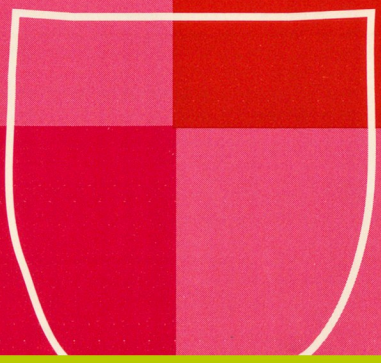
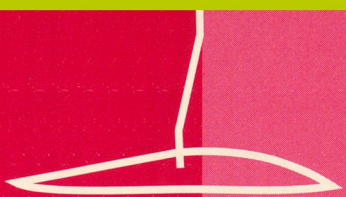
KVINNOR OCH ALKOHOL



Ur KB:s samlingar
Digitaliserad år 2014

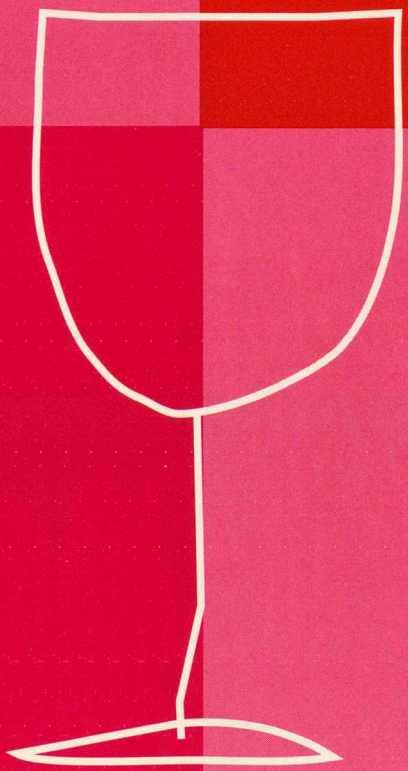
KUNGL. BIBLIOTEKET
National Library of Sweden



SOU 1994:28

DELBETÄNKANDE AV ALKOHOLPOLITISKA KOMMISSIONEN

KVINNOR OCH ALKOHOL



SOU 1994:28

DELBETÄNKANDE AV ALKOHOLPOLITISKA KOMMISSIONEN

Ref KB Occ 800

Statens offentliga utredningar
1994:28
Socialdepartementet

Kvinnor och alkohol

Delbetänkande av Alkoholpolitiska kommissionen
Stockholm 1994

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes, Offentliga Publikationer, på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningskontor

Beställningsadress: Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Fax: 08-20 50 21
Telefon: 08-690 90 90

Graphic Systems AB, Göteborg 1994

ISBN 91-38-13585-X
ISSN 0375-250X

Statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom regeringens beslut den 19 december 1991 bemyndigades statsrådet Bengt Westerberg att tillkalla en parlamentarisk kommission med uppdrag att utvärdera den hittillsvarande alkoholpolitiken och lägga fram förslag till en strategi för framtiden – bl.a. i ett EG-perspektiv.

Kommissionen har antagit namnet Alkoholpolitiska kommissionen. Kommissionen har en bred sammansättning med företrädare för alla riksdagspartier.

Till kommissionen har knutits sakkunniga från Utrikes-, Finans- och Socialdepartementen, Folkhälsoinstitutet, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet, experter från Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning och Karolinska Institutets avdelning för socialmedicin samt juridisk expertis. Sammansättningen av kommissionen framgår av betänkandets bilaga 2.

Kommissionen har tidigare avlämnat delbetänkandet Serveringsbestämmelser (SOU 1993:50) med förslag till ändringar i lagen (1977:293) om handel med drycker (LHD).

Enligt direktiven (dir. 1991:124) skall kommissionen belysa kvinnors missbruk, uppmärksamma kvinnors medicinska och sociala skador samt beskriva stöd- och behandlingsinsatser. Kommissionen skall vidare ägna särskilt intresse åt gravida kvinnors missbruk och de konsekvenser alkoholbruket medför för fostret.

Kommissionen får nu avlämna detta delbetänkande, Kvinnor och alkohol (SOU 1994:28). I betänkandet ges en översikt om orsakerna till och omfattningen och konsekvenserna av kvinnors missbruk samt stöd och behandlingsinsatser. Kommissionen lämnar förslag i dessa delar.

Kommissionen avslutar sitt arbete genom att – utöver detta delbetänkande – nu överlämna dels sitt huvudbetänkande Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden (SOU 1994:24) dels delbetänkandena Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge (SOU 1994:25), Att förebygga alkoholproblem (SOU 1994:26), Vård av alkoholmissbrukare (SOU 1994:27) samt Barn – Föräldrar – Alkohol (SOU 1994:29).

Kommissionen är enig om innehållet i detta betänkande.

Stockholm i mars 1994

Ingemar Mundebo

Karin Israelsson

Bert-Inge Karlsson

Peter Kling

Owe Larsson

Ulla Orring

Sverre Palm

Anita Persson

Gabriel Romanus

Sten Svensson

Claes Örtendahl

/Hans Noaksson

Margareta Gustafsson

Innehållsförteckning

Sammanfattning 9

1 *Inledning* 15
1.1 Kommissionens direktiv 15
1.2 Utgångspunkter 15
1.3 Underlag till betänkandet 16

2 *Kvinnor och alkohol* 17
2.1 Allmänt 17
2.2 Manlig missbruksnorm 17
2.2.1 Kvinnors missbruk är delvis annorlunda 18
2.3 Forskning, utveckling och verksamhet 18
2.3.1 Forskning, utveckling 18
2.3.2 Staten 20
2.3.3 Landstingen 21
2.3.4 Kommunerna 22
2.3.5 Frivilligorganisationerna 23

3 *Omfattning* 25
3.1 Något om definitionsproblem 25
3.1.1 Olika definitioner 26
3.1.2 Konsumtionsmått 26
3.2 Kvinnors och mäns konsumtion 27
3.3 Konsumtion och missbruk i några undersökningar 29

4 *Konsumtionsmönster hos kvinnor* 31
4.1 Historia och tradition 31
4.2 Kvinnliga dryckesmönster 32
4.2.1 Introduktion och mönster hos unga 33
4.2.2 Kvinnor 20 till 50 år 34
4.2.3 Kvinnor över 50 år 36
4.3 Dolt ensamdrickande 37
4.3.1 Dolt missbruk 37
4.3.2 Ensamdrickande 38
4.3.3 Kvinnors dolda missbruk en myt? 39

5 *Orsaker till kvinnors missbruk* 41
5.1 Problem och problemlösning 41
5.1.1 Uppväxtmiljö, föräldrarelation 41
5.1.2 Våld och sexuella övergrepp i barndomen 43
5.1.3 Arbetsliv 44
5.1.4 Ensamhet 45
5.1.5 Kvinnors sociala situation 45
5.1.6 Misshandel, övergrepp 46

6 *Konsekvenser av kvinnors missbruk* 47
6.1 Kvinnligt och manligt 47
6.2 Tolerans 47
6.3 Alkoholrelaterade skador 48
6.4 Dödlighet 49
6.4.1 Några undersökningsresultat 49
6.5 Familjesociala konsekvenser 50

7 *Alkohol och graviditet* 53
7.1 Kunskapsutveckling 53
7.1.1 Två aktuella rapporter 53
7.2 Alkoholens skadeeffekter 54
7.2.1 Fetalt alkoholsyndrom (FAS) 54
7.2.2 Andra alkoholeffekter 54
7.2.3 Uppföljningsstudier 55
7.3 Konsumtion 55
7.3.1 Konsumtionsmönster och risk 55
7.3.2 Gravida bör avstå från alkohol 56
7.4 Motivation, stöd och hjälp 56
7.4.1 Den blivande fadern 57

8 *Förebyggande insatser* 59
8.1 Skolan 59
8.1.1 Information, undervisning 59
8.1.2 Uppmärksamhet på eleverna 60
8.1.3 Skolhälsovård och elevvård 61
8.2 Hälso- och sjukvården 61
8.2.1 Ungdomsmottagningar 62
8.2.2 Mödrahälsovården 63
8.2.3 Barnhälsovården 63
8.3 Arbetsplatsen 64

9 *Vård och behandling* 65
9.1 Insatser i tidigt skede av beroende 65
9.1.1 Benägenhet att söka stöd och vård 66
9.2 Öppenvård 67
9.2.1 Andel kvinnor i öppenvård 67
9.2.2 EWA-enhetens erfarenhet 67
9.2.3 Behandlingstiden 68
9.2.4 Anpassade mottagningar 69
9.2.5 Öppenvårdens önskemål 70
9.3 Institutionsvård 70
9.3.1 Intagna kvinnor 70
9.3.2 Behandlingshem för enbart kvinnor 71
9.3.3 Behandlingshem för kvinnor och män 72
9.3.4 Kvinnan och barnen 73
9.4 Behandlingsresultat 73
9.5 Några röster om vård och behandling 75

10 *Kommissionens förslag* 77
10.1 Bakgrund 77
10.2 Informations- och handledningsmaterial 78
10.3 Förebyggande insatser för unga flickor/kvinnor 79
10.4 Insatser för gravida 80
10.5 Öppenvård anpassad för kvinnor 80
10.6 Stimulans av "kvinnliga" arbetsformer 80
10.7 Institutioner för kvinnor 81
10.8 Uppmärksamhet på ensamma, äldre kvinnor 81
10.9 Forskning och utveckling 82

Referenser 83

Bilagor:
1. Kommissionens direktiv 89
2. Kommissionens sammansättning 97
3. Kvinnor och alkohol - en kunskapsöversikt 99
4. Kvinnoperspektiv på alkoholproblem 129
5. I backanternas fotspår. Kvinnor, alkohol och droger 139

Sammanfattning

I direktiven till alkoholpolitiska kommissionen ingår att belysa kvinnors missbruk. Skälen till detta är, enligt direktiven, att alkoholkonsumtionen bland kvinnor ökat, att kvinnors dryckesmönster förändrats och att kunskapen om stöd, vård och behandling behöver utvecklas för kvinnors särskilda behov. Det finns också anledning, enligt direktiven, att rikta särskild uppmärksamhet på alkoholens fosterskadande effekter.

I detta betänkande sammanfattas en del av den kunskap som finns om omfattningen av kvinnors konsumtion, orsaker till och konsekvenser av missbruk hos kvinnor och vilka stöd och hjälpinsatser som erbjuds. Företrädesvis beskrivs situationen och förhållandena för kvinnor i Sverige. I många avseenden finns stöd för svenska resultat i internationell forskning och erfarenhet men utgångspunkten har varit att beakta omständigheter som kan inverka eller har inverkat på svenska kvinnors konsumtion. Den höga kvinnliga förvärvsfrekvensen och den svenska alkoholpolitiken är några sådana faktorer.

Manlig missbruksnorm

Kvinnors missbruk betraktas och beaktas fortfarande i vissa avseenden utifrån en manlig missbruksnorm och villkor och behov bedöms ibland likaledes utifrån manliga kriterier. Forskning, utveckling och insatser har fram till 1980-talet främst ägnats männen och deras alkoholmissbruk eftersom det varit långt mer omfattande och därmed också krävt långt större resurser. Könsbundna kvinnliga behov har bl.a. av metodologiska skäl inte alltid blivit belysta. I kapitel 2 diskuteras några anledningar till att det kvinnliga missbruket inte i alla avseenden är jämförbart med det manliga och att kvinnors behov inte alltid uppmärksammas.

Omfattning

I kapitel 3 diskuteras några definitionsproblem som kan försvåra diskussionen om missbruk för såväl män som kvinnor.

Antalet kvinnliga missbrukare uppskattas enligt olika källor till mellan 60 000 och 100 000 men uppgifterna om antalet högkonsumerande, missbrukande och alkoholberoende kvinnor är mycket osäkra. Flertalet studier i den allmänna populationen visar att mellan tre och sex procent av samtliga kvinnor har hög konsumtion. En del studier och undersökningar av särskilda grupper visar högre eller lägre andel högkonsumerande. En kvinna på fyra till fem män är alkoholmissbrukare. Andelen kvinnor som är föremål för ingripanden, frivilligt eller med tvång, är något större än andelen alkoholmissbrukande kvinnor i relation till missbrukande män.

Dryckesmönster

I ett historiskt perspektiv har kvinnor i Sverige haft en restriktiv hållning till alkohol. Kvinnors konsumtion och dryckesmönster har emellertid ändrats sedan motboken avskaffades 1955. Redan hos unga tonårsflickor noteras en oroande konsumtion. De yngre kvinnornas dryckesmönster skiljer sig från de äldres genom att de yngre delvis anammat ett sätt att dricka och dryckessorter som förknippas med manliga alkoholvanor.

Kapitel 4 redovisar några kvinnliga dryckesmönster i olika åldrar och livssituationer. Det kan finnas anledning att särskilt uppmärksamma vissa faser i kvinnors liv som t.ex. tonårstiden, inträdet på arbetsmarknaden, äldre ensamma kvinnor.

I kapitlet diskuteras också huruvida dolt missbruk och ensamdrickande är typiska, kvinnliga dryckesmönster. Aktuell forskning har visat att kvinnors benägenhet att söka vård är lika stor eller större än mäns. Det dolda missbruket skulle därmed inte vara ett kvinnligt fenomen.

Orsaker

Orsakerna till kvinnors alkoholkonsumtion är många och sammansatta. Kapitel 5 tar upp några av dessa. Biologiska men framför allt psykiatriska och psykologiska faktorer har ofta angetts som förklaring till hög alkoholkonsumtion hos kvinnor. Psykiska besvär och problem som ångest, spänningar, depression, problem efter våld och övergrepp etc. är några orsaker till att kvinnor söker medicinsk hjälp. Alkoholkonsumtionen uppmärksammas dock inte alltid vid kontakten med sjukvården.

Uppväxtmiljön och föräldrarelationerna har stor betydelse. Ett positivt klimat i hemmet, gränssättning och restriktivitet med alkohol är skyddande faktorer mot missbruk.

Våld och sexuella övergrepp i barndomen har klart statistiskt samband med hög alkoholkonsumtion senare. Även för kvinnor som i vuxen ålder varit utsatta för misshandel och övergrepp finns ett samband med hög alkoholkonsumtion. Andra påfrestningar som för en del kvinnor kan leda till ökad konsumtion är hög ambition att klara såväl arbete som hem och familj, ensamt ansvar för barn, avsaknad av socialt nätverk etc.

Konsekvenser

En skillnad mellan könen är kroppens förmåga att ta emot alkohol och motstå skadeverkningar. Kunskapen är viktig i synnerhet som en del kvinnor närmar sig manliga dryckesmönster och dryckessorter. I kapitel 6 ges några exempel på skillnader i tolerans och alkoholrelaterade skador mellan män och kvinnor. Uppmärksamheten på kvinnors, i vissa fall snabbare och även annorlunda, skadeutveckling har ökat under senare år. Kvinnliga alkoholmissbrukare har också högre dödlighet både i förhållande till den kvinnliga befolkningen och till manliga alkoholmissbrukare.

Kvinnor som missbrukar alkohol bedöms i flera avseenden hårdare än män som missbrukar. Den sociala kontrollen är starkare. Detta kan ha en avhållande effekt på konsumtionen men det kan också innebära hårdare fördömande av den som dricker. Många kvinnor är ensamstående med ansvar för barn. Även i många parförhållanden har kvinnan ofta ett större ansvar för barnen. Missbrukande kvinnor har inte sällan partners som också är högkonsumenter eller missbrukare. Det är ovanligt att en manlig partner har den roll som "alkoholisthustrun" har för en missbrukande man.

Alkohol och graviditet

Alkoholens fosterskadande effekter är väl kända. Uppföljningsstudier har visat att de skadade barnen får bestående men i större eller mindre grad. Om kvinnan slutar dricka alkohol tidigt i graviditeten är risken för skador avsevärt mindre. Kapitel 7 redovisar effekter av alkoholbruk under graviditet och vilka insatser som kan göras för att förebygga fosterskador.

Mot bakgrund av att tidiga insatser har en avgörande betydelse är det förebyggande arbetet av största vikt. Insatserna med speciell inriktning på gravida kvinnors alkoholkonsumtion förefaller ha minskat under senare år. Det är oroande om kunskapsförmedlingen om riskerna för fostret minskat samtidigt som unga kvinnors alkoholkonsumtion ökat. En ökning av antalet fosterskadade barn kan väntas om inte området alkohol och graviditet ånyo kraftigt uppmärksammas.

Förebyggande arbete

I kapitel 8 nämns några instanser som är särskilt viktiga i det förebyggande arbetet för flickor och unga kvinnor. Det gäller bl.a. skolan och ungdomsmottagningarna. Särskilda könsrelaterade samband bör framhållas i riktad information till flickor i större utsträckning än vad som nu sker.

Hälso- och sjukvården möter kvinnor med tidiga alkoholproblem som söker medicinsk hjälp för somatiska och psykiska besvär. Alkoholen som en bakomliggande eller bidragande faktor diskuteras i allmänhet inte vid läkarbesöken men det kan övervägas om inte detta borde vara regel för både män och kvinnor. Mödrahälsovården och barnhälsovården har ett särskilt ansvar för preventivt arbete med tanke på det väntade eller nyfödda barnet.

Vård och behandling

Uppgifterna om kvinnors benägenhet att söka vård för sin alkoholkonsumtion är motsägelsefulla. Hittills har den rådande uppfattningen varit att kvinnor är svåra att motivera för behandling och att behandlingsresultaten är sämre för kvinnor än för män. Forskningsresultat styrker emellertid inte denna uppfattning. Kvinnor är lika benägna att söka vård och tillgodogör sig behandlingen lika bra som män. En förutsättning är att behandlingen kan anpassas för

olika kvinnors olika behov både i öppenvård och på institutioner. En del kvinnor föredrar blandade institutioner, andra önskar och behöver institutioner och program, som är särskilt anpassade för kvinnor. Möjlighet till anpassad öppenvård för kvinnor måste också kunna erbjudas dem som efterfrågar det. Erfarenheter från utformning och uppläggning finns på kvinnoenheterna. Det finns också anledning att framhålla goda erfarenheter av nätverksinsatser i behandling.

Förslag

Förslagen i kapitel 10 tar fasta på att personal som möter kvinnor i sitt arbete har otillräcklig kunskap om samband, orsaker och konsekvenser av kvinnors alkoholbruk. Sammanställningar av forskningsresultat och kunskaper och erfarenheter som underlättar kunskapsutvecklingen saknas och det är svårt att värdera den information som finns eftersom den inte sällan är ofullständig och motsägelsefull.

Det är därför kommissionens mening att praktiskt användbart kunskapsunderlag bör sammanställas för olika personalgruppers behov. Syftet med riktat handlednings- eller informationsmaterial är att ge vägledning och stöd för insatser.

Vissa insatser är synnerligen angelägna redan i dag. Det förebyggande arbetet måste förstärkas. Hänsyn måste också tas till könsfaktorer i större utsträckning. Det gäller t.ex. alkoholundervisningen i skolan och alkoholinformationen till flickor som besöker ungdomsmottagningar. För de flickor som befinner sig i riskzonen krävs därutöver extra åtgärder.

Insatserna för att kvinnan inte skall dricka alkohol under graviditeten har minskat och måste intensifieras. Erfarenheterna från projekt och reguljär verksamhet behöver sammanställas och spridas.

Behandling inom såväl öppenvård som på institutioner har inte alltid varit inriktad på att stödja, vårda och behandla kvinnor utifrån kvinnors särskilda behov. Kvinnans bakomliggande, ofta psykiska problematik och de särskilda villkor som ansvar för barn bl.a. innebär är några viktiga faktorer som måste beaktas. De erfarenheter som finns i dag från verksamheter anpassade för kvinnor är ett viktigt underlag för kompetensutvecklingen. Frågan om för- och nackdelar med institutioner för enbart kvinnor eller för både män och kvinnor kräver ytterligare belysning. För att täcka det omedelbara behovet i nuläget är det angeläget att utbudet av anpassad öppenvård, institutioner och behandlingsprogram för kvinnor ökar.

