisera, strukturera, dokumentera och utvärdera den behandling som redan idag används är ett steg i att undersöka vad som är verksam behandling för kvinnor i LVM-vård. Kanske fungerar den behandling som bedrivs mycket bra. Genom dokumentation och utvärdering kan en beprövad missbruksbehandling anpassad för kvinnor utvecklas inom LVM-vården. För dokumentation av den behandling som bedrivs finns alternativ att söka professionell hjälp, anställa någon som enbart arbetar med uppgiften. Denna dokumentation kan exempelvis grunda sig på ett utvecklingsprojekt som finansieras helt eller delvis av SiS FoU. En annan möjlighet är att utse någon eller några behandlare som avsätter tid till dokumentation av behandlingsarbetet. Exempelvis kan en utförlig dagbok inkludera samtliga interventioner skrivs för ett antal klienter under hela behandlingstiden. Dessa dagboksanteckningar kan sedan ligga till grund för en sammanställning av den behandling som bedrivs.

De institutioner som redan idag arbetar med tydliga behandlingsprogram borde följa upp sina klienter, i första hand vid utskrivningstillfället och i andra hand en tid efter behandlingen, för att ställa sig frågan, hur väl fungerar vårt behandlingsprogram?

För att utvärdera och följa upp den behandling som bedrivs krävs dokumentation. För en utvärdering i sin enklaste form behövs en beskrivning av klientens problem vid inskrivningstillfället och en intervju vid utskrivningstillfället. DOK-systemet erbjuder intervjuer vid inskrivning, avslutad 27 §-vård och vid utskrivning. En uppföljningsintervju och manual finns också att tillgå. Detta system skall användas. Samma systematiska dokumentationssystem ökar jämförbarheten mellan klienter och institutioner. I dagsläget används DOK-intervjuer i hög grad vid inskrivningen men mycket bristfälligt vid utskrivningstillfället. Långa intervjuer med klienten krävs för att ta tillvara klientens syn på behandling och därmed påbörja en utvärdering. Ett avslutningssamtal efter LVM-tidens slut borde dessutom vara ett självklart avslut i en individuell behandling som till stora delar bygger på relationen mellan klient och behandlare.

Utredningens förslag till utveckling av LVM-vård för kvinnor inom SiS

- Pröva, anpassa och utvärdera befintliga behandlingsprogram, exempelvis CRA (community reinforcement approach) eller DBT (dialektisk beteende terapi), med syfte att undersöka vad som är mest verksamt för kvinnor i olika åldersgrupper, olika sorters missbruk etc.
- Upparbeta ett nära samarbete med kommun, landsting och psykiatri för utveckling av en gemensam missbrukarvård som verkar inom flera områden.
- Fortsatt dokumentation av 27 §-placeringar, med syfte att skapa ett dokument över vårdgivare passande för olika målgrupper (arbetet pågår inom kvinnonätverket).
- Genomföra DOK-systemets långa version av inskrivnings- och utskrivningsintervju på samtliga klienter. Avslutningssamtalet skall ske med syftet att undersöka klientens syn på såväl 27 §-vården som behandlingen på LVM-institutionen. Samt undersöka om LVM-vårdens främsta syfte är uppfyllt, d v s att motivera till frivillig vård efter behandlingstidens slut.
- Aktivt arbeta för att minska behandlingssammanbrott.
- Dokumentera och utvärdera beprövad erfarenhet med syftet att undersöka vad som är verksamt för olika målgrupper.
- Fortsätta att undersöka möjligheten att underlätta för vård, behandling och differentiering med hjälp av organisatoriska lösningar i form av flera avdelningar eller möjlighet att stänga/öppna befintliga avdelningar.

Referenser

- Andersson, B. (1991) *Att förstå drogmissbruk*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, B-E. & Gunnarsson, L. (1990) *Svenska småbarnsföräldrar*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, C. (1993) *The children of Maria*. Göteborg: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Bergman, L. R. & Wångby, M. (1998) Are girls more than boys subjected to disrupted conditions of upbringing? *Scandinavian Journal of Social Welfare* 7, 194–302.
- Bjerrum-Nielsen, H. & Rudberg, M. (1989). *Historien om jenter og gutter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bjerrum-Nielsen, H. & Rudberg, M. (1991) Jenters vej til rusmiddel, et socialiseringsperspektiv. I *Kön, rus och disiplin*. Nordiska nämnden för alkohol och drogforskning, NAD-publikation nr 20.
- Björk M-L. & J:son Knodt, I. (2003) *Det finns inga hopplösa fall, eller ...? . SiS följer upp och utvecklar 3/03*. Statens institutionsstyrelse.
- Blomkvist, J. (2002) *Att sluta med narkotika – med och utan behandling*. Stockholm: Forsknings- och utvecklingsenheten, Socialförvaltningen. Ak. avhandling.
- Chamberlain, P. (2002) *Treating chronic juvenile offenders*. American Psychological Association. Waschington DC.
- Dahlgren, L. & Willander, A., (1989) 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* 13: 499–504.
- Daley, D. C.; Sundin, Ö. (odaterad) *Dubbla störningar, arbetsbok, Tillfrisknande*. Western Psychiatric Institute and Clinic i Pittsburg. Översättning av Ö. Sundin, Karolinska institutet. Stencil.
- Fridell, M. (2002) Kvinnor med narkotikaberoende – före, under och efter behandling. I Leissner, T. & Hedin, U-C. (red.). *Könspespektiv på missbruk*. Bettna: Bjurner och Bruno.
- Hilte, M. (2002) *Den missbrukande kvinnan*. I Leissner, T. & Hedin, U-C. (red.). *Könspespektiv på missbruk*. Bettna: Bjurner och Bruno.
- Jansson, I. & Fridell, M. (2003) *Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor*. SiS följer upp och utvecklar 1/03. Statens institutionsstyrelse.
- Landert, I. (2003) *Den flygande maran. En studie om åtta narkotikabrukande kvinnor i Stockholm*. Stockholm: Kriminologiska institutionen, Stockholms universitet. Ak. avhandling.
- Linehan, M. M. et al. (1993, 2000) *Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Trulsson, K. (1993) *Kvinnorummet – vision, verklighet, vardag*. Rapport från ett behandlingshem för kvinnor. Stockholm: Stiftelsen Kvinnoforum.
- Trulsson, K. (2003) *Konturer av ett kvinnligt fält. Om missbrukande kvinnors möten i familjeliv och behandling*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet. Ak. avhandling.
- Palm, J. (2003) *Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling – en beskrivning av personalen inom socialtjänstens missbrukarvård*. Forskningsrapport nr 7, SORAD, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning, Stockholms universitet.
- Palm, J. & Storbjörk, J. (2003) *Kvinnor och män I svensk missbruksbehandling – en beskrivning av patientgruppen i Stockholms läns landstings beroendevård 2000–2001*. Forskningsrapport nr 9, SORAD, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning, Stockholms universitet.

- Robins, R. & Price, R. K. (1991) Adult disorders predicted by childhood conduct problems: Result from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Project. *Psychiatry*, 54, 116–132.
- Socialstyrelsen (2004) *Jämställd socialtjänst. Könsperspektiv på socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statens institutionsstyrelse (2004) *Principer för behandling av drogberoende. En forskningsbaserad vägledning*. Allmän SiS-rapport 2004:8.
- Chodorow, N. (1988) *Femininum – Maskulinum, Modersfunktion och könssociologi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Sotter, H., Spansk, C. & Wiklund, S. (2002) Systemskap en bärande kraft. I Trulsson, K. *Kvinnligt möte – en kraft på vägen ut ur missbruk* (red.). Göteborg: FoU-väst.
- Öjehagen, A. (1998) Samtidig beroende och psykisk störning – en aktuell forskningsöversikt. I Gerdner, A. & Sundin, Ö (red). *Dubbel trubbel* (27–39). Örebro: Runnagården.

Bilaga 1. LVM-vårdade kvinnors problembild enligt DOK-intervjuer 2001–2002

Tabell 1. Kvinnor dokumenterade med hjälp av DOK 2001 och 2002 efter ålderskategorier

	Antal	%
Under 30 år	211	40
30-49 år	218	42
50 år och äldre	96	18
Totalt	525	100

Uppväxt

Tabell 1.1. Kvinnor dokumenterade med hjälp av DOK 2001 och 2002 efter uppväxt 0-2 år och ålderskategorier