Kvinnors egna initiativ till förebyggande eller stödjande aktiviteter i nätverk och kvinnogrupper bör uppmuntras. För detta arbetssätt finns det även stöd i internationell forskning. Initiativ kan underlättas och utvecklas t.ex. med hjälp av ekonomiskt bidrag.

Ensamma äldre kvinnor med alkoholproblem är en växande grupp. Det krävs ökad uppmärksamhet på deras alkoholbruk, inte sällan i förening med bruk av psykofarmaka, och på åtgärder som kan bidra till att minska ensamhetsproblemen.

För forskning och utveckling rörande kvinnor och alkohol bör särskilda forsknings- och utvecklingsmedel reserveras. Särskilt viktigt är det att stödja forskning om tidiga insatser och utvärderingar av vård och behandling samt projekt och verksamheter som innebär förändring och förnyelse av insatser för alkoholmissbrukande kvinnor.

1 Inledning

1.1 Kommissionens direktiv

Enligt direktiven (dir. 1991:124) till Alkoholpolitiska kommissionen ingår det i kommissionens arbete att uppmärksamma de kvinnliga missbrukarna. Om kvinnornas situation och behov sägs i direktiven:

> Kvinnors missbruk är ytterligare ett problemområde som kräver särskild belysning. Dryckesmönstret för kvinnor och män har blivit alltmer likartat. Missbruket bland kvinnor har ökat. Mycket tyder på att kvinnor som missbrukar snabbare blir utslagna och att de också fortare får såväl medicinska som sociala skador av sitt missbruk. Att nå dem med stöd eller vårdinsatser på ett tidigt stadium är därför särskilt viktigt.
>
> Missbrukarvården har traditionellt utformats med utgångspunkt från männens behov. Under senare år har man blivit mer medveten om de problem som kvinnor möter i en manlig behandlingsmiljö. Fortfarande är dock kunskapen otillräcklig, framför allt kunskapen om de särskilda behov som kvinnliga missbrukare har och som kan kräva speciella behandlingsinsatser. En utveckling inom detta område skulle underlätta för kvinnor att själva söka vård.
>
> En fråga som måste uppmärksammas särskilt i detta sammanhang är gravida kvinnors alkoholvanor. Varje år föds det alltjämt ett hundratal barn med grava och bestående skador till följd av moderns missbruk. Det finns undersökningar som visar att missbrukande kvinnor föder fler barn än genomsnittet. Det förhållandet att alkoholkonsumtionen ökar bland unga kvinnor kan innebära risker för att även antalet skadade barn ökar.

1.2 Utgångspunkter

Antalet kvinnor med alkoholproblem är fortfarande väsentligt lägre än antalet män med alkoholproblem. Det finns dock, som påpekas i direktiven, anledning att uppmärksamma utvecklingen av det kvinnliga alkoholbruket och vilka förebyggande, vårdande och behandlande insatser som krävs för att bättre möta och tillgodose särskilda behov hos kvinnor med begynnande eller utvecklade alkoholproblem.

I väsentliga avseenden är orsakerna till och utvecklingen och konsekvenserna av hög konsumtion och missbruk likartade hos kvinnor och män. Forskningen om bruk och missbruk av alkohol utgår också från detta och resultat och erfarenheter redovisas med utgångspunkt från att många faktorer bakom missbruket och utvecklingen av detsamma inte är könsbundna.

Kommissionen har i detta betänkande emellertid tagit fasta på en del könsspecifika drag i kvinnors missbruk. Betänkandet utgår från redovisad

kunskap om det kvinnliga missbruket och från ett kvinnligt perspektiv. Även om många, och i en del fall flertalet, män omfattas av samma problematik som kvinnorna koncentreras intresset i detta betänkande, i enlighet med direktiven, på den kvinnliga problembilden. Jämförelser görs därför inte generellt med män eftersom avsikten varit att belysa det kvinnliga missbruket och kvinnors situation och behov oavsett om samma förhållanden råder för män.

1.3 Underlag till betänkandet

Kommissionen har konstaterat att forskningen, direkt inriktad på kvinnors konsumtion, problem och behov, är av relativt sent datum. Först i mitten på 1970-talet blev det vanligare att redovisa omfattningen av kvinnors och mäns konsumtion var för sig liksom orsakerna till och konsekvenserna av bruk och missbruk av alkohol. I vissa fall saknas fortfarande konkreta data som kan vara av betydelse för insatser, vård och behandling.

Undersökningsresultat rörande kvinnligt missbruk baseras, av naturliga skäl eftersom underlaget är litet, inte sällan på mindre studier från vilka det är svårt att dra generella slutsatser. De små urvalen med bristande representativitet bidrar till att resultat från olika studier ibland är osäkra och motsägelsefulla.

Underlaget till detta betänkande är hämtat från företrädesvis svenska och nordiska källor. Det innebär att för den intresserade är kunskapsunderlaget tillgängligt och lätt att ta del av. Flertalet referenser är artiklar i tidskrifter eller andra publikationer eller sammanställningar av t.ex. statistiska uppgifter. Kunskapssammanställningar som beskriver kvinnor och alkohol ur flera aspekter och i ett brett perspektiv saknas. I flertalet källor som varit underlag till detta betänkande finns referenser, ofta till internationell forskning. Resonemang och fakta kan således härledas dels till svensk, dels till internationell forskning och erfarenhet. Av tidsmässiga skäl har det inte varit möjligt att ingående ta del av och beskriva olika undersökningars urval, metod och resultat. Betänkandet avser mera att spegla områdets bredd än djup.

I bilagor återfinns två rapporter som på kommissionens uppdrag sammanställts av Stiftelsen Kvinnoforum samt utdrag ur en rapport utgiven av Centralförbundet för alkohol - och narkotikaupplysning (CAN). Bilaga 3 - Kvinnor och alkohol - en kunskapsöversikt - är sammanställd av Christina Andersson och bilaga 4 - Kvinnoperspektiv på alkoholproblem - av Christina Andersson, Bam Björling och Kerstin Lagerström. Utdraget i bilaga 5 - I backanternas forspår. Kvinnor, alkohol och droger - har Pia Milton som författare. Skribenterna svarar själva för innehållet i de tre rapporterna.

2 Kvinnor och alkohol

2.1 Allmänt

Kvinnors alkoholkonsumtion och konsekvenser för kvinnor av ett ökat alkoholbruk har uppmärksammats först under de senaste decennierna och i stigande grad efter hand som problemet ökat. I relation till intresset, forskningen och insatserna som ägnas bruket och missbruket av alkohol hos män är dock frågorna kring kvinnor och alkohol fortfarande eftersatta.

Alkoholbruk hos kvinnor har inte varit accepterat i vida kretsar. Långt in i vårt århundrade har kvinnligt drickande förknippats med ett fåtal utslagna, starkt alkoholiserade kvinnor utan förankring i familj eller arbete. Med motbokens avskaffande år 1955 inträdde en förändring. Bilden av kvinnors alkoholkonsumtion och kvinnors alkoholproblem har successivt ändrats sedan mitten av 1960-talet. Den högkonsumerande kvinnan i dag är inte utslagen och hemlös utan ofta en socialt fungerande person som är maka, mor och aktiv i yrkeslivet. Bilden som exponeras är dock inte ljus. Avsevärt större uppmärksamhet krävs på kvinnors ökade konsumtion och problemkomplexet bakom.

2.2 Manlig missbruksnorm

Mäns missbruk har varit och är fortfarande långt mera omfattande än kvinnors missbruk. Berusade män är ett inte ovanligt inslag i vardagsbilden och dessa män är symbolen för missbrukaren och missbrukets ansikte. Upplevelsen av missbrukande män är därmed mera påtaglig än den av missbrukande kvinnor.

Männens missbruk är genom omfattningen och berusningsbeteendet långt mer resurskrävande än kvinnornas. De stora insatser som krävs kvantitativt och kvalitativt bidrar till större intresse och ökad uppmärksamhet och angelägenhetsgrad inom forskning och utveckling. Det väsentligt större antalet manliga alkoholkonsumenter och den högre konsumtionen totalt och per capita ökar sannolikheten för att med statistiska metoder dra slutsatser om såväl omfattning som effekter av mäns konsumtion. Metodologiska problem anförs därför ibland fortfarande som skäl till att det kvinnliga missbruket i olika avseenden skattas på basis av män och redovisas som en variant av manligt missbruk (5, 33, 36, 38). Behov av forskning om kvinnor och missbruk åsidosätts ibland med hänvisning till att brister i underlag och för litet material begränsar möjligheterna. Forskningsresultat från studier av män har därigenom inte sällan generaliserats till att gälla också kvinnor och kriterier och normer som gäller för män tillskrivs också kvinnor (40). Sålunda används i en del undersökningar indikatorer på konsumtion och dryckesmönster som inte alltid återger kvinnors lägre konsumtion och annorlunda konsumtionsmönster (33). Redovisningar av

alkoholkonsumtionen, konsumtionsmönster och konsekvenser kan bli missvisande om män och kvinnor inte särredovisas och bakomliggande faktorer till konsumtionen eller utmärkande personlighetsdrag hos kvinnor inte beaktas tillräckligt.

2.2.1 Kvinnors missbruk är delvis annorlunda

Alkoholbruk och -missbruk är av tradition knutet till män och till mansrollen. Avståndstagandet till kvinnligt missbruk och viss motvilja mot att acceptera att det sedan flera decennier tillbaka är ett växande problem, har medfört att kvinnors behov och psykiska, fysiska och sociala förhållanden vid alkoholberoende inte har uppmärksammats i tillräcklig utsträckning. Kvinnors missbruk är delvis annorlunda än mäns, det inrymmer delvis andra orsaker och det får delvis andra konsekvenser. Om de skillnader som finns ej beaktas riskeras att kvinnors särskilda behov negligeras och att kunskapsutvecklingen kring hjälp, stöd och behandling försummas.

Kvinnors konsumtion och missbruk har ökat förhållandevis mera än mäns sedan slutet av 1960-talet (48). Nya grupper av kvinnor är högkonsumenter och det kvinnliga dryckesmönstret har ändrats. Förutom att bilden av kvinnligt alkoholbruk har förändrats, kompliceras den av att kvinnor i betydligt större utsträckning än män använder beroendeframkallande psykofarmaka i kombination med alkohol (52, 59). De senaste årens allt starkare krav från kvinnorörelsen och kvinnoorganisationer har bidragit till ökad uppmärksamhet på förhållanden som rör kvinnors hälsa, inklusive alkoholproblem (61). Kvinnors särskilda problem och behov har framförts i medier och debatt och den ökade kunskapen om kvinnlig problematik har också ökat intresset för kvinnors alkoholbruk inom verksamheter och forskning.

2.3 Forskning, utveckling och verksamhet

Trots att alkoholkonsumtionen hos kvinnor varit ett växande problem under minst 30 år är forskningsaktiviteter och statlig och kommunal uppmärksamhet på området av relativt sent datum. Svenska och internationella forskningsresultat dateras främst till början och mitten av 1980-talet och med ett därefter tilltagande antal undersökningar och projekt. Även statliga och kommunala myndigheters intresse har väckts under 1980-talet. Gemensamt har praktisk erfarenhet och forskning visat att missbrukande män inte kan tjäna som norm för missbrukande kvinnor. Därmed ökar utsikterna för ett bättre förebyggande och behandlande arbete för kvinnor.

2.3.1 Forskning, utveckling

Forskningen om kvinnligt missbruk har främst uppehållit sig vid orsaker till missbruk, rollkonflikter, "dold" alkoholism och skador av alkohol. Mera

sällan redovisas stöd- och hjälpinsatser eller resultat av olika behandlingsformer. Ett undantag utgör EWA-enheten, Magnus Huss klinik, Karolinska sjukhuset, som regelbundet under de drygt tio år den funnits, redovisat sitt arbete i ett flertal rapporter. EWA-enheten har genom dokumentation, publicering av erfarenheter, uppmärksamhet i medier m.m. i hög grad bidragit till att fokusera orsaker till och omfattning och konsekvenser av kvinnors alkoholkonsumtion. Alkoholkliniken vid Malmö Allmänna Sjukhus och Stiftelsen Kvinnoforum i Stockholm är andra exempel på verksamheter/-institutioner som har bidragit till kunskapsförmedlingen med egna undersökningar och sammanställningar av svenska och internationella forskningsresultat. En större undersökning om omfattningen av kvinnlig alkoholism, konsumtionsmönster m.m. pågår för närvarande vid Psykiatriska kliniken, Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Forskningsprojekt kring gravida kvinnors alkoholbruk och alkoholens fosterskadande effekter fick stort genomslag i början på 1980-talet, särskilt genom insatser vid Östra sjukhuset i Göteborg och vid Familjesociala mottagningen, Huddinge sjukhus. De undersökningar om skolelevers drogvanor och de ungdomsundersökningar som Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) respektive SIFO gör årligen eller med visst intervall är goda exempel på att alkoholvanor hos flickor/kvinnor och pojkar/-män kan och bör redovisas var för sig (42).

Utvärderingar och effektstudier av vård och behandling har oftast inte gjort åtskillnad mellan män och kvinnor. De alkoholberoende kvinnorna inom vården var tidigare få och med speciella problem. Mönstret har emellertid ändrats och ämnesområdet är nu särdeles aktuellt eftersom senare studier och erfarenhet visar kvinnors benägenhet att söka vård. Den rådande uppfattningen har varit att kvinnor med tidiga alkoholproblem varit svåra att nå och motivera för vård och behandling. De har bl.a. på grund av skuld- och skamkänslor dragit sig för att söka traditionell alkoholvård eftersom den inte attraherat kvinnor. De har i stället sökt lösning på sina problem inom sjukvården men i allmänhet för andra problem än alkoholproblemet. Detta har lett till uppfattningen att kvinnor är mindre behandlingsmotiverade än män (50). Med attraktiva alternativ för vård och behandling av kvinnor och större frimodighet och ett växande hälsomedvetande hos framför allt yngre kvinnor, har såväl inställningen till vård och behandling som möjligheterna för insatser förändrats. Aktuella svenska och internationella undersökningar bekräftar att kvinnor söker vård i tidiga skeden och att de kanske också gör det i större utsträckning än män (54, 59). En expertgrupp för missbrukarvård vid Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS), Socialstyrelsen, har i en kunskapsöversikt sammanställt behandlingseffekter inom alkoholvården. Ett särskilt avsnitt i rapporten behandlar kvinnor och alkoholmissbruk (10, 59).

Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR) säger i sin redovisning av tre års arbete (1990–1993) bl.a. att det av SFR prioriterade området missbruksforskning har svårt att etablera sig vid universiteten. Det är enligt redovisningen fortfarande ett nytt forskningsfält. Av rådets forskningsmedel har 8 procent anslagits till missbruksforskning. Till detta kommer vissa medel för folkhälso-

forskning men med stark koppling till missbruksforskning. Forskningsmedlen går dels till samhällsvetenskapliga, dels till medicinska fakulteter. För närvarande är inte något av forskningsprojekten direkt inriktat på kvinnor och alkohol (25).

Medicinska forskningsrådet har inte, enligt uppgift, anslagit forskningsmedel till något projekt som direkt rör kvinnor och missbruk.

Forskningsrådsnämnden, som bl.a. fördelar anslag till kvinno- och jämställdhetsforskningen har beviljat projektbidrag till dels ett projekt om kvinnors arbete och alkoholkonsumtion, dels ett projekt om identifikation av alkoholproblem hos kvinnor med hjälp av kvinnoanpassat frågeformulär.

2.3.2 Staten

Alkoholpolitiska kommissionen skall enligt direktiven (dir. 1991:124) särskilt uppmärksamma det ökade missbruket bland kvinnor, kvinnors medicinska och sociala skador samt stöd- och behandlingsinsatser. Kommissionen skall vidare ägna särskilt intresse åt gravida kvinnors missbruk och de konsekvenser alkoholbruket medför för fostret.

Regeringens proposition 1989/90:90 om forskning framhåller behovet av ökat stöd till kvinno- och jämställdhetsforskning. Propositionen betonar jämställdhetsforskningen och den sneda makt- och arbetsfördelningen mellan könen mera än kvinnoforskningen, dvs. forskning med ett kvinnoperspektiv (41). I ett alkoholsammanhang är båda perspektiven angelägna. Betydelsen av ojämlikhet i arbets- och familjeliv, rollkonflikter, attityder till kvinnor etc. diskuteras i samband med kvinnors alkoholkonsumtion och är viktig att belysa (6).

Socialberedningens betänkande Missbrukarna, socialtjänsten, tvånget (SOU 1987:22), är en genomlysning av lagstiftningen och vården av missbrukare. Kvinnliga alkoholmissbrukare särskiljes endast undantagsvis i de statistiska sammanställningar och undersökningar som redovisas. Betänkandets förhärskande inställning är att manligt och kvinnligt alkoholmissbruk inte skiljer sig nämnvärt beträffande orsaker eller behov av insatser. Ett avsnitt i betänkandet behandlar kvinnliga alkoholmissbrukare (s. 144) och ger en kvinnocentrerad belysning (50).

I betänkandet Tvångsvård i socialtjänsten - ansvar och innehåll (SOU 1992:18), betänkande av IUM-utredningen om tvångsinstitutioner inom socialtjänsten ägnas ej särskilt utrymme åt kvinnors behov i utredning och behandling. Kvinnliga missbrukare nämns endast som differentieringsgrund i uttalanden om att det är av intresse att "få kunskap om effekterna av differentiering av institutionerna med avseende på klientkategorier" (51).

I Socialutskottets betänkande 1992/93:SoU 17, Alkoholpolitiken, behandlas nära 70 motionsyrkanden om olika alkoholfrågor från den allmänna motionstiden år 1993. En av dessa motioner rör behovet av informationsinsatser för att förebygga drogberoende hos kvinnor. Två motioner rör gravida kvinnor. Den ena beskriver behovet av ökade informationsinsatser för målgruppen om alkoholens skadeverkningar på fostret. Den andra motionen uttrycker önskan

att det s.k. FA-projektet (Föräldrar och Alkohol), som drevs under 1980-talet inom mödra- och barnhälsovård, åter skall aktualiseras. Samtliga tre motionärer är kvinnor. Socialutskottet understryker vikten av information men avslog motionerna med hänvisning till pågående arbete inom Folkhälsoinstitutet och Alkoholpolitiska kommissionen (3).

Socialstyrelsen har under hösten 1993 publicerat två skrifter om alkohol, graviditet och fosterskador. Den ena, Drogmissbruk och föräldraskap, är en sammanställning av en enkätundersökning våren 1992 om kommunernas och mödra- och barnhälsovårdens insatser för gravida och nyblivna föräldrar för att förhindra eller minska drogmissbruk (26). Den andra, Alkohol och narkotika under graviditet Vilka är riskerna för barnet? är en kunskapsöversikt över sambanden mellan alkohol och narkotika under graviditeten och effekterna på barnet (2).

2.3.3 Landstingen

Hälso- och sjukvårdens möjligheter i förebyggande och behandlande arbete för kvinnliga alkoholmissbrukare är unika. Dels är kvinnor en specifik målgrupp inom mödravården, dels söker kvinnor medicinsk hjälp inom primärvård och inom olika specialiteter i högre grad än män. Landstingen har genom sina många kontaktytor och sina kunskaper om hälsa och ohälsa ett särskilt ansvar att bidra till en god hälsoutveckling. I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) åläggs också sjukvårdshuvudmannen ett särskilt ansvar för att förebygga ohälsa och upplysa om metoder som förhindrar skador och sjukdom.