	Under 30 år		30-49 år		50 år och äldre		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Biologisk mor och far / adoptivfamilj	124	77	128	86	58	89	310	82
Någon biologisk förälder	28	17	14	9	7	11	49	13
Fosterfamilj	4	3	1	1	0	0	5	1
Mor och farföräldrar	5	3	4	3	0	0	9	2
Institution	1	0,6	2	1	0	0	3	1
Totalt	162	100	149	100	65	100	376	100

Tabell 1.2. Kvinnor dokumenterade med hjälp av DOK 2001 och 2002 efter uppväxt 3-6 år och ålderskategorier

	Under 30 år		30-49 år		50 år och äldre		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Biologisk mor och far / adoptivfamilj	103	64	114	76	55	85	272	72
Någon biologisk förälder	45	28	25	17	7	11	77	20
Fosterfamilj	4	2	4	3	2	3	10	3
Mor och farföräldrar	6	4	4	3	1	2	11	3
Annan vårdnadshavare	2	1	0	0	0	0	2	1
Institution	2	1	3	2	0	0	5	1
Totalt	162	100	150	100	65	100	377	100

Tabell 1.3. Kvinnor dokumenterade med hjälp av DOK 2001 och 2002 efter uppväxt 7-12 år och ålderskategorier

	Under 30 år		30-49 år		50 år och äldre		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Biologisk mor och far / adoptivfamilj	73	45	99	66	52	80	224	59
Någon biologisk förälder	73	45	37	25	8	12	118	31
Fosterfamilj	8	5	6	4	4	6	18	5
Mor och farföräldrar	4	2	6	4	1	2	11	3
Institution	4	2	2	1	0	0	6	2
Totalt	162	100	150	100	65	100	377	100

Tabell 1.4. Kvinnor dokumenterade med hjälp av DOK 2001 och 2002 efter uppväxt 13-15 år och ålderskategorier

	Under 30 år		30-49 år		50 år och äldre		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Biologisk mor och far / adoptivfamilj	53	33	72	48	46	71	171	45
Någon biologisk förälder	63	39	49	33	15	23	127	34
Fosterfamilj	12	7	10	7	2	3	24	6
Mor och farföräldrar	1	1	6	4	0	0	7	2
Annan vårdnadshavare	1	1	1	1	0	0	2	1
Eget boende	5	3	4	3	1	2	10	3
Institution	24	15	7	5	1	2	32	8
Bostadslös	3	2	1	1	0	0	4	1
Totalt	162	100	150	100	65	100	377	100

Tabell 1.5. Kvinnor dokumenterade med hjälp av DOK 2001 och 2002 efter uppväxt 16-18 år och ålderskategorier

	Under 30 år		30-49 år		50 år och äldre		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Biologisk mor och far / adoptivfamilj	31	19	46	31	37	57	114	30
Någon biologisk förälder	31	19	35	23	13	20	79	21
Fosterfamilj	7	4	1	1	0	0	8	2
Mor och farföräldrar	2	1	3	2	0	0	5	1
Annan vårdnadshavare	4	2	3	2	1	2	8	2
Eget boende	56	35	48	32	12	18	116	31
Institution	27	17	10	7	2	3	39	10
Bostadslös	3	2	3	2	0	0	6	2
Totalt	161	100	149	100	65	100	375	100

Tabell 1.6. Kvinnor dokumenterade med hjälp av DOK 2001 och 2002 efter fosterhemsplacering och ålderskategorier

	Under 30 år		30-49 år		50 år och äldre		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ej fosterhemsplacerad	107	66	120	81	62	94	289	77
Fosterhemsplacerad	55	34	29	19	4	6	88	23
Totalt	162	100	149	100	66	100	377	100

Tabell 1.7. Kvinnor dokumenterade med hjälp av DOK 2001 och 2002 efter föräldrar med missbruk eller psykiska problem och ålderskategorier

	Under 30 år		30-49 år		50 år och äldre		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ej problem	40	25	67	44	40	61	147	39
Missbruk	35	21	30	20	10	15	75	20
Psykiska problem	26	16	17	11	6	9	49	13
Både missbruk och psykiska problem	62	38	37	25	10	15	109	29
Totalt	163	100	151	100	66	100	380	100

Tabell 1.8. Kvinnor dokumenterade med hjälp av DOK 2001 och 2002 efter övergrepp före missbruksdebuten och ålderskategorier

	Under 30 år		30-49 år		50 år och äldre		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ej övergrepp	68	44	73	51	43	66	184	51
Fysiska övergrepp	3	2	8	6	2	3	13	4
Psykiska övergrepp	15	10	13	9	0	0	28	8
Sexuella övergrepp	5	3	9	6	6	9	20	6
Flera övergrepp	62	41	41	28	14	22	117	32
Totalt	153	100	144	100	65	100	362	100

Boende, försörjning, social situation

Tabell 1.9. Kvinnor dokumenterade med hjälp av DOK 2001 och 2002 efter bostad senaste 6 månaderna och ålderskategorier

	Under 30 år		30-49 år		50 år och äldre		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Egen bostad	83	42	121	57	86	90	290	57
Annat boende	41	21	43	20	4	4	88	17
Institution/familjevård	22	11	8	4	3	3	33	6
Hos föräldrar/släktingar	24	12	4	2	0	0	28	5
Bostadslös	30	15	38	18	3	3	71	14
Totalt	200	100	214	100	96	100	510	100

Tabell 1.10. Kvinnor dokumenterade med hjälp av DOK 2001 och 2002 efter bostad utbildningsnivå och ålderskategorier

	Under 30 år		30-49 år		50 år och äldre		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ej fullföljd grundskola	44	22	28	16	5	6	77	17
Fullföljd grundskola	96	49	67	38	36	46	199	44
Fullföljt gymnasium	51	26	60	34	21	27	132	29
Fullföljt eftergymnasial utbildning	5	3	20	11	16	21	41	9
Totalt	196	100	175	100	78	100	449	100

Tabell 1.11. Kvinnor dokumenterade med hjälp av DOK 2001 och 2002 efter försörjning senaste 6 månaderna och ålderskategorier

	Under 30 år		30-49 år		50 år och äldre		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Lön	37	19	60	30	31	33	128	26
Sjukbidrag	8	4	26	13	9	9	43	9
Ålderspension	0	0	0	0	7	7	7	1
Förtidspension	2	1	35	18	36	38	73	15
Socialbidrag	98	49	60	30	6	6	164	33
Försörd av förälder/anhörig	6	3	4	2	2	2	12	2
Kriminalitet eller annan försörjning	47	24	12	6	4	4	63	13
Totalt	198	100	197	100	95	100	490	100

Tabell 1.12. Kvinnor dokumenterade med hjälp av DOK 2001 och 2002 efter arbetslivserfarenhet och ålderskategorier

	Under 30 år		30-49 år		50 år och äldre		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Aldrig arbetat regelbundet	25	15	4	3	0	0	29	8
1-6 mån	55	34	14	9	2	3	71	19
7-11 mån	17	10	5	3	0	0	22	6
1-3 år	52	32	49	33	3	5	104	28
4-6 år	10	6	28	19	5	8	43	11
7-10 år	3	2	22	15	8	12	33	9
Mer än 10 år	0	0	26	18	47	72	73	19
Totalt	162	100	148	100	65	100	375	100

Relationer, barn och graviditet

Tabell 1.13. Kvinnor dokumenterade med hjälp av DOK 2001 och 2002 efter levnadsform senaste 6 månaderna och ålderskategorier

	Under 30 år		30-49 år		50 år och äldre		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ensamlevande	72	37	112	54	49	52	233	47
Samlevande med partner, ej barn	120	62	95	46	45	48	260	52
Samlevande med partner och barn	3	2	0	0	0	0	3	1
Totalt	195	100	207	100	94	100	496	100

Tabell 1.14. Kvinnor dokumenterade med hjälp av DOK 2001 och 2002 efter missbrukande make och ålderskategorier

	Under 30 år		30-49 år		50 år och äldre		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ej missbrukande make	37	30	26	27	18	40	81	31
Missbrukande make	69	56	47	49	13	29	129	49
Bortfall	17	14	22	23	14	31	53	20
Totalt	123	100	95	100	45	100	263	100

OBS! Tabellen baseras enbart på de som bor tillsammans med någon med någon (n=263)

Tabell 1.15. Kvinnor dokumenterade med hjälp av DOK 2001 och 2002 efter egna barn och ålderskategorier

	Under 30 år		30-49 år		50 år och äldre		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ej barn	167	79	58	27	21	22	246	47
Barn	0	0	26	12	60	63	86	16
Barn under 18 år	44	21	134	61	15	16	193	37
Totalt	211	100	218	100	96	100	525	100