Från flera undersökningar är det känt att kvinnors alkoholproblem oftast är en del i ett komplext medicinskt sammanhang. Svenska och internationella studier visar att många kvinnor är stora vårdkonsumenter inom framför allt allmänmedicin och psykiatri (19, 56, 59). Kvinnor söker läkare för fysiska eller psykiska symptom som huvudvärk, sömnsvårigheter, magont, gynekologiska problem eller ångest. Det fysiska eller psykiska tillståndets eventuella samband med hög alkoholkonsumtion berörs sällan vid samtalet, vare sig av läkaren eller kvinnan. Det kan därför dröja länge innan alkoholproblem upptäcks eller kvinnan själv tar mod till sig och söker för dem. Resultat från studier inom primärvården visar att det finns stora möjligheter att identifiera de som är i riskzonen (44) genom större uppmärksamhet på att alkoholkonsumtionen kan vara ensam eller bidragande orsak till de fysiska eller psykiska sjukdomstillstånden. Ännu är alltför få läkare intresserade av att diskutera alkoholkonsumtionen med vare sig kvinnor eller män eller att som rutin ta alkoholanamnes. Lugnande medel skrivs t.ex. ut vid ångest och depression trots att sjukdomstillståndet kan vara alkoholrelaterat och förskrivningen därmed medföra ytterligare ett beroende (6, 52).

Goda resultat för målgruppen gravida nådde Landstingsförbundet i samarbete med Socialstyrelsen i det s.k. FA-projektet (Föräldrar och Alkohol). Detta projekt och andra satsningar på kunskapsförmedling, information och upplysning om alkohol och graviditet under 1980-talet fick stort genomslag.

Kunskapsläget höjdes avsevärt hos såväl professionella som allmänhet och budskapet att kvinnor inte skulle dricka alkohol under graviditeten var allmänt spritt. En intensiv mediebevakning, tydliga presentationer av forskningsresultat om fosterskador hos barn och ett starkt stöd från beslutsfattare bidrog till genomslaget. Kunskapen lever kvar men omsätts inte på samma aktiva sätt som tidigare av professionella (16, 26).

2.3.4 Kommunerna

Individ- och familjeomsorgen, alkoholmottagningar, rådgivningsbyråer, behandlingshem, boendeformer med särskilda stödinsatser, stöd- och kontaktpersoner eller grupper för stöd och hjälp är några exempel på verksamheter och insatser inom socialtjänsten som är ägnade att stödja, hjälpa och behandla alkoholmissbrukare. I socialtjänstens ansvar ligger också information och upplysning om bl.a. alkohol, framför allt till barn och ungdom i skolor och ungdomsverksamheter m.m.

Hittills har det endast undantagsvis funnits särskilda resurser för kvinnliga missbrukare i kommunerna. I takt med ökad kunskap om problemets vidd och som en följd av nya arbetsmetoder och förändringar av missbruksarbetet, har kvinnorna och deras behov uppmärksammats mera. Delvis beror det på att antalet kvinnor som högkonsumerar eller missbrukar har ökat men det är också en reaktion på att vård och behandling av kvinnors missbruk ej tillräckligt beaktat att problematiken bakom missbruket kan vara olika för män och kvinnor. Särskild kompetens, särskilda kvinnomottagningar eller tider reserverade för kvinnor på alkoholmottagningarna motsvarar en önskan och strävan att tillgodose behov hos och motsvara önskemål från kvinnor. Kvinnogrupper i öppenvård, behandlingshem för kvinnor eller avskilda enheter och kvinnoprogram på blandade institutioner är andra initiativ som underlättar för en del att söka vård och genomgå behandling.

Ideologi, synsätt och tradition i kommunerna påverkar missbrukarvården liksom att kommunens ekonomi inverkar på vilka vårdinsatser som erbjuds. Flera faktorer bidrar till olika utbud och anpassning i olika kommuner (48).

På flera håll i landet finns verksamheter för gravida missbrukare där de kan bo under graviditeten och tiden efter förlossningen. Resultaten har genomgående varit mycket positiva. Den unga kvinnan får inte bara hjälp med sina missbruksproblem utan också viktig och nödvändig introduktion i föräldraskapet. Om bristande ekonomiska resurser leder till mindre efterfrågan på platser finns det risk för nedläggning av dessa hem.

De viktiga målgrupperna gravida missbrukare och nyblivna, missbrukande föräldrar erbjuds inte riktade insatser i någon större omfattning enligt Socialstyrelsens enkätundersökning år 1992, redovisad i Drogmissbruk och föräldraskap. Bristande ekonomiska resurser, lägre prioritering av förebyggande verksamhet, bristande metoder och bristande insikt om "dold" konsumtions konsekvenser är, enligt undersökningen, några tänkbara orsaker till att insatser inte erbjuds (26).

Kommunala alkoholpolitiska program, där kvinnors särskilda behov lyfts fram, kan medverka till ökad uppmärksamhet på förebyggande arbete för och vård och behandling av kvinnor.

2.3.5 Frivilligorganisationerna

Den sociala frivilligsektorn spelar en viktig roll i missbrukararbetet, inte minst för kvinnorna. Behovet av insatser för kvinnor har i många kommuner synliggjorts av ideella organisationer. Från det att fokus tidigare tämligen ensidigt riktats mot missbrukande män har kretsen av de som får hjälp och stöd vidgats. Missbrukande kvinnor är en målgrupp men även anhörigverksamhet och barnverksamheter har i flera fall sitt ursprung inom organisationer eller verksamheter med humanitär inriktning, välgörenhet eller filantropi som grund (53).

Stadsmissionen har länge engagerat sig i missbrukande kvinnors villkor och situation. Arbetet har uppmärksammats inte minst i de större städerna genom insatserna för de kvinnor som har de svåraste förhållandena och de sämsta förutsättningarna att rehabiliteras. För dessa kvinnor är Stadsmissionens verksamhet många gånger den enda som står till buds och också den som kommunen använder sig av.

På flera orter arbetar Stadsmissionen ensam eller i samarbete med kommunen med behandlingsprogram för kvinnor. Halvvägshus efter genomgånget program är en stödinsats som bl.a. Stadsmissionen erbjuder på en del håll för att ge hjälp, bl.a. med boendet, under den tid som krävs för att få ordning på tillvaron.

Frälsningsarmén och LP-stiftelsen är andra exempel på frivilligorganisationer på kristlig grund som på olika sätt uppmärksammar missbrukande kvinnor. Andra organisationer som Kvinnoorganisationernas samarbetsråd i alkohol- och narkotikafrågor (KSAN) och RIA – DKSN (Rådgivning I Alkoholfrågor – De Kristna Samfundens Nykterhetsrörelse) arbetar med information till flickor/kvinnor och förebyggande verksamhet i kvinnogrupper m.m. ALRO (Alkoholproblematikers riksorganisation) vänder sig i en nystartad verksamhet – ALRO:ina – särskilt till kvinnor med beroendeproblematik och till kvinnor som vill stödja verksamheten.

Anonyma Alkoholister finns representerade i de flesta kommuner i landet. Kvinnor söker sig till dessa grupper i allt större utsträckning och antalet kvinnor ökar på de AA närstående rådgivningsbyråerna. Anonymiteten underlättar rekryteringen. Kvinnliga länkföreningar och andra sammanslutningar arbetar på samma sätt med anonymitet, gemenskap och strävan efter kompensatoriska värden.

3 Omfattning

Uppgifterna om omfattningen av alkoholkonsumtionen är osäkra för såväl män som kvinnor. Även om inte försäljningsstatistiken, som enbart beskriver den försålda alkoholen, rättvist belyser konsumtionen, är den ett mått på förändringar avseende konsumtionsmängd och konsumtionsmönster.

Den totala alkoholkonsumtionen, baserad på försäljningsstatistiken, steg kraftigt fram till år 1976 för att därefter sjunka med drygt 20 procent under åren fram till 1984. Efter år 1986 har det åter skett en ökning av konsumtionen, dock utan att den nått upp till samma nivå som i början av 1970-talet. Konsumtionsökningen under slutet av 1960-talet och början av 1970-talet tillskrivs enligt flera undersökningar en ökning av andelen kvinnliga alkoholkonsumenter. Särskilt gällde detta unga kvinnor. Kvinnornas konsumtion och konsumtionsmönster har markant förändrats under relativt kort tid (42, 48, 50).

3.1 Något om definitionsproblem

En diskussion om och redovisning av omfattningen av alkoholkonsumtionen försvåras av mängden begrepp och definitioner, grundade i medicinsk eller social tradition. Högkonsumtion, missbruk och alkoholberoende används ibland för att ange skilda konsumtionsnivåer, ibland som synonyma begrepp. Begreppen används också för att socialt beskriva konsumenten. Högkonsument kan t.ex. användas för den som har en bibehållen social situation och ett socialt skyddsnät medan missbrukare anger att det handlar om en som lever under sämre omständigheter och kanske är utslagen. Distinktionen gör en social åtskillnad (39) men begreppen kan vara synonyma när det gäller konsumtionsmängd och de följder konsumtionen kan få i alkoholrelaterade skador. Viss skillnad i användningen av de olika begreppen finns mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. Inom socialtjänsten används missbruk som beteckning för både hög konsumtion och alkoholberoende medan hälso- och sjukvården nyanserar beteckningarna utifrån diagnossystem (10).

Ibland används alkoholproblem som ett överordnat begrepp, liksom problemdrickare. Benämningarna anger vare sig graden eller arten av konsumtionen. Stor-, medel- och normalkonsumtion anges som mått på konsumtionen i en del studier med varianterna missbrukare, högkonsument, måttlighetskonsument i en annan källa (1). I ett sammanhang betecknar storkonsument detsamma som högkonsument eller missbrukare, i ett annat avses kraftig berusning vid ett tillfälle med akut berusningsbeteende. I en översikt över alkohol och fosterskador (2) delas konsumtionsmönstren in i tre grupper: tung alkoholkonsumtion, måttlig konsumtion och berusningsdrickande. Den lägre gränsen för måttlig konsumtion (10–12 g ren alkohol, motsvarande drygt 3 cl sprit eller 1–1,5 glas

lättvin per dag) i denna källa motsvarar storkonsument i en annan källa. Till de nämnda begreppen kan fogas benämningen alkoholist som likaledes har något olika innebörd inom socialtjänst och hälso- och sjukvård.

3.1.1 Olika definitioner

Att begreppen definieras olika kan leda till missförstånd. I socialberedningens betänkande Missbrukarna Socialtjänsten Tvånget uppskattas, mot bakgrund av ett antal undersökningar, andelen missbrukare i den *manliga* befolkningen till 10 procent (50). En rapport från Svenska Läkaresällskapets sektion för alkohol och narkotikafrågor anger att två till tre procent av befolkningen (*män och kvinnor*) är att betrakta som alkoholmissbrukare. Ytterligare två till tre procent är alkoholberoende och ca 10 procent har en så hög alkoholkonsumtion att de befinner sig i riskzonen för att utveckla alkoholrelaterade problem (1). Även om andelen som dricker för mycket överensstämmer i de två källorna är det förvirrande då den ena anger 10 procent missbrukare och den andra 2–3 procent.

Utanför den vetenskapliga och insatta kretsen tolkas begreppen delvis olika för kvinnor och för män. Kvinnors reaktioner och beteende i samband med alkohol definieras t.ex. inte sällan annorlunda än mäns. Berusningsbeteende är vanligare hos män och accepteras eller tolereras som en följd av detta lättare för män. Kvinnor döms hårdare, både av kvinnor och män, och de definieras snabbare som missbrukare eller alkoholist om de visar berusningsbeteende (40). Lägre toleransnivå för alkohol hos kvinnor, beroende bl.a. på kroppsvolym, fettvävnad och procentandel vatten i kroppen, gör att kvinnor uppnår samma promillehalt som män vid lägre förbrukning. En kvinna kan därför bete sig som en "alkoholist" och en man som en måttlighetskonsument efter samma konsumtion. En annan konsekvens av definitionsproblemen är att det fortfarande görs undersökningar som baseras på en totalpopulation alkoholkonsumenter med identisk definition för kvinnlig och manlig konsumtion (33). Skattningar av kvinnliga förhållanden görs likaledes fortfarande ibland utifrån värden för män (38).

3.1.2 Konsumtionsmått

Systembolagets "Testaren" anger att en veckokonsumtion mellan 30 cl och 55 cl sprit (1,5 respektive 2,5 flaskor lättvin) innebär risk för kvinnor. Särskild uppmärksamhet krävs om kvinnan ligger nära den övre gränsen. Vid en konsumtion upp till 95 cl sprit (4,5 flaskor lättvin) i veckan är faran för vanebildning och skador på inre organ och nervsystem stor. För män anger "Testaren" att 40–75 cl sprit i veckan (2 till 3,5 flaskor lättvin) innebär risk.

CUS:s expertgrupp för missbruksfrågor definierar gränsen för högkonsumtion för kvinnor till 210 gram alkohol/vecka (ca 65 cl sprit eller tre flaskor lättvin i veckan). För män är gränsen 280 gram alkohol/vecka (ca 85 cl sprit eller drygt fyra flaskor lättvin). Enligt expertgruppen ligger dessa nivåer till grund för s.k. sekundärpreventiva åtgärder (10).

Några studier definierar andra nivåer för högkonsumtion hos kvinnor. En pågående studie i Göteborg anger gränsen för högkonsumtion hos kvinnor till 175 gram alkohol/vecka dvs. motsvarande "Testarens" ca 55 cl eller något mindre än tre flaskor lättvin i veckan (54).

I Socialstyrelsens skrift om alkohol under graviditet anges som tung alkoholkonsumtion 140 gram/vecka, motsvarande ca 40 cl sprit eller något mer än två flaskor lättvin i veckan. Med måttligt alkoholbruk menas regelbunden konsumtion av upp till två flaskor lättvin i veckan (2).

3.2 Kvinnors och mäns konsumtion

Ökningen av antalet problemdrickande kvinnor har samband med den totala ökningen av kvinnors konsumtion. Konsumtionsundersökningar bland den svenska befolkningen visar att andelen alkoholkonsumenter bland kvinnorna ökade med 10 procentenheter mellan åren 1968 och 1980 medan andelen bland män ökade med några få procent. Ur denna ökning rekryteras ett antal högkonsumenter. Kvinnorna svarade år 1968 för 20 procent av den totala konsumtionen mot 30 procent år 1980. Den största relativa ökningen svarar unga kvinnor för (32, 36, 48).

För både kvinnliga och manliga alkoholkonsumenter gäller att förhållandevis få kvinnor och män svarar för en stor del av konsumtionen. Bland kvinnorna svarar ca 10 procent för 50 procent av kvinnornas totala konsumtion medan 10 procent av männen svarar för 40 procent av männens totala konsumtion (50). När det gäller mängden alkohol som konsumeras finns dels uppgifter om att männens konsumtion är dubbelt så hög som kvinnornas, dels uppgifter om att skillnaden numera är något mindre. År 1992 drack männen 36 cl i genomsnitt per vecka och kvinnorna 18 cl (40-procentig alkohol). Mäns och kvinnors konsumtion har förändrats något genom att männen minskat (40 cl 1989) och kvinnorna ökat sin konsumtion (16 cl 1989) (42). Skillnaderna mellan männens och kvinnornas konsumtion har dock varierat mellan åren i ett tioårsperspektiv och om den senaste uppgiften är början på en trend går inte att förutsäga.

På högstadiet har pojkar, enligt skolundersökningarna, haft dubbelt så hög konsumtion som flickorna fram till de två senaste åren då pojkarnas konsumtionsmängd ökat något medan flickornas är oförändrad (4). Också bland de äldre ungdomarna, 20–24 år, är pojkarnas konsumtion dubbelt så hög som flickornas. Flickornas konsumtion ökade något under de senare åren på 1980-talet medan pojkarnas minskade (42). Trots denna förändring är pojkarnas konsumtion fortfarande avsevärt större än flickornas beroende på att utgångsläget för pojkarna var att de under början av 1980-talet hade tre gånger så hög konsumtion som flickorna. Åldersgruppen 20–24 år visar en viss tendens till minskade skillnader mellan könen i likhet med kvinnornas och männens konsumtionsmönster men det är osäkert om utvecklingen fortsätter i samma riktning.

Berusningsdrickande är nästan lika vanligt bland flickor som pojkar i årskurs 9. Andelen flickor som i skolundersökningen år 1992 uppgav att de känt sig berusade varje eller nästan varje gång de druckit alkohol var 34 procent (pojkar: 40 procent) (4, 42). Enligt en nordisk undersökning uppvisar kvinnor i 20–29 årsåldern, framför allt i Norge och Sverige, ett maskulint dryckesmönster som innebär ganska hög berusningsfrekvens (28). I det kvinnliga dryckesmönstret ingår traditionellt inte berusning vilket förklarats med att kvinnan kontrolleras socialt och att både hon själv känner och av omgivningen förväntas ta ansvar för hem och familj.

Antalet kvinnor som omhändertagits för fylleri har alltid kraftigt understigit antalet män och minskat under en tioårsperiod. År 1992 var antalet kvinnliga fyllerister 1,2 per 1000 invånare. Omhändertaganden av män har också sjunkit under samma period. År 1992 omhändertogs 14,8 män per 1000 invånare (42).

En rikstäckande uppföljning av tillämpningen av Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) visar att andelen kvinnor som anmäls till länsstyrelserna i genomsnitt i landet är 24 procent, dvs. en kvinna på fyra män. Det finns dock stora variationer mellan länen. Bland omedelbart omhändertagna enligt 13 § LVM är andelen kvinnor 29 procent. Den "överrepresentation" detta innebär förklaras med att kvinnor inte sällan lever i för dem farliga och destruktiva miljöer och att det därför krävs omedelbara insatser i större utsträckning (34).

Männens konsumtion domineras av starksprit. För kvinnor domineras konsumtionen av lättvin även om starköl under senare år fått en mer framskjuten plats hos yngre kvinnor (42).

För både män och kvinnor gäller att andelen storkonsumenter är störst i storstäderna. Den högsta kvinnliga konsumtionen av alkohol har, enligt flera studier, yngre, ensamstående storstadskvinnor med god utbildning och ekonomi. Kvinnors ekonomiska resurser är i hög grad avgörande för hur ofta de dricker alkohol. Hög inkomst är i allmänhet relaterad till högre konsumtion. Undersökningarna av alkoholvanor visar dock stora skillnader mellan yrkesgrupper, åldrar, socioekonomiska förhållanden och geografiska områden. Undersökningsresultaten är svåra att jämföra och slutsatser om alkoholvanorna hos kvinnor i olika åldrar eller med olika levnadsförhållanden är därför osäkra (6, 32).

Antalet kvinnor som är högkonsumenter av alkohol uppskattas i olika källor till mellan 60 000 och 100 000. Det innebär vid en jämförelse med antalet missbrukande män att en kvinna på fyra till fem män dricker mycket alkohol. År 1955 var förhållandet en kvinnlig alkoholmissbrukare på 50 missbrukande män (17). Uppskattningen av antal kvinnor som är högkonsumenter är mot bakgrund av de olika mätmetoderna i undersökningarna att betrakta som grova.

3.3 Konsumtion och missbruk i några undersökningar

De olika uppgifter om kvinnors konsumtion som presenterats i svenska och nordiska undersökningar under de senaste decennierna bekräftar osäkerheten om kvinnors konsumtion. Andelen högkonsumerande kvinnor är i flertalet studier i den allmänna populationen mellan tre och sex procent. Undersökningar i särskilda grupper visar såväl högre som lägre andel högkonsumerande kvinnor.

Olika undersökningar har olika definition på konsumtionsmängd, de utgår från olika urval och de tillämpar olika undersökningsmetod. Var för sig ger de värdefull information om kvinnlig konsumtion men de kan svårligen jämföras med varandra. Undersökningsresultaten återfinns dock i olika sammanhang. De presenteras t.ex. i medier och jämförelser görs utan att metod och urval alltid anges. Presentationen här tjänar främst syftet att visa svårigheterna när det gäller att dra slutsatser om kvinnors, lika väl som om mäns, konsumtion.

Från undersökningsresultaten kan det emellertid fastslås att en förändring av den kvinnliga konsumtionen inträdde under 1960-talet. Tidigare undersökningar visar lägre andel kvinnliga problemdrickare.