Tabell 1.16. Kvinnor dokumenterade med hjälp av DOK 2001 och 2002 efter egen vårdnad, och/eller placerade barn och ålderskategorier

	Under 30 år		30-49 år		50 år och äldre		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Vårdnad om något barn	31	82	79	68	7	58	117	70
Ej egen vårdnad om något barn	6	20	37	39	5	38	48	35
Något barn är placerat	22	65	72	62	6	46	100	61

OBS! Tabellen baserar sig på de kvinnor som har barn (n= 279)

En person kan förekomma i flera kategorier

Tabell 1.17. Kvinnor dokumenterade med hjälp av DOK 2001 och 2002 efter omgivningens stöd och ålderskategorier

Är ett stöd	Under 30 år		30-49 år		50 år och äldre		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Familjemedlem	140	87	109	73	42	69	291	78
Make	46	35	35	33	20	47	101	36
Barn	22	14	89	59	41	64	152	42
Vänner	116	73	103	69	40	63	259	70

OBS! En person kan förekomma i flera kategorier

Tabell 1.18. Kvinnor dokumenterade med hjälp av DOK 2001 och 2002 efter konflikter i nära omgivning och ålderskategorier

Konflikt med	Under 30 år		30-49 år		50 år och äldre		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Familjemedlem	106	65	63	46	10	19	179	51
Make	37	30	26	27	4	10	67	25
Barn	2	1	22	17	10	17	34	10
Vänner	50	32	24	18	2	3	76	22

OBS! En person kan förekomma i flera kategorier

Fysisk hälsa

Tabell 1.19. Kvinnor dokumenterade med hjälp av DOK 2001 och 2002 efter allvarliga fysiska hälsoproblem och ålderskategorier

	Under 30 år		30-49 år		50 år och äldre		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ej allvarliga hälsoproblem	136	70	107	53	30	32	273	56
Allvarliga hälsoproblem	59	30	94	47	64	68	217	44
Totalt	195	100	201	100	94	100	490	100

Tabell 1.20. Kvinnor dokumenterade med hjälp av DOK 2001 och 2002 efter Hepatit och ålderskategorier

	Under 30 år		30-49 år		50 år och äldre		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ej Hepatit	55	36	98	68	58	95	211	59
Hepatit B	3	2	0	0	1	2	4	1
Hepatit C	89	58	36	25	2	3	127	35
Både Hepatit B och Hepatit C	6	4	10	7	0	0	16	4
Totalt	153	100	144	100	61	100	358	100

Tabell 1.21. Kvinnor dokumenterade med hjälp av DOK 2001 och 2002 efter självskattade ätstörningar och ålderskategorier

	Under 30 år		30-49 år		50 år och äldre		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ätstörningar någon gång i livet	61	37	52	35	10	15	123	32
Ätstörningar de senaste 30 dagarna	19	12	24	16	7	10	50	13

OBS! En person kan förekomma i båda kategorierna

Tabell 1.22. Kvinnor dokumenterade med hjälp av DOK 2001 och 2002 efter övergrepp efter missbruksdebuten och ålderskategorier

	Under 30 år		30-49 år		50 år och äldre		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ej övergrepp	51	33	36	25	40	62	127	35
Fysiska övergrepp	10	6	17	12	9	14	36	10
Psykiska övergrepp	12	8	7	5	3	5	22	6
Sexuella övergrepp	2	1	0	0	1	2	3	1
Flera övergrepp	79	51	84	58	12	18	175	48
Totalt	154	100	144	100	65	100	363	100

Vård inom psykiatri och subjektiv psykisk hälsa

Tabell 1.23. Kvinnor dokumenterade med hjälp av DOK 2001 och 2002 efter vård inom psykiatri och ålderskategorier

	Under 30 år		30-49 år		50 år och äldre		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ej tidigare vård inom psykiatri	86	52	80	53	41	61	207	54
Har tidigare vårdats inom psykiatri	79	48	70	47	26	39	175	46
Totalt	165	100	150	100	67	100	382	100

Tabell 1.24. Kvinnor dokumenterade med hjälp av DOK 2001 och 2002 efter vård inom olika psykiatrirformer och ålderskategorier

Psykiatrisk;	Under 30 år		30-49 år		50 år och äldre		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
öppenvård	53	32	44	29	12	18	109	29
slutenvård	39	24	48	32	19	28	106	28
tvångsvård	29	18	22	15	3	4	54	14

OBS! En person kan förekomma i båda kategorierna

Tabell 1.25. Kvinnor dokumenterade med hjälp av DOK 2001 och 2002 efter ordination av läkemedel för något psykiskt problem och ålderskategorier

Läkemedel för:	Under 30 år		30-49 år		50 år och äldre		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Depression	78	47	66	44	28	42	172	45
Sömnstörningar	98	59	80	53	32	48	210	55
Annat psykiskt problem	16	10	27	18	5	7	48	13

OBS! En person kan förekomma i båda kategorierna

Tabell 1.26. Kvinnor dokumenterade med hjälp av DOK 2001 och 2002 efter subjektiv psykisk ohälsa vid inskrivningstillfället på LVM-hem och ålderskategorier (senaste 30 dagarna)

	Under 30 år		30-49 år		50 år och äldre		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Fobier	41	25	33	22	9	13	83	22
Deprimerad	62	38	44	29	15	22	121	32
Ångest/spänningstillstånd	79	48	76	51	22	33	177	46
Självordstankar	27	16	23	15	4	6	54	14
Självordsförsök	8	5	10	7	2	3	20	5

OBS! En person kan förekomma i båda kategorierna

Bilaga 2. Vård enligt 27 § LVM efter institution

Tabell 2.1. Placeringar enligt 27 § LVM på Ekebylunds behandlingshem fördelat på utskrivningar och år

ÅR	Totalt antal utskrivna	Varav, vårdtid > 1 månad			Antal 27 §-LVM per person			Totalt antal 27 §-placeringar
		Antal	Antal	%	1	2-3	fler än 3	
2001	82	60	48	80	38	10	0	62
2002	79	57	36	63	26	10	0	47
2003	60	42	33	79	27	6	0	39

Tabell 2.2. Placeringar enligt 27 § LVM på Fortunagården fördelat på utskrivningar och år

ÅR	Totalt antal utskrivna	Varav, vårdtid > 1 månader			Antal 27 §-LVM per person			Totalt antal 27 §-placeringar
		Antal	Antal	%	1	2-3	fler än 3	
2001	36	30	30	100	19	11	0	44
2002	33	33	29	88	19	9	1	44
2003	35	28	28	100	17	10	1	43

Tabell 2.3. Placeringar enligt 27 § LVM på Renforsens behandlingshem fördelat på utskrivningar och år

ÅR	Totalt antal utskrivna	Varav, vårdtid > 1 månader			Antal 27 §-LVM per person			Totalt antal 27 §-placeringar
		Antal	Antal	%	1	2-3	fler än 3	
2001	14	11	4	36	4	0	0	4
2002	24	12	10	83	9	0	1	13
2003	23	14	12	86	12	0	0	12

Tabell 2.4. Placeringar enligt 27 § LVM på LVM-hemmet Rebecka fördelat på utskrivningar och år

ÅR	Totalt antal utskrivna	Varav, vårdtid > 1 månader			Antal 27 §-LVM per person			Totalt antal 27 §-placeringar
		Antal	Antal	%	1	2-3	fler än 3	
2001	36	32	32	100	19	12	1	50
2002	36	30	32	-	22	9	1	48
2003	34	29	27	93	19	7	1	39

Tabell 2.5. Placeringar enligt 27 § LVM på LVM-hemmet Lunden fördelat på utskrivningar och år

ÅR	Totalt antal utskrivna	Varav, vårdtid > 1 månader			Antal 27 §-LVM per person			Totalt antal 27 §-placeringar
		Varav, vårdtid > 1 månader	Varav, 27 §-placerats		1	2-3	fler än 3	
		Antal	Antal	%				
2001	37	31	31	100	15	16	0	53
2002	32	28	26	93	19	6	1	39
2003	30	28	28	100	15	13	0	45

Tabell 2.6. Placeringar enligt 27 § LVM på Runnagården fördelat på utskrivningar och år

ÅR	Totalt antal utskrivna	Varav, vårdtid > 1 månader			Antal 27 §-LVM per person			Totalt antal 27 §-placeringar
		Varav, vårdtid > 1 månader	Varav, 27 §-placerats		1	2-3	fler än 3	
		Antal	Antal	%				
2001	81	68	48	70	34	13	1	71
2002	90	73	53	73	39	14	0	72
2003	93	78	57	73	40	16	1	78