I en intervjuundersökning år 1972, omfattande hela befolkningen i ett tätortsområde (Lundbystudien) diagnostiserades 0,3 procent av kvinnorna som alkoholister att jämföra med 9,5 procent av männen (60).

Mer än 2 200 kvinnor och män från stads- och tätortsmiljö i Stockholms län, ingick i en undersökning i början på 1970-talet (Halldin J, Karolinska institutet 1984). 1,4 procent av kvinnorna diagnostiserades som alkoholister, 3,3 procent av kvinnorna hade hög alkoholkonsumtion och 0,5 procent hade mycket hög (19).

En nordisk studie år 1979 omfattande Finland, Island, Norge och Sverige (Järvinen M, Olafsdottir H) omfattande ett urval kvinnor 20 till 69 år, visade smärre skillnader i konsumtionsmängd och konsumtionsmönster hos kvinnorna i de olika länderna. I studien konstaterades generellt att kvinnorna i de nordiska länderna var lågkonsumerande och att det var stora skillnader i konsumtionen mellan generationerna. De yngre kvinnorna konsumerade avsevärt mera än de äldre (28).

En studie vid fem primärvårdsmottagningar i Värmland i mitten på 1980-talet (Persson J, Magnusson P-H) visade att fyra procent av de kvinnliga patienterna var högkonsumenter/missbrukare av alkohol (17 procent av männen). Av de kvinnliga högkonsumenterna bedömdes 82 procent ha problem som kunde relateras till alkohol (8).

År 1983 undersöktes alkoholvanorna hos 42-åriga kvinnor och män i Malmö (Österling A, Nilsson L-H, Berglund M, Moberg A-L, Kristenson H). Resultaten visade att 4,6 procent av kvinnorna och 15,5 procent av männen hade alkoholproblem (60).

I en studie (Lentz W, 1985) bland yrkesarbetande antogs ca tre procent av kvinnorna ha alkoholproblem. En slutsats var att om företagshälsovården finns nära arbetsplatsen eller har nära kontakt med de yrkesarbetande ökar utsikterna för att problemdrickare skall ta en tidig kontakt (6).

En enkät till kvinnor och män på sju arbetsplatser inom Östergötlands läns landsting (Lindén – Boström M, 1990) visade att alkoholkonsumtionen var högst hos dem som hade enformiga arbeten och lågt självbestämmande. Eftersom kvinnor ofta återfinns i denna typ av arbete dras i undersökningen slutsatsen att kvinnor är och kommer att vara en stor riskgrupp.

Enligt enkätsvaren var 11 procent av de tillfrågade landstingsanställda männen och kvinnorna högkonsumenter. Flertalet var biträdespersonal och lägre tjänstemän och oftast kvinnor (37).

En pågående undersökning av kvinnligt alkoholbruk inom ett sjukvårdsdistrikt i Göteborg (Spak F, Hällström T) anger att 1,3 procent av kvinnorna är alkoholberoende eller missbrukare och 7 procent högkonsumenter (54).

I en rapport till Alkoholpolitiska kommissionen (Kühlhorn E, 1993) sammanfattas resultat från 17 svenska undersökningar om alkoholkonsumtion. 10 av undersökningarna redovisar att andelen kvinnliga storkonsumenter är under tre procent (män: tre undersökningar anger andelen tre procent). I tre av de 17 undersökningarna uppgår andelen storkonsumerande kvinnor till 10 procent eller mera (män: likaledes tre undersökningar anger andelen till 10 procent eller mera). Extremvärdena representeras av särskilda grupper och är således inte representativa för befolkningen (33).

4 Konsumtionsmönster hos kvinnor

4.1 Historia och tradition

I Women Alcohol and Drugs (28) beskriver Karen Salmose kvinnors användning av alkohol i det förindustriella Stockholm.

Trots att alkohol funnits med som en faktor i människors liv i ett långt historiskt perspektiv är kunskapen om människors dryckesvanor under tidigare århundraden begränsad. Dokumentationen är fylligast kring männens förhållanden. Litteratur, officiella dokument och muntlig tradition ger en tämligen god uppfattning om mäns dryckesvanor medan det är svårt att finna källor som beskriver kvinnors förhållande till alkohol. Spriten, hembränningen, krogarna och ölet var dock praktiskt, socialt och medicinskt betydelsefulla realiteter för kvinnan i det förindustriella samhället.

Många kvinnor fick utstå lidande som en följd av männens missbruk: fattigdom, misshandel, hårt arbete etc. Men brännvinet kunde också tjäna som smärtlindrare, tröstare och värmekälla för kvinnorna. Merparten av kvinnorna i det förindustriella samhället hade en mycket restriktiv hållning till alkohol. Ansvaret de kände, och i många fall tvingades ta ensamma, för barn och familj och det samtidiga kravet på dem att bidra till eller kanske ensamma svara för familjens och främst barnens uppehälle, krävde nykterhet. Restriktiviteten med alkohol hos kvinnor med barn bekräftas av uppgifter om vilka kvinnor som omhändertogs för fylleri i Stockholm under senare delen av 1800-talet. Av 54 omhändertagna kvinnor var 43 ogifta, 15 av dessa var prostituerade, många var äldre och flertalet hemlösa.

I det borgerliga ideal, som blev mönsterbildande i början av 1900-talet, ingick inte att kvinnor drack sprit. Idealbilden av kvinnan i den ansvarsfulla rollen som maka och mor, bidrog till att ytterligare förstärka kravet på att i vart fall kvinnor i bättre kretsar avhöll sig helt från alkohol. Kaffet, som till en början var en lyxvara, förbehållen de bäst ställda, blev efter hand drycken på modet. Kaffet blev kvinnornas dryck för njutning medan männen gärna för samma njutning blandade brännvin i sitt kaffe (28).

Synsättet präglade starkt tiden fram till motbokens avskaffande år 1955, understött av att alla kvinnor fram till dess inte hade rätt till egen ranson. Ensamstående kvinnor med god vandel kunde, efter ansökan, få inköpsrätt men med betydligt lägre tilldelning än män. Att kvinnor fick så mycket mindre ranson eller inte fick någon tilldelning alls, motiverades med att kvinnor behövde alkohol endast för medicinskt bruk (6).

Förändringen mot i första hand konsumtion och i andra hand stigande sådan,

inträdde långsamt efter motbokens slopande. Den nådde en kulmen i mitten på 1970-talet. Därefter planade ökningen av kvinnors konsumtion ut för att under de senaste åren åter visa en svag stegring (42, 50).

4.2 Kvinnliga dryckesmönster

Den dramatiska förändringen i kvinnors alkoholkonsumtion och konsumtionsmönster ligger framför allt i *att* kvinnor dricker alkohol – även i vardagliga sammanhang. Yngre kvinnor har svårt att förstå att detta för ett halvt sekel sedan var totalt främmande och ansågs anstötligt i vida kretsar. Vinet har fört med sig ett nytt dryckesmönster, ett vanemässigt drickande och ett accepterat kvinnligt alkoholbruk.

Den vanligaste förklaringen till att kvinnors och mäns alkoholbruk närmat sig varandra är kvinnors förändrade livssituation. Kvinnors ökade alkoholbruk har setts som en emancipatorisk strategi, ett uttryck för kvinnors frigörelse och strävan efter samma rättigheter som män. Med detta synsätt kan dryckesbeteenden som följer ett traditionellt kvinnligt mönster, knutet till könsrollen och till det av tradition accepterade beteendet, ifrågasättas. Det traditionella mönstret förkastas, särskilt av yngre kvinnor och ofta i samband med inträdet på arbetsmarknaden. Arbetslivet och dess krav är i sig, enligt mångas mening, inte orsak till högre konsumtion utan fastmer den samhälleliga position som yrkesarbetet medför för kvinnorna (40). Om det kvinnliga dryckesmönstret förknippas med synen på kvinnan som en svagare part blir det en utmaning att anta det manliga mönstret. I synnerhet gäller det i yrkeslivet, som styrs och domineras av män och som baseras på manliga normer. Detta bekräftas av en del studier som visar att kvinnor inom mansdominerade yrkesområden dricker alkohol oftare än kvinnor inom kvinnodominerade yrkesområden (6, 40). Uppgiften är dock inte entydig. Den tidigare nämnda undersökningen bland landstingsanställda (37) visade att kvinnorna hade hög alkoholkonsumtion trots att de arbetade i ett kvinnodominerat yrkesområde. Det avgörande var att de saknade inflytande och hade ett enformigt arbete.

I den nordiska (Finland, Island, Norge, Sverige) alkoholenkätundersökningen år 1979 (kvinnor 20 till 69 år) fann Järvinen och Olafsdottir att kvinnorna i undersökningen representerade fyra olika dryckesmönster. *Helnykterhet* var vanligast i de äldre åldersgrupperna liksom ett *traditionellt feminint dryckesmönster* med låg årskonsumtion av vin och sprit – aldrig öl – några gånger under året. *Det nya feminina mönstret* innebär att kvinnan dricker oftare och större mängd varje gång. Årskonsumtionen är därmed högre. Hon dricker mera vin och sprit och även öl, men fortfarande under kontroll och utan berusning. Det nya feminina mönstret representeras främst av åldersgrupperna från 20 till 49 år. *Det maskulina dryckesmönstret* innebär att konsumtionen av vin minskar medan sprit- och ölkonsumtionen ökar. Kvinnor med detta dryckesmönster konsumerar också oftare och mera vid varje tillfälle. Mönstret framträder i den yngsta åldersgruppen, 20–29 år (28).

Konsumtionsmönstret varierar för kvinnor, liksom för män, med ålder och förändringar i levnadsomständigheter. Dryckesmönstret i staden skiljer sig från landsbygdens och den yrkesarbetande, högutbildade kvinnans dryckesmönster skiljer sig från mönstret hos den arbetslösa eller icke yrkesutbildade (40). Kvinnliga missbrukare är ingen homogen grupp med gemensamma karaktäristika lika litet som manliga missbrukare är en homogen grupp. Vissa personlighetsdrag och uppväxtförhållanden kan vara mera företrädda bland dem som missbrukar alkohol, men heterogeniteten är helt förhärskande. Resultaten från hälsoundersökningar i olika delar av landet bekräftar olikheterna och visar bl.a. på stora skillnader mellan likartade grupper, även i närliggande kommuner (6).

EWA-enheten vid Karolinska sjukhuset, Stockholm, beskriver utifrån sin erfarenhet av drygt tio års arbete med kvinnor med alkoholproblem, tre huvudgrupper av kvinnliga problemdrickare:

* unga flickor och kvinnor, från tonår till 25 år, som dricker öppet, ibland är berusade och har bakomliggande komplex problematik
* yrkesverksamma kvinnor, ibland i karriären, 30–50 år, vars sociala dricksande övergått i symptomdrickande på grund av t.ex. relationsproblem, stress, fysiska eller psykiska besvär,
* äldre kvinnor, ofta ensamstående och med ensamhetsproblematik (17, 23).

Grupperna speglar den aktuella bilden. Åldersgrupperna symboliserar livssituationer som kan vara kritiska skeden för hög alkoholkonsumtion.

4.2.1 Introduktion och mönster hos unga

En gängse uppfattning är att flickors dryckesvanor grundläggs vid introduktion till alkohol i samband med puberteten. Alkoholdebuten sker tillsammans med pojkar och det är pojkar, ofta något äldre än flickan, som ombesörjer introduktionen. En annan uppfattning, som fått allt starkare gehör, hävdar att dryckesmönstret grundläggs långt före alkoholdebuten, att kvinnorna i flickans omgivning är förebilderna och att dessa kvinnors alkoholbruk är mönsterbildande. Föräldrarnas dryckesvanor influerar flickor mera än pojkar. Moderns dryckesvanor har större genomslagskraft på dottern än den inverkan vanorna hos någon av föräldrarna har på sonen (5, 59, 61).

Tonåringars konsumtion

Alkoholkonsumtionen är av likartad omfattning för flickor och pojkar i de lägre tonåren (13–15 år). I åldrarna 16 till 19 år har pojkarna däremot dubbelt så stor årskonsumtion. De studier av alkoholvanorna som årligen görs i årskurs 9 visar att andelen ungdomar som använder alkohol sjönk under slutet av 1970-talet. Konsumtionen var därefter relativt stabil på samma nivå under 1980-talet för att under de senaste åren åter visa en svag ökning. Skolunder-

sökningen år 1992 redovisar att 77 procent av flickorna (79 procent av pojkarna) hade druckit alkohol någon gång under året. 34 procent av flickorna (40 procent av pojkarna) uppgav att de känt sig berusade varje eller nästan varje gång de druckit alkohol. Det är ingen nämnvärd skillnad mellan könen när det gäller hur ofta pojkar respektive flickor dricker. Däremot finns skillnader i den kvantitet alkohol som konsumeras och vad man dricker. Pojkarna dricker mera och företrädesvis sprit och starköl medan flickorna dricker avsevärt mindre kvantitet än pojkarna och företrädesvis vin och öl (4).

Äldre tonårsflickors dryckesmönster

I 17–18-årsåldern är det inte ovanligt att flickor ändrar sitt dryckesmönster. De antar mera "kvinnliga" dryckesvanor vari t.ex. berusning inte ingår (31). Denna förändring i mönstret har tolkats som uttryck för att flickorna accepterar den strängare synen som finns framför allt i föräldragenerationen, på kvinnors alkoholanvändning. Inställningen och anpassningen till det "kvinnliga" håller dock på att förändras. Dryckesmönster ändrar sig med tidsandan och gränserna för vad som anses som "kvinnligt" alkoholbruk förändras över åren. De yngre flickorna tillägnar sig i viss mån pojkarnas mönster både när det gäller debutålder, vad de dricker och hur och i vilka sammanhang de konsumerar alkohol. Flickorna dricker däremot fortfarande mera vin och mindre sprit än pojkarna. Starkölskonsumtionens andel av flickors respektive pojkars totala konsumtion är ungefär lika (42).

4.2.2 Kvinnor 20 till 50 år

Den nordiska undersökningen beskriver att det nya feminina dryckesmönstret främst representeras av kvinnor i åldrarna 20 till 49 år (28). EWA-enheten nämner på motsvarande sätt att en huvudgrupp av kvinnliga problemdrickare återfinns i åldrarna 30 till 50 år. Starkölet intar till en del vinets plats, i synnerhet för de yngre i åldersgruppen, och vardagsdrickande anses inte opassande (17).

Även om åldrarna 20 till 50 år omspänner många faser i kvinnors liv kan yrkesarbetet vara en utgångspunkt i detta sammanhang. Graviditet och föräldraskap är stora och viktiga händelser i kvinnors liv men även dessa händelser inramas för flertalet kvinnor av yrkesarbetet. Barnafödande och vård av barn innebär avbrott i yrkesarbetet men hittills har återgång till yrkesarbete, efter dessa avbrott på något eller några år, varit det vanligaste mönstret.

En majoritet av svenska kvinnor yrkesarbetar och det gäller även för kvinnor med alkoholproblem. Förvärvsarbetande kvinnor har hittills dominerat bland kvinnliga missbrukare inom vård och behandling. Bland EWA-enhetens patienter har likaledes förvärvsarbetande varit i majoritet. Fram till år 1992 var t.ex. närmare 90 procent av patienterna förvärvsarbetande (22). En förändring har dock inträtt som en följd av stigande arbetslöshet. EWA-enheten noterar ett betydligt lägre antal förvärvsarbetande år 1993 än tidigare. Det är ännu för

tidigt att beskriva konsekvenserna när det gäller alkoholmissbruk för de som ofrivilligt lämnat yrkesarbetet. Arbetslösheten medför en ny situation som kan innebära ökat alkoholbruk till följd av förändrade, icke önskade levnadsomständigheter.

Förvärvsarbete

Den ökade kvinnliga förvärvsfrekvensen nämns inte sällan som en orsak till kvinnors ändrade dryckesvanor. Den vanligaste tolkningen är att kvinnors och mäns levnadsvillkor blivit mera likartade. Arbetslivet ger kvinnor fler tillfällen att dricka alkohol, pengar att disponera också för alkohol och fler relationer till andra människor. Alkoholen är ett inslag i kvinnors förändrade villkor och samhälleliga position. Förvärvsarbetet antas, enligt en del undersökningar, påverka dryckesvanorna. I en studie anges tre skäl till detta: likformning; svårigheter i anpassning till arbetsrollen; rollkonflikter. *Likformning* innebär att kvinnor, när de träder ut på arbetsmarknaden börjar dricka som män, dvs. de tillägnar sig likadana värderingar och beteendemönster som män. *Svårigheter i anpassningen till arbetsrollen* hänger samman med att kvinnor har svårt att anpassa sig till de traditionella mansrollerna på arbetsmarknaden eftersom de som kvinnor inte uppfostrats till dessa roller. *Rollkonflikter* är en följd av att många samtidiga roller (hustru, mor, arbetstagare) belastar kvinnorna (40).

De tre nämnda faktorerna kan för en del kvinnor inverka på konsumtion och dryckesvanor. Antaganden om att förvärvsarbetet i sig medför ökad alkoholkonsumtion hos kvinnor har däremot inte stöd i andra forskningsresultat. Sambanden med alkoholproblem är betydligt mera komplexa vilket också speglas i att undersökningsresultaten är långt ifrån entydiga. Kvinnans personlighetsdrag, sociala och psykiska faktorer, utbildning och position i familj eller arbetsliv är några exempel på inslag i den komplexa bilden.

Undersökningsresultaten är således motsägande rörande yrkesarbetets och hemarbetets inverkan på alkoholvanorna: en internationell studie visade inga skillnader i konsumtionssätt mellan yrkesarbetande och icke-vrkesarbetande kvinnor. Däremot fanns det klara skillnader mellan yngre och äldre kvinnors konsumtion (40); yrkesarbetande och hemarbetande kvinnor dricker lika mycket enligt en annan studie; förvärvsarbetande dricker i större utsträckning eftersom de har större möjlighet att dricka genom att de, i vissa yrken, har flera tillfällen att göra det och mera pengar att göra det för; många uppgifter – multipla roller – inverkar positivt på kvinnors hälsa och välbefinnande och minskar behovet av alkohol redovisas i en undersökning medan det i en annan framhålls att kvinnor med starka krav på sig själva att klara plikter i hemmet parallellt med stressfyllt arbete och konkurrens i yrkeslivet, har större benägenhet att dricka mycket och också brista i kontrollen av alkoholkonsumtionen (6).

Nya mönster

Bland kvinnor i åldrar då de etablerat sig i yrkes- och familjeliv finns en inverkan av manliga dryckesmönster men också utbildande av egna. Bland manliga mönster som kvinnor till en del tillägnat sig kan nämnas starkölskonsumtion, vardagsdrickande, representationskonsumtion och högre konsumtion jämfört med tidigare kvinnlig konsumtion. Fortfarande är dock de utmärkande dragen i de kvinnliga alkoholvanorna såväl väsentligt lägre konsumtion som berusningsgrad än män.

Förändringen som håller på att ske kan således inte förklaras med att kvinnor övertar manliga dryckesmönster. Det finns negativa drag i det manliga mönstret som inte kvinnor eftersträvar eller attraheras av. Kvinnor söker i stället forma en ny identitet. Det traditionella kvinnomönstret för alkoholbruket löses upp och ett nytt kvinnligt mönster tar form. Kvinnors drickande beskrivs av Järvinen och Olafsdottir som ett "kontrollerat förhållande till alkoholen med ett begränsat bruk av alkohol och ett relativt förkastande av berusningen" (40).

4.2.3 Kvinnor över 50 år

Studier har visat att många kvinnor förändrar sitt alkoholbruk till lägre konsumtion i 50-årsåldern (8, 11). Motsägande uppgifter finns dock. Från en av de enkätundersökningar av hälsovanor som görs i landet redovisas t.ex. att flest högkonsumenter och den högsta konsumtionen av alkohol fanns bland kvinnor i åldrarna 45 år till 64 år (6).

Kvinnor över 50 år är underrepresenterade som patienter på alkoholmottagningarna enligt tillgängliga uppgifter. Antalet är däremot stigande och framför allt är äldre kvinnor med ensamhetsproblem en växande grupp.

Kvinnor i övre medelåldern och äldre har vuxit upp under en tid med restriktiv inställning till alkoholbruk. Detta har påverkat deras konsumtion under uppväxten och familjebildningen. Successivt har de förändrat sitt dryckessätt. Aktivt yrkesliv, vuxna barn, umgänge och resor har skapat nya vanor som ersatt de traditionella, kvinnligt restriktiva. Vin är den helt dominerande drycken.

Ensamhetsproblematik

Många kvinnor blir ensamma när de blir äldre, genom skilsmässa eller genom makes bortgång. Antalet kvinnor med civilstånd frånskild, är större än antalet män med samma civilstånd såväl i åldrarna under som över 65 år. Antalet änkor över 65 år är fyra gånger högre än antalet änklingar och i samma ålder är också antalet ogifta kvinnor något högre än antalet ogifta män. Sammantaget är det avsevärt fler kvinnor än män som lever ensamma. Drygt 2,5 gånger så många kvinnor som män är ogifta, frånskilda eller änka/änkling.

Trots att ensamma kvinnor i allmänhet uppehåller ett socialt nätverk och normalt behåller umgänge i högre grad än ensamma män dominerar problem med ensamhet bland de äldre kvinnorna på EWA-enheten. Ångest, oro och

sömnsvårigheter kan vara en följd av psykiska besvär men också en funktion av ensamhet. EWA-enheten skriver om de äldre kvinnorna:

> "Dessa äldre kvinnor tappar aptiten och magrar, ramlar och slår sig, uppvisar multipla blåmärken, får lätt frakturer. Ett av de vanligaste symtomen vid alkoholmissbruk bland äldre är just att de ramlar. Går dessa kvinnor till läkare får de ännu mer mediciner. I sin skamkänsla isolerar de sig från barn, barnbarn och vänner och blir mycket ensamma.
>
> Ibland är alkoholproblem hos äldre en del i en demensutveckling. Det som uppmärksammas vid sidan av minnesstörningar, oro och förvirring kan vara en tilltagande alkoholintolerans" (19).

Till äldre kvinnor, liksom till äldre män sker det en omfattande förskrivning av bensodiazepiner. Beroendeframkallande psykofarmaka, kanske i kombination med ökad alkoholkonsumtion, kan ge fysiska och psykiska komplikationer. I psykiatriutredningens delbetänkande om bensodiazepiner (52) sägs att studier och erfarenhet visat att personer som är alkoholberoende även använder bensodiazepiner i betydande omfattning. Utredningen konstaterar vidare att användningen är vanligare bland äldre patienter och ökar med tilltagande ålder. Ett av förslagen i utredningen påtalar behovet av alternativ behandling eller andra åtgärder för äldre människor.

4.3 Dolt ensamdrickande

Det dolda missbruket och ensamdrickandet har både i forskning och från praktisk erfarenhet ansetts vara typiska kvinnliga dryckesmönster. Dryckesmönstren ändrar sig emellertid och senare forskning ifrågasätter om dold alkoholism är mer företrädd bland kvinnor än bland män.

4.3.1 Dolt missbruk

De dolda missbrukarna, både kvinnor och män, är okända inom vården för sitt missbruk. Alkoholkonsumtionen kan länge också vara okänd för familjen eller vänkretsen. När det gäller att bedöma omfattningen av alkoholmissbruk och därmed förenade alkoholrelaterade skador, vård och behandlingsresurser är det dolda missbruket en viktig faktor. Den dolde missbrukaren är inte sällan högkonsument av hälso- och sjukvård för olika fysiska och psykiska krämpor. I synnerhet anses detta gälla kvinnliga missbrukare (61).

Skillnaden i synen på män och kvinnor som dricker påverkar även förekomsten av dolt missbruk. Starkare skam- och skuldkänslor hos kvinnor för alkoholkonsumtionen ökar benägenheten att dölja alkoholbruket. Hemlighållandet leder i sin tur till skam- och skuldkänslor. Det blir en interaktion mellan dryckesmönster och känslor, ett växelspel mellan orsak och verkan.

Eftersom skam- och skuldkänslor för alltför hög alkoholkonsumtion anses vara kvinnliga känslor, tillskrivs också det dolda missbruket kvinnor. Det blir ett mönster som tillhör kvinnorollen. Att kvinnor skuldbelastar sig både för att

de högkonsumerar och för att de inte gör något åt detta bekräftas av missbrukande kvinnor. De skuldbelägger sig både utifrån hur de ser på sig själva och utifrån hur de tror att omgivningen uppfattar eller skulle uppfatta deras konsumtion (39).

Styrkan i upplevelserna av skam och skuld är till en del en generationsfråga. Yngre kvinnor som är frimodigare och präglade av en friare syn på alkoholbruk och med delvis manliga mönster för sin konsumtion känner inte samma starka känslor av skuld som sina mödrar. De upplever inte "stigmatiseringen" (54). Den medelålders och äldre kvinnan, präglad av starka negativa attityder till kvinnlig konsumtion, reagerar på ett annat och mycket mera skuldbelagt sätt.

4.3.2 Ensamdrickande

Samband finns mellan skam- och skuldkänslor, dolt missbruk och ensamdrickande. Bakgrunden till att kvinnor ofta dricker i ensamhet och därmed också dolt kan delvis sökas i tradition och synsätt. Män anses ha ett mera okomplicerat förhållande till alkohol. Grovt generaliserat introduceras pojkar till alkohol i kamratkretsen, av och med pojkar. För den vuxne mannen förknippas alkoholen ofta med samvaro med andra män, t.ex. på krogen. Vissa riter har också funnits och finns kring drickandet. För kvinnor har det inte funnits några traditionella mönster av naturliga skäl eftersom kvinnor tidigare generellt ej drack alkohol. De mönster som utvecklar sig handlar om att efterlikna eller dela pojkars/mäns vanor och bruk, bilda egna mönster med väninnor, konsumera i familje- eller vänkretsen vid veckoslut eller i festligare sammanhang eller dricka alkohol i ensamhet.

Psykiatrisk problematik, depression, ångesttillstånd och spänningar inbjuder vare sig för kvinnor eller män till avspänt umgänge och trivsam samvaro med andra. Att dricka hemma, ensam, kan döva bekymren och dämpa ångesten och oron.

Kvinna–mor–partner

Den sociala kontrollen är starkare för kvinnor än för män. Mödersrollen och omgivningens attityder bekräftar att kvinnan måste kontrollera sitt drickande. Missbrukande kvinnor känner nästan undantagslöst skam- och skuldkänslor för sitt alkoholbruk i relation till sina barn (19). Det är en förnedrande omständighet att vara beroende av alkohol när man är mamma med ansvar för barn. Den sociala kontrollen av kvinnor kan främst härledas till sambandet kvinna-mor-barn. En missbrukande man och far skuldbeläggs inte lika starkt av omgivningen eller av myndigheter, som en missbrukande kvinna och mor. Egna skamkänslor och omgivningens kontroll gör det dolda missbruket och ensamdrickandet till en nödvändighet. Att inte kunna visa eller tala om problemet kan öka ångesten och skulden.

Kvinnor som dricker för mycket känner sig misslyckade inte bara som mammor utan också som partners och arbetskamrater. Kvinnor med missbruksproblem har lägre självtillit än kvinnor utan samma problem och alkoholproblemen bidrar inte till ökad självkänsla. Den kvinnliga missbrukaren försöker undvika ångest och förstämning genom att använda psykiska försvarsmekanismer. Bortträngning och förnekande är vanligt liksom inåtriktad aggressivitet. Att vända aggressiva impulser inåt mot det egna jaget i stället för utåt mot källan eller omgivningen är drag som är mer utmärkande hos kvinnor än hos män. Hos kvinnliga alkoholberoende är de särskilt framträdande (14, 15). Alkoholen kan antingen ge mod att våga säga ifrån eller kamouflera, dölja olustkänslan.

Den kvinnliga missbrukaren blir skicklig i att manipulera sin omgivning. Hon kan dölja sitt missbruk under lång tid i yrkeslivet och i kontakten med olika vårdgivande instanser (19, 37). Svårare är det att bevara missbruket dolt i familjen. Partners och barn finns nära och de gör sina iakttagelser. Fram till dess att den missbrukande kvinnan söker vård eller situationen blir ohållbar hjälper de till att dölja. Att dölja missbruket blir en familjeangelägenhet, en familjehemlighet, vare sig det är mannen eller kvinnan som missbrukar i en familj. Attityderna till och fördömandet av kvinnligt missbruk och den strängare kontrollen av kvinnan leder dock till att det är än mer angeläget att dölja alkoholproblem hos en kvinna/mor än hos en man/far.

4.3.3 Kvinnors dolda missbruk en myt?

Några studier ifrågasätter att dolt missbruk är vanligare bland kvinnor än män. Vid Alkoholkliniken, Malmö Allmänna Sjukhus, visade en undersökning att bland 42-åriga män och kvinnor var andelen dolda missbrukare bland män respektive kvinnor i proportion till antalet kända missbrukare för båda könen. En slutsats i studien var bl.a. att resultaten motsäger att dolt missbruk uteslutande eller främst är ett kvinnligt fenomen (60, 62).

I en ännu ej publicerad studie vid Psykiatriska kliniken, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg, av kvinnors alkoholvanor tyder inte resultaten på att det dolda missbruket skulle vara särskilt vanligt just för kvinnor. Bland kvinnor i åldrarna 45, 55 och 65 år som diagnostiserats som alkoholberoende, var 71 procent kända inom somatisk och psykiatrisk hälso- och sjukvård. Andelen missbrukande kvinnor som sökt vård överstiger den förväntade andelen. Kvinnorna är därmed, enligt studien, ofta kända i vården och talet om det dolda missbruket bland kvinnor är därmed troligen överdrivet. En slutsats är att det i stället kan finnas en stor dold alkoholism bland män både i absoluta tal och procentuellt i förhållande till kvinnor (54). Antagandet stöds av internationella undersökningar.

En iakttagelse i göteborgsstudien är också att yngre kvinnor efterfrågar hjälp i större utsträckning än äldre på grund av att de inte upplever den "stigmatisering" som alkoholproblem kan medföra för äldre kvinnor.

5 Orsaker till kvinnors missbruk

5.1 Problem och problemlösning

Alkoholkonsumtionen har i högre grad ansetts ha funktionen av spänningslösare och ångestdämpare för kvinnor än för män. Sambandet mellan hög alkoholkonsumtion och fysiska och psykiska problem har likaledes oftare redovisats för kvinnor än för män (31). Andra orsaker till kvinnors missbruk kan komma att framträda genom att nya dryckesmönster och övertagande av manliga vanor vinner insteg. Det har t.ex. blivit vanligare att kvinnor uppger traditionellt manliga motiv för alkoholbruket såsom avkoppling och berusning (40).

Kvinnor rapporterar i flera studier att deras alkoholbruk börjat som ett sätt att uthärda smärta – ibland fysisk men betydligt oftare psykisk och emotionell (6). För kvinnor är alkoholen en del i ett komplext sammanhang, ofta kopplat till medicinska problem. Kvinnor symptomdricker på grund av psykologiska och psykiatriska problem och besvär, osäkerhet, låg självkänsla, ångest, oro, hjärtklappning, muskelspänningar och depressiva symPtom. Egentlig depression föregår oftare missbruk hos kvinnor jämfört med män, hos vilka depressionen oftare är en följd av missbruket (59). Alkoholen fungerar som en form av självmedicinering. Den reducerar spänningen, ångesten eller depressionen (30). Impulsivitet och behov av spänning och omväxling i tillvaron rapporteras också, bl.a. från EWA-enhetens patienter (12, 13).

Även om många män har en likartad problembild som kvinnorna beskriver männen inte orsakerna till sitt alkoholbruk i samma termer som kvinnorna. Problem och problemlösning har därför förknippats med kvinnors alkoholbruk. Det är också ofrånkomligt att många kvinnliga missbrukare har bakomliggande problem som hör samman med könet, t.ex. sexuella övergrepp och att kvinnors och mäns situation och villkor i olika avseenden är olika.

5.1.1 Uppväxtmiljö, föräldrarelation

Det psykologiska klimatet i hemmet är en viktig faktor för individens personlighetsutveckling och anpassning. Uppmuntran, stöd och kärlek från föräldrarna ger barnet självförtroende och styrka. Avsaknad eller brist på positivt föräldraengagemang och negativa förebilder ger dålig självkänsla och osäkerhet.

Föräldrarna

Klimatet i hemmet och relationerna till föräldrarna påverkar både pojkars och flickors inställning till och bruk av alkohol. Trygghet och självkänsla lika väl som beteenden och värderingar grundläggs främst i familjen och av föräldrarna. I socialisationsprocessen överförs också de normer och förväntningar som i en del avseenden är olika för pojkar och flickor. Föräldrarnas alkoholvanor, deras syn på bruk och missbruk av alkohol och reaktion på alkoholkonsumtion hos söner respektive döttrar förefaller påverka flickornas konsumtion mer än pojkarnas (36). Moderns dryckesvanor har också större genomslagskraft på dottern än den inverkan vanorna hos någon av föräldrarna har på sonen (59).

Störda relationer till föräldrarna redovisas ofta från undersökningar av kvinnor och män med alkoholproblem. För kvinnorna är i synnerhet relationen till modern, som flickan identifierar sig med, av stor betydelse. Flickans identitet byggs upp genom relationen i första hand till mamman och i andra hand till väninnor. Uppmärksamheten på mor - dotterförhållandet och hur avgörande det är, kan vara en effekt av att fadern är frånvarande i så många familjer av en eller annan anledning. Modern, den kvarvarande föräldern, har stort inflytande på dotterns socialisation till kvinna och på de dryckesvanor dottern tillägnar sig (7, 15).

Faderns betydelse, antingen han är närvarande eller frånvarande, har beaktats i mindre utsträckning (39). När han finns med under dotterns uppväxt är faderns roll dock, enligt flera undersökningar, väsentlig och starkt inverkande, positivt och negativt. Alkoholmissbruk hos fadern är en vanlig bakgrund för kvinnor, liksom för män, med missbruk. Relationen mellan fadern och en missbrukande dotter kan vara problemfylld. I en norsk undersökning upplevdes fadern av flickorna som dels överbeskyddande, dels kylig och kontrollerande. Protesterna riktades mot honom och hans auktoritära inflytande (6).

Uppfostran

I flickans socialisation till vuxen kvinna ingår frigörelse från föräldrarna och skapandet av relationer till pojkar och väninnor. Föräldrarnas gränser för vad som är tillåtet och otillåtet testas och överträds. Med kamraters och föräldrars inverkan och påverkan som grund finner flickan egna gränser för förhållandet till bl.a. droger. Flickor som inte får gränser och som ignoreras, ställs inte inför kravet att själva ta ställning. De knyter an till kamraters vanor och mönster. Ju sämre förhållandena är i hemmet ju större påverkan och inflytande får kamraterna. För osäkra och osjälvständiga flickor är risken stor att de hamnar i mindre bra sociala sammanhang där de riskerar att fara illa (32, 36, 55).

Kvinnor med alkoholproblem skildrar oftare en bakgrund med brist på känslomässigt engagemang, mindre omvårdnad och en mera auktoritär inställning från föräldrarnas sida än kvinnor utan problem med alkoholen. Lika väl som att ett strängt förhållningssätt från föräldrarna kan leda till uppror och protest kan en tillåtande och slapp attityd göra det. I båda fallen kan uttrycket vara

normöverträdande beteende, trots, vantrivsel i hemmet och destruktiva vanor som att flickan dricker och dricker sig berusad. Missbruk har starka samband med både den auktoritära uppfostringsmodellen och med låt-gå-modellen medan det inte har det med uppfostran som bygger på förtroendefull kontakt mellan föräldrar och barn (5).

Splittrade hem

Undersökningar både i Sverige och internationellt visar att det är vanligt att missbrukare, både kvinnor och män, vuxit upp med frånskilda föräldrar och i splittrade hem. Separation eller ensamförälderskap indikerar inte i sig större förekomst av alkohol. Omständigheterna kring separationen, förhållandet mellan föräldrarna och separationens konsekvenser t.ex. socialt och ekonomiskt är avgörande. Forskningsresultat visar dock att alkoholbruket är större i familjer med ensam förälder eller i styvfamilj än i sammanhållna familjer. Den ekonomiska situationen, en "ny" förälder, nya vanor både för den hemmavarande föräldern och för barnen etc. kan leda till ökat drickande både hos vuxna och hos barn (5, 7).

Föräldrar förebilder

Flickor som börjar högkonsumera alkohol använder alkoholen som ett medel att fly från problem i familjen och från ignorerande, avvisande eller kontrollerande föräldrar. Alkoholen minskar spänningar och kompenserar låg självkänsla och känslor av att vara åsidosatta. Pojkars konsumtion styrs i högre grad av påverkan från kamrater, umgänget i kamratgänget och den egna önskan att bete sig "manligt".

Alkoholmissbruk i föräldrahemmet ökar risken för att barnen skall börja dricka. Föräldrar som regelbundet använder alkohol förmedlar budskapet att bruket är acceptabelt och kanske t.o.m. en nödvändig ingrediens i vardagslivet. På motsvarande sätt fungerar föräldrar med restriktiv användning av alkohol som avhållande förebilder.

Skyddande faktorer mot missbruk är en positiv föräldrarelation och engagemang från föräldrarnas sida. Även under i övrigt ogynnsamma förhållanden minskar ett gott förhållande till föräldrarna avsevärt riskerna för att en flicka skall bli regelbunden konsument av alkohol. I dessa avseenden finns inga skillnader mellan sammanhållna och separerade familjer (5, 12).

5.1.2 Våld och sexuella övergrepp i barndomen

Ett mycket starkt, vetenskapligt belagt samband finns mellan tidigt och fortsatt missbruk hos flickor och att de varit utsatta för våld eller sexuella övergrepp i barndom/ungdom. Från amerikanska undersökningar redovisas att antalet offer för sexuella övergrepp i barndomen är signifikant högre bland missbrukande kvinnor än bland icke missbrukande. På en amerikansk behandlings-

enhet för missbrukare hade 20 procent av kvinnorna varit utsatta för övergrepp i barndomen. När behandlarna rutinmässigt förde in frågor om sexuella övergrepp ökade andelen kvinnor som bejakade övergrepp markant. I en internationell befolkningsstudie fann man att tre gånger så många alkoholmissbrukande kvinnor som icke missbrukande hade upplevelser av sexuellt utnyttjande i barndomen (6, 59).

I en ännu ej publicerad undersökning i Göteborg som bygger på enkät till 6 000 kvinnor och intervjuer med 600 kvinnor anges sexuella övergrepp i barndomen som den kanske viktigaste faktorn för senare missbruk. I undersökningen uppger 23 procent av kvinnorna med alkoholproblem att de varit utsatta för sexuella övergrepp (54).

Alkoholkonsumtion, kanske med berusning, innebär också en större risk för flickor att bli utnyttjade sexuellt och utsättas för övergrepp. I flera studier av unga tonåringar finns ett konstaterat högt samband mellan alkoholkonsumtion och sexuell erfarenhet och också ohämmad sexualitet. Otrygga och osjälvständiga flickor som söker närhet och kontakt ställer upp på pojkars/mäns villkor och underordnar sig dem. Flickan får status och en plats i gruppen genom pojken. För att få kontakt, värme och relation använder hon medlen alkohol i kombination med sexuell aktivitet. För många innebär detta upplevelser som kan leda till fortsatt och högre konsumtion (32).

Den vuxenpsykiatriska vården och missbrukarvården möter kvinnor som utsatts för övergrepp i barndomen. Kvinnorna får dock sällan adekvat vård eftersom de bakomliggande problemen inte upptäcks (47). Skam- och skuldkänslor och psykiska försvarsmekanismer som byggts upp under många år hindrar kvinnan från att berätta om sina upplevelser och behandlande instanser gör inte omedelbara efterforskningar i ämnet (19).

5.1.3 Arbetsliv

Erfarenheten från missbrukarvården har hittills varit att förvärvsarbetande kvinnor dominerar bland de vårdsökande. Detta kan tyda på att det antingen finns fler högkonsumerande bland förvärvsarbetande eller att förvärvsarbetande är mer benägna att söka vård. Arbetsbristen under de senaste åren har medfört att antalet förvärvsarbetande vårdsökande minskat. Arbetslösheten innebär att de tidigare förvärvsarbetande för längre eller kortare tid är hemarbetande.

Förändrad könsroll och större ekonomisk frihet har diskuterats som tänkbara orsaker till förvärvsarbetande kvinnors högre konsumtion. Stress som en följd av arbetets krav, dubbelarbete, långa arbetsdagar, ringa inflytande och låg uppskattning är faktorer som ansetts vara bidragande orsak till hög alkoholkonsumtion.

Missbrukande kvinnor återfinns inom alla yrken och har varierande utbildningsbakgrund. Kvinnor i karriärarbeten, ofta i konkurrens med män, riskerar hög alkoholkonsumtion på grund av arbetsplatsens eller kollegors alkoholvanor, god ekonomi, fritt arbete etc. För kvinnor i tempoarbeten kan problemen

vara orsakade av tristess, isolering, nedvärdering etc. Forskningen rörande risker för att utveckla alkoholproblem som en följd av olika villkor i arbetslivet är inte entydig. En amerikansk studie av yrkesarbetande och hemarbetande kvinnor visar att yngre, ogifta eller frånskilda, högutbildade kvinnor med professionella yrken drack mest (36). Motsägande resultat ger en undersökning vid ett antal arbetsplatser inom ett landsting (Lindén-Boström, 1990) som visar att personer med enformiga arbeten och lågt självbestämmande konsumerade mera alkohol än andra (37).

5.1.4 Ensamhet

Ensamstående har den högsta alkoholkonsumtionen bland kvinnor liksom bland män. Det är därför troligt att det är ur denna grupp majoriteten storkonsumenter och problemdrickare rekryteras. I en undersökning 1983–1984 av 200 kvinnor som var patienter vid EWA-enheten var ensamstående, unga kvinnor med små barn och bristfälligt socialt nätverk överrepresenterade. Dessa kvinnors ensamhet, kombinerad med psykiska problem och små möjligheter att själva förändra sin situation, beskrivs som ett starkt riskmoment för alkoholberoende (22). Med uppsägningar och arbetslöshet förvärras problembilden för de ensamstående. EWA-enheten beskriver situationen för den arbetslösa, ensamstående kvinnan med barn som "en katastrof".

Ensamhet som orsak till att kvinnor dricker alkohol återfinns också hos äldre kvinnor, frånskilda eller änkor. De eftersträvar alkoholens sövande effekt som ett medel att komma ifrån ensamheten och isoleringen (19).

5.1.5 Kvinnors sociala situation

EWA-enheten, som har mer än tio års erfarenhet av kvinnor med alkoholproblem i öppen och sluten vård, har beskrivit de nya grupperna av kvinnliga alkoholberoende som socialt fungerande kvinnor mitt i familjeliv och yrkeskarriär. Flertalet missbrukande kvinnor hade familj och fram till den höga arbetslösheten inträdde, också yrkesarbete. I familjen ingår inte alltid en man. Ungefär hälften av EWA-enhetens patienter är gifta eller lever i samboförhållanden och 75 procent av EWA-patienterna har barn (22). Ungefär 30 procent av kvinnorna har minderåriga barn. Barnen drabbas av föräldrarnas missbruk. I kommissionens delbetänkande BARN - FÖRÄLDRAR - ALKOHOL (SOU 1994:29) redovisas alkoholmissbrukets konsekvenser för barn och föräldraskap.

Att både mannen och kvinnan dricker alkohol är vanligt. Det är vanligast att mannens dryckesmönster och -mängd påverkar kvinnan till högre konsumtion. Men motsatsen kan också gälla. Kvinnan kan ha infört andra dryckessorter och ett måttligare bruk.

Arbetslöshet, sviktande familjeliv, separation, dåliga grannrelationer, avsaknad av nätverk, dubbelarbete, oro och bekymmer för barn och familj m.m. är några påfrestande brottstycken i det sociala livet. I en kris kan alkoholberoendet utvecklas.

5.1.6 Misshandel, övergrepp

Misshandel, övergrepp, kränkande och förnedrande behandling med sexuella undertoner är återkommande orsaker när kvinnor berättar om varför de dricker. En del upplevelser härrör som nämnts från barndomen men många har mött problemen först i vuxen ålder. Förnedringen i samband med misshandel eller övergrepp och den förlust av självrespekt som övergreppet medför skapar skamkänslor och en stark undertryckt vrede som tar sig uttryck i destruktivt beteende. Våld och övergrepp innebär ofta djup psykosocial problematik (37). De kränkande upplevelserna leder till att kvinnor försöker döva problem och ångest och känslor av maktlöshet och förtryck genom att dricka. Många saknar ett fungerande socialt nätverk som kan erbjuda stöd. Alkohol blir en kompensation. Det ingår i överlevnadsstrategin (5, 32).

6 Konsekvenser av kvinnors missbruk

6.1 Kvinnligt och manligt

Att det finns individuella olikheter i alkoholtolerans mellan människor av samma kön och att alkoholen orsakar skador och dödsfall är väl känt. Olikheterna i toleransnivå och skadebild *mellan* könen är däremot mindre känd. Kvinnor och män har fram till 1980-talet ofta undersökts som homogena grupper (36) och könsspecifika förhållanden har därmed inte alltid redovisats. Fortfarande saknas i viss mån konkreta data som visar vid vilka konsumtionsmängder män och kvinnor löper jämförbara risker för alkoholrelaterade problem (33).

Det är angeläget att ytterligare kunskap kommer fram om könsspecifika egenskaper och könsberoende förhållanden. När det gäller tolerans för, reaktioner på och skador av alkohol är kunskapsförmedlingen om könsskillnader särskilt viktig. Att åberopa att kvinnors lägre konsumtion gör den relativa betydelsen av alkoholens effekter på kvinnor mindre, är att kraftigt förminska ett stort problem. Uppfattningen kan medföra att viktig information och förebyggande insatser negligeras.

6.2 Tolerans

Könsskillnaderna när det gäller kroppens förmåga att ta emot alkohol och motstå dess skadeverkningar är väsentlig information i växande grad allt eftersom kvinnor i ökad utsträckning antar manliga dryckesmönster.

Systembolagets "Testaren" anger en övre gräns för riskabel konsumtion vid konsumtionsnivåer motsvarande 75 cl sprit (alkoholhalt 40 %) i veckan för män och 55 cl sprit i veckan för kvinnor. I lättvin motsvaras det av 3,5 flaskor för män och 2,5 flaskor för kvinnor i veckan (24).

En annan ofta använd, något högre, gräns för högkonsumtion och risk är 250 gram alkohol (alkoholhalt 100 %) per vecka för män och 210 gram alkohol för kvinnor. Detta motsvaras av ca 90 cl sprit eller 4 flaskor lättvin för män och 60 cl sprit eller 3 flaskor lättvin för kvinnor.

Ett annat sätt att beskriva skillnaden är att en man uppnår ca 0,5 promille alkohol i blodet och en kvinna 0,8 promille om de delar en flaska vin. Om hänsyn tas till påverkansgrad kan mannen dricka 45 cl och kvinnan 30 cl av en flaskas 75 cl. Kvinnans tolerans är ungefär 75 procent av mannens (17).

Kroppsvolymen spelar roll för blodalkoholnivån liksom kvinnors och mäns olika fördelning av fettvävnad och vatten i kroppen. På senare år har andra

möjliga förklaringar till kvinnors större känslighet förts fram. En förklaring kan vara eventuella könsskillnader i cellvävnader och hormonuppsättning, en annan sannolik förklaring har samband med förbränningen. På grund av att kvinnor förbränner mindre andel alkohol i magsäcken än män utsätts kvinnor för högre alkoholkoncentrationer i kroppens övriga organ (24).

Blodalkoholnivån och förbränningen av alkohol är relaterad till nivån av det kvinnliga könshormonet östrogen. Effekterna av alkohol i kombination med preventivpiller eller östrogentillskott i samband med klimakteriet är ännu ovissa. Alkoholens negativa inverkan på sinnesstämning och sömn före menstruation har dock konstaterats (21, 59).

6.3 Alkoholrelaterade skador

Kvinnliga alkoholister uppvisar fysiska och psykiska sjukdomstillstånd i högre grad än män. För en del av dessa tillstånd är det oklart om de föregår alkoholismen eller är en följd av alkoholmissbruket.

Det är t.ex. oklart hur depression är relaterat till alkoholkonsumtionen (17, 21). En studie visar att egentlig depression oftare föregår missbruk hos kvinnor medan depressionen hos mannen oftare är en följd av missbruket (59). Sambanden mellan alkoholism och psykisk sjukdom kan vara sekundära till varandra, ha samma bakomliggande orsaker eller vara oberoende av varandra.

Matstörningar eller matproblematik är inte ovanligt hos missbrukande kvinnor. Om de föregår alkoholproblemen eller är en följd är oklart. Matstörningarna kan gälla både anorexi och bulemi eller kombination av båda. En mottagning för kvinnliga missbrukare uppskattar andelen matproblematiker bland patienterna till 10 procent (56).

Kvinnliga missbrukare drabbas oftare än manliga av somatiska komplikationer som en följd av alkoholbruket. Alkoholbetingade sjukdomstillstånd i nervsystem, hjärta, kärl och mage utvecklas snabbare hos kvinnor än hos män (59). Undernäring och blodbrist liksom blodtrycksstegring är inte ovanligt hos missbrukande kvinnor. Ökad infektionskänslighet ger bl.a. upphov till urinvägsinfektioner. Gynekologiska sjukdomstillstånd är också vanliga (17, 21).

Sambandet mellan måttlighetskonsumtion och risken för bröstcancer är dokumenterad (24). Alkoholkonsumtion innebär också ökad risk hos både män och kvinnor för cancer i mun, svalg, struphuvud och matstrupe (59).

Missbrukande kvinnor löper större risk att utveckla leversjukdom än män. De drabbas också i lägre åldrar, efter kortare tids missbruk och vid lägre alkoholkonsumtion än män (59). Generellt är sjukdomstillstånden också allvarligare för kvinnor än män. Det gäller t.ex. alkoholhepatit. Risk för levercirrhos hos kvinnor finns vid en konsumtionsnivå på 20–30 gram alkohol (6–10 cl sprit eller en halv flaska lättvin) dagligen (17, 21). För att förklara varför kvinnor drabbas av leversjukdom tidigare och vid lägre intag diskuteras könsskillnaderna i förbränningen av alkohol i magsäcken och kvinnors alkoholkoncentration i övriga organ som en följd av låg förbränning i magsäcken (24).

Alkoholförgiftning är dubbelt så vanlig hos män som hos kvinnor och diagnoserna alkoholism och alkoholberoende är fem till sex gånger vanligare hos män (42).

6.4 Dödlighet

Kvinnliga alkoholmissbrukare har en överdödlighet både i förhållande till den kvinnliga befolkningen och till manliga alkoholister. Några uppgifter om mortaliteten är att den för kvinnliga missbrukare är 5–8 gånger den förväntade för kvinnor och att överdödligheten efter sjukhusvård i en studie var 5,2 gånger (3,0 gånger för manliga alkoholister) förväntad dödlighet (59).

Dödlighet i alkohollevercirrhos är en indikator på missbruksutvecklingen. Levercirrhosen ökar och minskar som en följd av att den totala konsumtionen ökar eller minskar. Dödlighet i skrumplever är också den största enskilda dödsorsaken (42). Av den kvinnliga alkoholrelaterade dödligheten svarar levercirrhos för 39 procent medan den svarar för 33 procent hos män (38).

Av dödsfallen i alkoholförgiftning år 1990 var 31 procent kvinnor och 69 procent män och av samtliga döda i alkoholpsykos var 85 procent män (42).

Självmordsförsöken och självmorden är flera bland kvinnliga alkoholister än förväntat i den kvinnliga befolkningen. De är också flera än förväntat i relation till manliga alkoholister utifrån kvinnornas andel av totalkonsumtionen. Risken för självmordsförsök och självmord bland kvinnliga missbrukare är således stor. Psykiska problem, depressioner, personlighetsstörningar och ett destruktivt liv i kombination med alkohol är några orsaker (11, 38, 59).

6.4.1 Några undersökningsresultat

En analys av konsumtionsmönster och konsumtionsfördelning i olika sociala grupper baserat på uppgifter från åren 1970–1974 i folk- och bostadsräkningar, slutenvårdsdata och dödsorsaksdata visade att tre gånger så många icke förvärvsarbetande kvinnor som kvinnor i högre tjänstemannayrken vårdats/avlidit med diagnoser relaterade till alkohol. För kategorierna kvinnliga arbetare och lägre tjänstemän var andelen vårdade/avlidna ungefär hälften så många som de som saknade arbete. Tio år senare noterades en stor ökning av antalet vårdade-/avlidna bland alla kategorier kvinnor förutom högre tjänstemän. Bland icke förvärvsarbetande kvinnor hade andelen vårdade/avlidna fördubblats jämfört med den tidigare perioden (43).

I en undersökning vid Alkoholkliniken vid Malmö Allmänna Sjukhus har en uppföljning gjorts av 94 kvinnor och 189 män som hade kontakt med kliniken första gången år 1970. Uppföljningen gjordes dels åren 1975–1978, dels åren 1990–1992. Sedan år 1970 har 43 kvinnor och 98 män avlidit vilket visar en överdödlighet för dessa kvinnor med 2,8 gånger jämfört med kvinnor i befolkningen. Den ökade dödligheten för män var 2,3 gånger den för män i befolkningen. Undersökningen visade att symptom på depression och självmords-

tankar vid undersökningen år 1970 var relaterade till en dålig prognos hos kvinnor men ej hos män (57, 59).

Det är möjligt att den officiella dödsorsakstatistiken ger en betydande underrapportering av alkoholrelaterad död. I en obduktionsstudie av samtliga 454 män och 214 kvinnor i åldern 15-54 från Stockholm som avled 1987 hade 21,1 procent av männen och 14,5 procent av kvinnorna någon av de alkoholrelaterade diagnoserna alkoholism, alkoholpsykos, alkoholförgiftning, skrumplever och bukspottskörtelinflammation på dödsbeviset. Då hänsyn togs till alkoholhalt i blodet samt andra organförändringar framkom att för 32,2 procent av kvinnorna och 57,5 procent av männen var dödsfallen säkert eller potentiellt alkoholrelaterade (44b).

6.5 Familjesociala konsekvenser

Ett starkt skäl till att kvinnor döljer sitt alkoholberoende hänförs till konsekvenser som hon kan drabbas av som mor (32). Den rädsla som många kvinnor känner inför vad som kan hända barnen om missbruket misstänks, upptäcks eller avslöjas är omvittnad. Det närmare förhållande till barnen som kvinnan i allmänhet har och de skyldigheter hon tillskrivs som mor, medför strängare krav på henne och mera kännbara konsekvenser för henne om hon missbrukar. Att hemlighålla alkoholkonsumtionen blir en nödvändighet inför risken att förhållandena i hemmet kan leda till åtgärder från myndigheters sida. Eftersom alkoholmissbruk hos modern är en mera graverande omständighet än missbruk hos fadern får ingripanden större aktualitet.

I en studie av ett urval tvångsomhändertaganden av barn från 1930–1980-talet, framgår att missbruk är orsak till omhändertagandet i nästan hälften av fallen sett över hela tidsperioden och dominerande orsak under de tre senaste decennierna. Av de 56 ärenden där missbruk (alkohol i 42 familjer, narkotika och blandmissbruk i 14 familjer) angavs som skäl till omhändertagande, var missbruk hos modern orsak i 21 familjer, hos fadern i 14 och hos båda i 21 fall. Av undersökningen framgår också förändringen i kvinnors alkoholkonsumtion genom att det från 1930 till och med 1950-talet endast var i fyra familjer som moderns missbruk var grund för omhändertagande medan faderns missbruk var orsak i 12 familjer. Från år 1960 och fram till och med 1980-talet åberopas moderns missbruk i 38 familjer och faderns i 23 (35).

En annan familjesocial konsekvens är att en missbrukande kvinna sällan har en icke missbrukande partner som ger henne det stöd som "alkoholisthustrun" ger en manlig alkoholmissbrukare (32). Mannen, som inte missbrukar, ser i allmänhet inte eller vill inte se hustruns missbruk. Han blundar för problemen så länge han kan. Då missbruket inte längre går att hålla inom familjen blir skilsmässan lösningen för mannen. Kvinnan blir också fysiskt övergiven och problembilden leder inte sällan till dramatiska händelser som kraftigt ökat missbruk, berusning, självmord eller självmordsförsök etc.

Det är vanligt att den alkoholberoende kvinnan är gift eller sammanbor med en alkoholberoende man. Nära hälften av kvinnorna lever i sådana förhållanden. Miljön kan vara utomordentligt kränkande för kvinnan med återkommande misshandel och förnedring. De familjesociala konsekvenserna av alkoholmissbruk behandlas också i kommissionens delbetänkande BARN – FÖRÄLDRAR – ALKOHOL (SOU 1994:29).

7 Alkohol och graviditet

Alkoholens fosterskadande effekter har varit kända sedan förra århundradet men fått uppmärksamhet först under de senaste decennierna. Ett franskt vetenskapligt arbete år 1968 lade grunden för den forskning som senare fick bilden av det *fetala alkoholsyndromet (FAS)* att successivt klarna under 1970-talet.

En enkät till 50 barnkliniker visade att under perioden januari 1983 till december 1984 föddes 200 barn till alkoholmissbrukande mödrar. Av dessa hade 18 barn fullt utvecklad FAS och 41 barn hade andra alkoholskador. Under senare år bedöms 50–100 barn födas varje år med FAS. Ytterligare 200–300 föds med mindre allvarliga skador till följd av moderns alkoholmissbruk under graviditeten. Det finns dock anledning anta att det finns fler fosterskadade barn än de som diagnostiseras som alkoholskadade under sitt första eller andra levnadsår (26, 45).

7.1 Kunskapsutveckling

I Sverige redovisade flera forskare i slutet av 1970-talet och de första åren på 1980-talet forskningsresultat som resulterade bl.a. i stor massmedial uppmärksamhet. Forskningsresultaten och intresset bidrog till såväl ökad insikt och kunskap hos allmänheten som kunskapsutveckling hos olika personalgrupper om alkoholens skadeverkningar på fostret. Effekten av informationen och kunskapstillskottet var uppenbar. Antalet fosterskadade barn minskade. Mot slutet av 1980-talet avtog uppmärksamheten kring frågorna, informationen blev mera sparsam och engagemanget och entusiasmen svalnade inte bara i medier utan också i olika verksamheter.

Aktuella iakttagelser är att gravida dricker alkohol och gör det även långt in i graviditeten. Detta kan vara en följd av att informationen om skadeverkningarna generellt minskat, även inom mödrahälsovården. Det kan också ha samband med yngre kvinnors högre alkoholkonsumtion och att den gravida kvinnan anser att den mängd alkohol hon dricker är försumbar och ofarlig för barnet. Det finns risk för att antalet barn födda med skador som en följd av alkoholmissbruk hos modern åter ökar.

7.1.1 Två aktuella rapporter

Under hösten 1993 har Socialstyrelsen i två rapporter uppmärksammat alkohol, graviditet och föräldraskap. Den ena, Alkohol och narkotika under graviditet. Vilka är riskerna för barnet? är en kunskapsöversikt över vilka skador barnet riskerar på grund av moderns alkoholbruk under graviditeten (2). Den andra, Drogmissbruk och föräldraskap är en kartläggning av de

insatser som görs för att förebygga alkoholkonsumtion hos gravida och nyblivna mödrar (26).

Socialstyrelsens kartläggning av insatser visar att det för närvarande finns få särskilda insatser och verksamheter för gravida missbrukare och nyblivna missbrukande föräldrar. En enkät till samtliga kommuner och mödra- och barnhälsovårdsöverläkare i landet (639 enkäter) besvarades av 400. Av dessa beskrev 47 pågående, nyligen avslutade eller planerade verksamheter enligt de kriterier som uppställts. Flertalet avsåg insatser/verksamheter inom mödra- och barnhälsovård, i allmänhet i samverkan med socialtjänsten (26).

7.2 Alkoholens skadeeffekter

7.2.1 Fetalt alkoholsyndrom (FAS)

FAS är en samlingsdiagnos för tre typer av födelsedefekter: tillväxthämning, avvikande utseende och symptom från centrala nervsystemet. *Tillväxthämningarna* kan inträffa både före och efter födelsen och drabba såväl längd som vikt. *Avvikande utseende och eventuella missbildningar* kännetecknas av platt mellanansikte, tunn överläpp, små kinder, epikantusveck (vid inre ögonvinkeln) och andra missbildningar i ansikte eller på armar och ben. Missbildningar kan också finnas på organ. Effekterna på *centrala nervsystemet* kan vara kramper, långsam utveckling, hyperaktivitet, inlärningssvårigheter, koncentrations- och minnesstörningar. Dessutom förekommer ofta *ögonskador* hos dessa barn med bl.a. underutvecklade synnerver och nedsatt synförmåga.

Skadorna kan vara mycket svåra att upptäcka i nyföddhetsperioden. De olika tecknen kan framträda först senare. Vid 18 månaders ålder är symptomen i allmänhet så framträdande att de upptäcks och kan diagnostiseras (2, 45). Ibland dröjer det dock ända till skolåldern innan det upptäcks att barnet har skador till följd av moderns alkoholkonsumtion under graviditeten (49).

7.2.2 Andra alkoholeffekter

Vissa studier har visat på samband mellan alkohol under graviditet och missfall och intrauterin död (dödfött barn). Andra studier har ej funnit sådana samband. Sammanfattat konstateras dock att det är sannolikt att ett samband finns men det är oklart vid vilken missbruksnivå. Prematur förlossning har i flera undersökningar påvisats vid hög alkoholkonsumtion. Även här är det emellertid osäkert vilken påverkan andra faktorer kan ha.

Om inte fullt utvecklat fetalt alkoholsyndrom föreligger har en del forskare talat om fetala alkoholeffekter. Skadorna kan vara likartade, men den sammansatta skadebilden föreligger inte. Exempelvis har tillväxthämningar konstaterats hos barn till mödrar med hög alkoholkonsumtion liksom missbildningar. Barnen blir kortare, har låg födelsevikt eller mindre huvudomfång liksom att de kan ha ansiktsmissbildningar (2, 45).

7.2.3 Uppföljningsstudier

Uppföljningsstudier av barn till kvinnor som missbrukat alkohol under graviditeten visar att barnens skador till stor del består med fortsatt försämrad tillväxt samt inlärnings - och koncentrationssvårigheter. En svensk uppföljning av 24 barn bekräftar att flertalet barn har skolsvårigheter och beteendestörningar 12–13 år efter födseln. Av de 24 undersökta barnen går 7 i normalklass, 11 har någon form av stöd i skolsituationen och 6 går i särskola. Barnen visade också bristande uthållighet, impulsivitet och aggressivitet. Problemen var markant större för barn till kvinnor som missbrukat alkohol under större delen av graviditeten. Att omfattande stöd- och hjälpåtgärder satts in och att barnen i flertalet fall varit placerade i familjehem under uppväxtåren har inte kunnat kompensera konsekvenserna av att ha exponerats för alkohol som foster. En tidig placering i familjehem har dock inneburit en viss utvecklingsmässig förbättring.

Uppföljningen av de 24 barnen visar också en mycket bättre situation för de barn vars mödrar slutat dricka alkohol tidigt i graviditeten (9, 57).

7.3 Konsumtion

Iakttagelserna av den bättre situationen för barnen vars mödrar slutat dricka alkohol tidigt i graviditeten aktualiserar frågor som ligger latenta så fort ämnet alkohol och graviditet tas upp. Vilken mängd alkohol kan intas utan att fostret skadas och när under graviditeten är riskerna störst för skador? Inte minst är det ångestfyllt för många kvinnor att veta att de druckit alkohol vid enstaka tillfällen eller mera regelbundet innan de ännu visste att de var gravida. Konsumtionen kan ha påverkat fostret och medvetenheten om eventuella konsekvenser blir djupt oroande.

7.3.1 Konsumtionsmönster och risk

Tre grupper av konsumtionsmönster beskrivs i litteraturen kring alkohol och fosterskador: tung alkoholkonsumtion, måttlig konsumtion och berusningsdrickande. *Tung alkoholkonsumtion* motsvarar 140 gram alkohol/vecka (43 cl sprit eller något mindre än 2,5 flaskor lättvin), *måttlig konsumtion* 120 gram alkohol/vecka (37 cl sprit eller nästan 2 flaskor lättvin) och *berusningsdrickande* vilket innebär något mindre än en flaska vin vid ett och samma tillfälle.

Fullt utvecklad FAS drabbar barn till kvinnor som konsumerat stora alkoholmängder tidigt under graviditeten. Risk för låg födelsevikt, spontanabort, prematurfödsel och neurologiska och mentala utvecklingsstörningar finns vid lägre konsumtionsnivåer. En riskvärdering går dock inte att göra. Effekterna blir större eller mindre vid olika stadier i graviditeten och individuella riskfaktorer kan ha stor betydelse (1, 2, 45).

Amerikanska undersökningar har påvisat effekter på fostret när kvinnan haft en daglig konsumtion motsvarande 20–30 gram alkohol (6–8 cl sprit eller

ca 30 cl lättvin) i genomsnitt under en månad men också intag av lägre kvanti teter har visat sig ge skador på fostret (49). Undersökningsresultat från fyra mödravårdscentraler i Stockholm under åren 1978–1980, anger att 11 procent av de inskrivna gravida kvinnorna hade en alkoholkonsumtion som kunde påverka fostret. Sju procent av kvinnorna drack 30–125 gram ren alkohol per dag (8–37 cl sprit eller 0,5–2 flaskor lättvin) i genomsnitt under en månad (16).

7.3.2 Gravida bör avstå från alkohol

Den allmänna rekommendation som gällt är att gravida kvinnor helt bör avstå från alkohol. De flesta kvinnor accepterar att alkohol och graviditet inte hör ihop och avstår spontant från att dricka i samband med att de får graviditetsbesked.

Det finns ingen anledning att frångå rekommendationen. Individuella olikheter hos kvinnor, kritiska stadier i fosterutvecklingen, uppluckrad dryckesmoral vid enstaka tillfällen, berusningsdrickande, måttlighetskonsumtion som går över i tung konsumtion etc. är exempel på risker. För att maximalt skydda barnet och undvika egen oro bör kvinnan helt avstå från alkohol under graviditeten.

För barnet är det av största vikt att avbryta pågående konsumtion. Forskning och erfarenhet visar att om kvinnan slutar dricka alkohol tidigt i graviditeten är prognosen god för barnet. Lika entydiga är beskeden att ju längre tid kvinnan dricker under graviditeten, ju mer omfattande blir skadorna på barnet. Att ingripa tidigt för att drastiskt minska eller stoppa ett alkoholbruk har således stor betydelse för skadebilden (9, 49).

7.4 Motivation, stöd och hjälp

För mödrahälsovården, som är den absolut viktigaste instansen för den gravida kvinnan, är en fyllig alkohol-/droganamnes vid inskrivningstillfället betydelsefull för att kunna stödja och hjälpa kvinnan både på kort och lång sikt. Kvinnans beredskap att ta emot stöd och hjälp är i allmänhet mycket stor när hon väntar barn. Den gravida kvinnan har beredskap att ta emot information och råd och också att avbryta hög konsumtion eller missbruk av alkohol. Ingen gravid kvinna vill medvetet skada sitt väntade barn och de flesta gravida kvinnor tar omedelbart fasta på informationen och bryter ett olämpligt dryckesmönster. Undersökningar på 1980-talet har visat att ca 80 procent av alla kvinnor som fick information i början av graviditeten slutade dricka (16, 26).

En del kvinnor behöver däremot mycket stöd, hjälp och planering av insiktsfull och kompetent personal inom inte bara mödrahälsovården utan också inom alkoholmottagningar eller alkoholkliniker, specialistmödravård, socialtjänst etc. för att klara graviditeten utan alkohol. Utvärderingar av FA-projektet under 1980-talet visade att majoriteten gravida kvinnor ansåg att alla gravida

borde ha tillgång till socialsekreterare på mödravårdscentralen eftersom graviditeten ofta för med sig frågor och bekymmer av social art (49). För de kvinnor som inte slutar dricka, även om de vidhåller att de gjort det, måste inriktningen tidigt vara inställd på vad som skall hända det väntade barnet (16, 26). Alkoholmissbrukets konsekvenser för barn och föräldraskap beskrivs också i kommissionens delbetänkande BARN - FÖRÄLDRAR - ALKOHOL (SOU 1994: 29).

7.4.1 Den blivande fadern

Det är viktigt att information och upplysning också ges till den blivande fadern. 60–80 procent av de blivande fäderna har kontakt med den barnmorska som har hand om den blivande modern. Det måste finnas utrymme för påverkan och attitydbearbetning också av mannen. Den blivande fadern är delaktig i hur kvinnans alkoholkonsumtion utvecklas. Om han fortsätter sitt dryckesmönster är risken stor att kvinnan inte ändrar sitt. Det ofödda barnet är gemensamt och måste skyddas av båda (16, 49).

8 Förebyggande insatser

Skola, hälso- och sjukvård och arbetsplatser är viktiga i det förebyggande eller preventiva alkoholarbetet. Primär prevention avser åtgärder för att förhindra uppkomst av problem. Insatserna riktas till "alla". Sekundär prevention är insatser för att tidigt uppmärksamma risker eller problem och förhindra ytterligare komplikationer. Målgrupperna är "riskgrupper". I kommissionens delbetänkande ATT FÖREBYGGA ALKOHOLPROBLEM (SOU 1994:26) behandlas förebyggande insatser och särskilt insatserna för riskgrupper.

8.1 Skolan

Skolan når alla ungdomar och är därmed den institution som jämsides med familj och kamrater har störst inflytande över ungdomars inställning till alkohol, alkoholdebut och alkoholvanor. Skolan kan också genom lärares, skolhälso- och elevvårdspersonals uppmärksamhet på eleverna se eller förstå vilka elever som har eller kan få problem med alkohol.

8.1.1 Information, undervisning

Preventivt arbete inriktat mot alkohol, narkotika och tobak (ANT-undervisning) har förekommit sedan 1960-talet. I läroplanen 1969 uttalades skolans skyldighet att motverka alkohol-, drog- och tobaksbruk och det fanns klara och tydliga mål för undervisningen. 1980 års läroplan var mera diffus och gav mindre utrymme för ANT-frågorna. Läroplanen 1994 nämner inte begreppet ANT utan låter alkoholinformationen ingå i skolans allmänt hälsoförebyggande arbete. Skolans styrdokument ger därmed inget uttalat stöd för undervisning i skolan om bl.a. alkohol.

Med en likartad bild för gymnasieskolan, vars styrdokument ej heller nämner ANT-undervisning, framgår att skolan, inte på någon nivå, har direkt skyldighet utifrån centrala dokument att informera och undervisa om alkohol. Det är beroende på den enskilda skolan och dess lärare om den tidigare undervisningen skall fortsätta och i vilka former detta skall ske.

Anpassad information till flickor

Det är en stor brist om inte skolans möjligheter kan tas i anspråk för informationen till flickor om alkohol och alkoholbruk. Flickors ökade konsumtion och berusningsbenägenhet framgår av de skolundersökningar som görs i årskurs 9. Det är särskilt viktigt att flickor får könsspecifik information t.ex. om att de tål mindre alkohol än pojkar, att alkoholeffekten kan påverkas av preventivpiller,

att menstruation påverkar alkoholreaktionen, att alkoholrelaterade skador inträder så mycket snabbare på flickor/kvinnor och inte minst att det finns stora risker med alkoholbruk i samband med graviditet. Skolan erbjuder den största möjligheten till preventivt arbete för unga flickor.

Informationen måste upprepas och kontinuerligt hållas levande. Det finns rika tillfällen att belysa alkohol och alkoholens konsekvenser även i den ämnesrelaterade undervisningen.

8.1.2 Uppmärksamhet på eleverna

Barn ger signaler och tecken på att de inte mår bra eller har det bra. Alkoholmissbruk hos föräldrar får konsekvenser för barnen och på olika sätt meddelar barnen detta. De kan bli tysta, passiva och ängsliga eller de kan reagera genom att bli bråkiga och utagerande. Dessa signaler och tecken ger anledning till ytterligare observans hos lärare och övrig personal i skolan. Beteendet kan ha många orsaker men en av dem kan vara en påfrestande hemmiljö på grund av missbruk (46). Barns reaktioner på missbruk i hemmet och de konsekvenser missbruket får för barn beskrivs i kommissionens delbetänkande BARN – FÖRÄLDRAR – ALKOHOL (SOU 1994:29). I samma betänkande diskuteras också vad personal i olika verksamheter kan göra för att uppmärksamma barnen.

Alkoholmissbruk hos föräldrar är en varningssignal för att barn/ungdomar själva skall börja dricka tidigt. Undersökningar har visat att en uppväxtmiljö med hög alkoholkonsumtion hos föräldrarna, ökar risken för att barnen skall börja dricka. Omvänt skyddar en god föräldrarelation och en alkoholrestriktiv miljö barnen/ungdomarna från ogynnsamma alkoholvanor (kap. 5).

Skolan har en utomordentlig möjlighet genom sin nära och dagliga kontakt med barn, framför allt på låg- och mellanstadiet, att se tecken hos barnen som kan indikera en hemsituation som kan leda till tidig alkoholdebut och alkoholkonsumtion i tonåren. Dessa barn behöver få möjlighet att berätta om sina problem och de behöver någon som lyssnar och talar med dem om deras situation. I de högre klasserna är kontakten med lärare inte lika nära och tät. Det utesluter inte att observansen kan och måste vara stor på elevernas prestationer, reaktioner, förändrade beteenden, skolk, passivitet och försämrade skolresultat. Skolundersökningarna visar t.ex. att skoltrivseln är sämre ju större elevens årliga alkoholkonsumtion är. De elever som dricker mest skolkar också mest. Bland flickor som inte dricker alkohol skolkar en procent medan 31 procent av de flickor som har den högsta konsumtionen skolkar (4).

Flickors reaktioner

Det är känt att pojkar generellt uppmärksammas mera än flickor i skolan. De gör sig hörda och får oftare omgivningens uppmärksamhet genom att de bråkar eller är mera högljudda. Pojkar, vars situation inte är bra, förstärker i allmänhet det gängse pojkbeteendet. Flickor, som inte mår bra eller har det bra påkallar

inte omgivningens uppmärksamhet på samma sätt. De reagerar kanske i stället med tystnad och tillbakadragenhet, märks inte och hörs inte. Kanske framstår de som idealelever eftersom de ofta är mycket ambitiösa och ordentliga. Pojkarnas syn- och hörbara reaktioner ger utrymme för kommunikation med vuxna. Flickornas inte märkbara yttre reaktioner gör att de kan bli åsidosatta (32, 36).

Den dåliga självkänsla som många flickor har och den osäkerhet de kan känna, till följd av kanske både dåliga föräldrarelationer och en svår skolsituation, är extremt riskfylld. Det blir en nödvändighet för dem att tillgripa olika medel för att dels anpassa sig, dels hävda sig. Missbruk och överdriven sexuell aktivitet är inte ovanligt hos dessa flickor när de kommer längre upp i tonåren.

8.1.3 Skolhälsovård och elevvård

Skolsköterskan och skolkuratorn har centrala roller när det gäller att tidigt upptäcka flickor med problem. Flickor vänder sig i större utsträckning än pojkar till framför allt skolhälsovården. De söker skolsköterskan för kroppsliga problem som huvudvärk och magont men anledningen till kontakt är inte sällan helt andra problem. Genom spontanbesöket kan en förtroendefull kontakt byggas upp. Den kan i sin tur leda till sekundärpreventiva insatser från skolhälsovårdens sida om det finns risk för hög alkoholkonsumtion (36).

Ju högre upp i klasserna eleverna kommer ju angelägnare blir det att informera om alkohol och graviditet. Detta gäller både pojkar och flickor. Även om flickan är den som ytterst måste ansvara för att hon inte dricker om hon tror eller vet att hon är gravid, är ansvaret i hög grad också pojkarnas. Det finns ingen anledning att undanhålla pojkarna synnerligen viktig information.

8.2 Hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården har stora möjligheter till ett primär- och sekundärpreventivt arbete genom sina kontaktytor gentemot allmänheten. I synnerhet är möjligheterna stora att nå kvinnor eftersom kvinnor definierar sina alkoholrelaterade problem i hälsotermer oftare än män. Det innebär att kvinnor söker medicinsk hjälp för somatiska och psykiska problem på akutmottagningar, inom psykiatrisk vård, gynekologi, primärvård m.m. (59). Alkoholkonsumenter i riskzonen upptäcks dock inte alltid. Trots goda erfarenheter av prevention har spridningen av metoder för förebyggande arbete gått långsamt (1). Den försiktighet som fortfarande finns inom sjukvården inför att fråga om alkoholvanor leder till att eventuella alkoholproblem inte lyfts fram (39, 44). Det kan vara svårt för en läkare att tala om alkoholproblem med en patient som inte på något sätt motsvarar bilden av en alkoholmissbrukare. Att det yttre är extremt perfekt för att dölja ett inre kaos, kan inte tas som intäkt för ett samtal. Flera förespråkare anser dock att om alkoholfrågan togs upp mera regelbundet och samtal fördes om alkohol och alkoholens konsekvenser, både med män och med

kvinnor, skulle det på sikt ha en avdramatiserande effekt och betraktas som en självklar del av läkarbesöket (6, 12, 19). Individer med alkoholproblem kan också tidigt identifieras genom olika metoder (11). Kommissionens delbetänkande ATT FÖREBYGGA ALKOHOLPROBLEM (SOU 1994:26) redovisar dessa metoder i kapitel 3.

8.2.1 Ungdomsmottagningar

Ungdomsmottagningarna (UM) definierar sig själva som en hälso- och sjukvårdande verksamhet även om de ca 180 ungdomsmottagningar som finns i landet har olika huvudmän. Landstinget är huvudman för en del, kommunen för en del. Ytterligare andra har t.ex. Stadsmissionen som huvudman. Delat huvudmannaskap är vanligt.

I sitt policyprogram beskriver UM att de arbetar med "att förebygga oönskade graviditeter, sexuellt överförbara infektioner, psykisk och social ohälsa och missbruk av alkohol, tobak och narkotika". UM arbetar med individuell rådgivning, undersökning och behandling och utåtriktad verksamhet med lektioner och gruppsamtal. Företrädare för medicin och social-psykologi samarbetar och den lägsta bemanningen vid en UM är barnmorska, läkare och socionom/psykolog.

Omfattningen av verksamheten varierar i landet. Vissa UM har öppet några timmar i veckan, andra har öppet både dag- och kvällstid. Den övre åldersgränsen är 20 år eller 25 år. Enligt policyprogrammet är 25 år en lämpligare gräns eftersom åldersgruppen närmast under är viktig att nå.

Flickor vanligast som besökare

De vanligaste besökarna på UM är flickor i 17–18-årsåldern. De flesta söker sig dit för att de har frågor om kroppen, menstruation och preventivmedel men även mobbning, sexuella övergrepp och föräldraproblem är vanliga anledningar till besök. Ungdomsmottagningarna beskriver att flickor har stor öppenhet för att söka hjälp av kurator eller psykolog när de har problem. Precis som beträffande skolhälsovården söker flickor för fysiska krämpor trots att det handlar om psykosociala problem.

Ungdomsmottagningarna menar att de tidigt kan upptäcka och åtgärda problem genom att de har en bred kompetens. Det borde också innebära rika möjligheter att tala om alkohol. Flickornas öppenhet, det samband som finns hos många flickor mellan alkohol och sexualitet och det förtroende som flickorna visar genom att söka sig till UM ger möjlighet både för primär- och sekundärpreventiva insatser.

Enligt uppgifter från UM rör samtalen mellan flickorna och personalen sällan alkohol. UM anser sig sakna missbrukskompetens och flickorna söker UM av helt andra skäl. I den undervisning i sex och samlevnad som UM har på skolor tar man dock alltid upp alkohol- och drogfrågor.

8.2.2 Mödrahälsovården

Mödrahälsovården har en unik ställning när det gäller den viktiga målgruppen gravida kvinnor. Kvinnor har stort förtroende för mödrahälsovården. De vänder sig dit, merparten tar tacksamt emot upplysningar och information från den professionella personalen och det väntade barnet gör dem benägna att ändra beteende och efterleva råd.

För att nå målet att varje kvinna skall avstå från alkohol under graviditet krävs att barnmorskan kan avsätta tillräckligt med tid för varje patient för en alkoholanamnes och ett ingående samtal om alkohol. Eftersom avsikten inte är att skrämma och oroa kvinnan utan att sakligt informera, hjälpa och stödja henne, måste det också finnas tid att besvara alla de frågor hon kan vilja ställa. Den allmänna informationen måste alla gravida kvinnor få (16).

För många andra frågor än de som direkt rör graviditet och förlossning är samarbetet med socialtjänsten viktigt. En missbrukande gravid kvinna och hennes partner har oftast stort behov av stöd och hjälp i sociala frågor och frågor rörande föräldraskapet och inte minst i den kort- och långsiktiga planeringen för familjen (49).

Insatserna har minskat

I början på 1980-talet när diskussionen om alkohol och graviditet var som livligast var också kunskapsutvecklingen och fortbildningen inom området intensiv och särskilda, riktade insatser växte fram. Något mer än tio år senare är området alkohol och graviditet inte lika uppmärksammat, kunskapsutvecklingen har i viss mån försummats och insatserna har, som nämnts tidigare (avsnitt 7.1) skurits ner. Antalet barn som föds med alkoholskador befaras av många åter öka. En rad samverkande orsaker kan leda till detta. Unga kvinnor som föder barn i dag var för unga för att ta del av informationen under medieuppmärksamheten kring alkohol och fosterskador på 1980-talet, de har successivt fått minskad alkoholinformation i skolan genom bl.a. nedskuren ANT-undervisning och de har vuxit upp i ett allt alkoholliberalare klimat med efter hand alltmer manliga dryckesmönster (26, 45).

8.2.3 Barnhälsovården

Konsekvenserna av förändringarna inom primärvården går inte att förutse. För kvinnor med alkoholproblem som nyligen fått barn är det av största vikt att de kontaktmöjligheter och informationsvägar som funnits och finns mellan mödra- och barnhälsovård bibehålls. Samarbetet är betydelsefullt för alla barn och föräldrar men det är i synnerhet angeläget när kunskap eller misstanke finns om alkoholmissbruk under graviditeten (49). Observansen måste vara stor på barnet med tanke på eventuella alkoholskador. Dessa kanske inte noteras under nyföddhetsperioden utan först senare.

Modern behöver mycket stöd av barnhälsovården i föräldraskapet om hon inte kommit från sina alkoholproblem. Det finns också anledning för barn-

hälsovården att ha ett nära samarbete med socialtjänstens individ- och familjeomsorg för att tillgodose barnets behov på bästa sätt. Den samverkan som finns på många håll mellan mödra- och barnhälsovård och socialtjänst i uppsökande verksamhet och föräldrautbildning bör stimuleras och utvecklas för att bl.a. tillgodose behov av information, upplysning och stöd och hjälp till småbarnsmammor med alkoholproblem.

De täta kontakter som föräldrar har med hälso- och sjukvården under barnets småbarnsår ger tillfälle till ett alkoholförebyggande arbete för alla nyblivna föräldrar. Ensamstående kvinnor med barn har en särskilt påfrestande situation och utgör enligt alkoholmottagningarna en riskgrupp.

Föräldraskapet och olika organs möjligheter att stödja och hjälpa barn och föräldrar när någon av föräldrarna missbrukar behandlas i kommissionens delbetänkande BARN – FÖRÄLDRAR – ALKOHOL (SOU 1994:29).

8.3 Arbetsplatsen

En förutsättning för att kunna hjälpa och stödja en högkonsumerande arbetskamrat på en arbetsplats är att arbetsledare och chefer inte blundar för problemen och att den andan genomsyrar arbetsplatsen. En vanlig reaktion, också på en arbetsplats, är att omgivningen förnekar en arbetskamrats svårigheter, finner förklaringar till dem eller inte låtsas om dem. Alkohol- och narkotikarådet (Alna-rådet), som är ett samarbetsorgan i alkohol- och narkotikafrågor mellan arbetsmarknadens parter, har erfarenheten att det är alltför vanligt att man på arbetsplatserna är "snäll", tittar bort, skyler över och hjälper till att dölja ett missbruk. Med en uttalad alkoholpolicy på arbetsplatsen, med arbetsplatsprogram för kvinnor och en arbetsledning som är beredd att ingripa i förebyggande syfte kan arbetsplatsen utföra ett viktigt preventivt arbete (22, 37). Naturlig samarbetspartner är företagshälsovården som genom sin kontinuitet och kontakt med de anställda har goda möjligheter att tidigt identifiera missbruk och göra insatser för alkoholmissbrukare (1).

Kvinnor i ett tidigt missbruk är mottagliga för information och lyhörda för signaler om hur de uppfattas på arbetsplatsen. Den ambition som många kvinnor har och de omvittnade krav, som många kvinnor ställer på sig själva att göra arbetsinsatser utöver vad konkurrerande män anser sig behöva göra, är enligt arbetslivsundersökningar starka stressfaktorer i kvinnors yrkesliv. Samtidigt innebär kraven att kvinnor i allmänhet är känsliga för hur de uppfattas på arbetsplatsen, uppmärksamma på sina prestationer och måna om att lyckas väl. Detta minskar inte stressen, tvärtom, men kan i relation till bruk och missbruk av alkohol innebära större vaksamhet på omgivningens reaktioner och större beredskap att minska för hög alkoholkonsumtion (22). Deltagande i arbetslivet innebär social kontroll. Arbetskamrater, chefer, kunder etc. ställer krav och observerar och reagerar på beteenden som kan ha sin grund i hög alkoholkonsumtion.

9 Vård och behandling

Vård och behandling för kvinnliga alkoholmissbrukare har utgått från metoder och erfarenheter från behandling av män. Få studier har inkluderat kvinnor och ännu färre har utvärderat kvinnors data separat (59). Forskning och praktisk erfarenhet har dock inom en mycket begränsad tid kunnat visa positiva resultat från vård- och behandlingsformer, anpassade för kvinnor. Om orsaker, konsekvenser, attityder, konsumtion och konsumtionsmönster m.m. delvis skiljer sig åt mellan män och kvinnor är det rimligt att sätten att komma till rätta med problemen delvis också skiljer sig.

Studier, som redovisat behandling av kvinnor med alkoholproblem är ännu relativt få. De är också ofta små och med oklar representativitet. Resultaten som föreligger är därför många gånger osäkra. Påfallande ofta är också resultaten motsägelsefulla, vilket är en följd av att studierna är begränsade (22). Intresset och engagemanget för undersökningar om och utvärderingar av vård och behandling för kvinnor med alkoholproblem har under de senaste åren ökat både i Sverige och internationellt. Möjligheterna till jämförelser och slutsatser om effekter ökar därmed.

Alkoholpolitiska kommissionens delbetänkande VÅRD AV ALKOHOLMISSBRUKARE (SOU 1994:27) belyser problem och behov inom vården samt förslår förändringar.

9.1 Insatser i tidigt skede av beroende

Kvinnor har, i vart fall hittills, börjat missbruka senare än män men de har blivit alkoholberoende vid ungefär samma ålder och med lika svårt missbruk. Detta talar för en snabbare missbruksutveckling hos kvinnor (23, 59). Mot denna bakgrund blir det särskilt angeläget att nå kvinnor tidigt i beroendeutvecklingen.

Huruvida uppfattningen att kvinnor börjar missbruka senare i livet fortfarande är giltig är tveksamt. Yngre kvinnor har, som tidigare nämnts andra dryckesmönster och högre konsumtion. Detta kan få som konsekvens att kvinnor blir alkoholberoende i yngre ålder vilket talar för att det krävs ännu större uppmärksamhet på tidig upptäckt.

För att avgränsa vad som avses med insatser i tidigt sked av alkoholberoende i detta sammanhang redovisas EWA-enhetens kriterier: patienterna vid enheten är förstagångssökande; de kan ha haft en hög alkoholkonsumtion under flera år (genomsnittlig dygnskonsumtion närmare två flaskor lättvin) men utan tecken på kronisk alkoholism (t.ex. skrumplever) eller grav psykisk störning; socialt fungerar de med familj och arbete; flertalet har besvär med trötthet, sömn, irritabilitet etc. (18, 27).

9.1.1 Benägenhet att söka stöd och vård

Flera undersökningar framhåller kvinnors större mottaglighet för information och påverkan. En förutsättning är att det preventiva arbetet med information och upplysning når kvinnorna och att de får kunskap om var de kan få stöd och hjälp. Det finns hindrande faktorer för att söka hjälp och stöd och det finns faktorer som gör att motivationen och möjligheterna ökar. I det följande nämns både några hinder och några möjligheter.

Kvinnor söker hjälp för psykiska och fysiska besvär i större utsträckning än män. De definierar däremot oftast inte sina problem som sammanhängande med alkoholkonsumtionen. Alkoholen är därmed inte huvudproblemet och därför söker kvinnan hjälp för andra problem i första hand. Benägenheten att söka vård är stor men det är kanske inte den specialiserade alkoholvården kvinnan söker. Med uppmärksamhet på eventuella alkoholproblem kan de vårdinstanser kvinnan söker dock erbjuda eller förmedla insatser tidigt.

Ett hinder för kvinnan att söka och få hjälp är att make/partner, som inte sällan själv är alkoholmissbrukare, motsätter sig behandling eftersom hustrun/partnern därigenom kan få en annan inställning till alkohol och därmed också till hans missbruk. Kvinnliga alkoholister, uppnår inte sällan en förbättring efter skilsmässa. Skilsmässan kan innebära att kvinnan bryter ett dryckesmönster som hon påverkats till av mannen (10). Barn, släktingar och arbetskamrater uppmuntrar däremot ofta och stöder kvinnan när hon tar steget att söka vård.

Samtidigt kan barnen vara ett "hinder" för att söka hjälp. Rädsla för att uppfattas som en dålig mor och att barnen kan tas ifrån henne är en barriär. Skam- och skuldkänslor, låg självkänsla och en ringaktande syn på sig själva är andra faktorer som tvingar kvinnor att mobilisera extra mycket kraft för att söka vård och behandling.

Kvinnor kan också dra sig för att söka hjälp i de verksamheter som finns. De kan vara uppbyggda och anpassade för män och flertalet vårdsökande är män. Många kvinnor vill undvika mötet med alkoholiserade män, vars alkoholbruk och beteende de inte anser sig ha något gemensamt med.

Trots dessa hindrande faktorer är det allt fler kvinnor som söker behandling för sina alkoholproblem och gör det i tidigt skede av beroende. Det är inte längre skamligt att söka vård för hög alkoholkonsumtion, åtminstone inte för yngre kvinnor. Det är inte längre lika stigmatiserande att medge ett missbruk (54, 59). Frimodigheten och öppenheten hos yngre kvinnor underlättar kontakt.

Ansvaret för familjen och framför allt för barn är en betydelsefull anledning till att många kvinnor vill komma till rätta med sin alkoholkonsumtion och till att det första steget mot rehabilitering tas. Kvinnans relativt större benägenhet att övergå till nykter livsföring tillskrivs bl.a. sociala påtryckningar (10).

Ett större hälsomedvetande hos kvinnor är en faktor som underlättar tidig kontakt. Kvinnor är måna om hälsan och observanta på symptom och de drar sig inte för att söka läkare. De tar till sig information och påverkas av upplysning som rör deras hälsa.

Viktigast och utslagsgivande är kanske ändå att det finns stöd och behandling som attraherar och som svarar mot kvinnors behov. Kvinnor är ingen homogen grupp och valmöjligheter krävs för att tillgodose behov för kvinnor i olika åldrar eller under olika levnadsomständigheter.

9.2 Öppenvård

Omfattningen av individ- och familjeomsorgens insatser för kvinnor i ett tidigt skede av alkoholberoende är inte känd. Även om en stor del av individ- och familjeomsorgens resurser ägnas missbrukare, gäller detta främst de vars alkoholberoende är uppenbart. Bland dessa finns givetvis också kvinnor. Mot bakgrund av vad som tidigare sagts om att kvinnor med tidiga alkoholproblem relaterar dessa till framför allt medicinska besvär, är inte socialbyrån den instans kvinnan i första hand vänder sig till. Har hon barn är det troligt att hon värjer sig ännu mer för en kontakt med socialkontoret av rädsla för ingripanden.

Rådgivningsbyråer, alkoholpolikliniker, missbruksenheter och andra, särskilda verksamheter inom socialtjänst eller hälso- och sjukvård för missbrukare, svarar för den specialiserade öppenvården och det är dessa verksamheter som kan nå kvinnorna. Att tidigt hjälpa de kvinnor som har hög konsumtion, innan de hunnit utveckla allvarliga beroendesymptom, ger en gynnsam prognos för rehabilitering.

9.2.1 Andel kvinnor i öppenvård

Alkoholmissbrukande kvinnor behandlas till växande del inom den specialiserade missbrukarvården. I en undersökning år 1991 fann Socialstyrelsen (48) att av samtliga aktuella klienter inom den specialiserade öppenvården utgjorde kvinnorna 22 procent. Andelen är i nivå med den skattade andelen kvinnliga missbrukare av totala antalet missbrukare i landet. Antalet kvinnor bland klienterna motsäger alltså uppfattningen att kvinnor är underrepresenterade inom den specialiserade alkoholbehandlingen.

Av samtliga öppenvårdsklienter var 26 procent förstagångsbesökande, andelen kvinnor av dessa är inte känd.

Det finns få mottagningar som vänder sig enbart till kvinnor. Enligt Socialstyrelsens enkätundersökning till öppenvårdsmottagningarna år 1991 vände sig sju av de 310 mottagningar till enbart kvinnor. Uppgifter om hur övriga verksamheter arbetar med kvinnor saknas (48).

9.2.2 EWA-enhetens erfarenhet

En uppföljning av 200 kvinnor i mitten på 1980-talet vid EWA-enheten, som är en av de enheter som vänder sig enbart till kvinnor, visade signifikant bättre rehabilitering för de 100 kvinnor som behandlats vid EWA-enheten än för

kontrollgruppens 100 kvinnor som fick sedvanlig behandling inom hälso- och sjukvården eller socialtjänstens missbrukarvård. Detta resultat gällde såväl missbruks- som social situation, sjuklighet och dödlighet. Även om majoriteten kvinnor i båda grupperna förbättrades visade EWA-gruppen i en rad avseenden avsevärt mera positiva resultat rörande bl.a. återfall, arbetsfunktion, relationer till hemmavarande barn, fritidsintressen och motivation för vård. EWA-enheten sammanfattar resultaten för denna grupp kvinnor: "De tycks i högre grad ha fått kontroll inte bara över sitt alkoholbruk utan också över sina liv vilket senare antagligen är en förutsättning för det förra" (18).

Ett stort värde med behandlingsenheter för enbart kvinnor är enligt EWA-enheten att attraktionskraften i en kvinnomottagning är en motivationshöjande faktor. Kvinnors alkoholberoende och livssituation är annorlunda än mäns. Modersroll och yrkesroll, den syn som varit förhärskande på kvinnor som dricker, fysiska och psykiska symptom, bakgrundsfaktorer i barndom och uppväxt m.m. förenas i behov av, önskan om och tilltro till vård och behandling som särskilt beaktar kvinnors livsvillkor.

EWA-enheten anser att det inneburit stora fördelar med en enhet för enbart kvinnor. "Patienterna har fått lugn och ro i återhämtningsskedet, träffat medsystrar och kunnat tala fritt om kvinnoproblem. I 'blandat' sällskap tystnar den sortens dialog. Ett slags systerskap utvecklas som säkert har stort terapeutiskt värde.

I gjorda utvärderingar av verksamheten har kvinnorna själva framhållit att det varit positivt med enkönad enhet. Många har påpekat att de inte skulle ha sökt hjälp om inte denna möjlighet funnits" (17, 23).

EWA-enhetens erfarenhet är att "individualisering, allsidig probleminventering, fokusering på kvinnofrågor och erfarenhetsutbyte med andra kvinnor skapar en miljö där de kan finna sig till rätta och acceptera en lång behandlingskontakt vilket visar sig ha betydelse för utfallet".

Det går inte ännu att uttala sig om huruvida de särskilda enheterna för kvinnor uppnår bättre behandlingsresultat än enheter för både män och kvinnor som har en likartad uppläggning av arbetet. Få studier har över huvud taget belyst problemet med olika öppenvårdsinsatser för kvinnor strikt vetenskapligt och kunskapen är otillräcklig. Området är angeläget för forskningen.

9.2.3 Behandlingstiden

Behandlingstidens längd har ett klart starkt statistiskt samband med en god prognos. Långvarigt professionellt stöd kan uppväga starka negativa faktorer i utgångsläget (11, 22).

Kvinnor behöver i allmänhet längre behandlingstid än män. En förklaring som ges är att män kan behandlas för sitt alkoholmissbruk och kan bli bra när nykterhet inträtt. Kvinnor har vanligen en bakomliggande problematik, ofta psykisk, vilken gör att de behöver annan behandling än enbart hjälp att bli nyktra. Alkoholkonsumtionen är ett inslag i problembilden och den har starka samband med andra delar i kvinnans totala situation. Nykterhet är för kvinnan

kanske endast det första steget i rehabiliteringen. Behandlingstiden blir med hänsyn till den komplexa problembilden med nödvändighet längre (17, 56).

I den ovan beskrivna studien vid EWA-enheten (avsnitt 9.2.2) inleddes behandlingen för flertalet kvinnor med abstinensbehandling i sluten vård och därefter poliklinisk behandling. För EWA-gruppen var behandlingstiden i genomsnitt åtta månader och för kontrollgruppen i fem månader. Drygt en tredjedel i EWA-gruppen respektive en femtedel i kontrollgruppen, fortsatte kontakten i tolv månader eller längre.

Kvinnomottagningen vid Alkoholkliniken vid Malmö allmänna sjukhus har på grund av resursbrist begränsat behandlingstiden för individualbehandling till sex månader. Därefter kan kvinnan fortsätta i gruppträffar. Behandlingstiden bedöms som för kort för flera patienter och förlängning måste ibland erbjudas (61).

Kvinnoenheten, en öppenvårdsmottagning inom distriktssjukvården i Göteborg, redovisar i en utvärdering ett till fyra års behandlingstid. Hur tät kontakten är varierar; somliga har en gles kontakt under lång tid. Många kvinnor behöver, enligt kvinnoenheten, lång behandlingstid på grund av psykiska problem och personlighetsstörningar (56).

9.2.4 Anpassade mottagningar

Som tidigare nämnts söker kvinnor ofta vård utanför den specialiserade missbrukarvården. I vilken utsträckning kvinnan samtidigt får hjälp för alkoholproblem är osäkert. De som kommer till den specialiserade alkoholvården söker däremot hjälp för alkoholproblemen.

För att attrahera kvinnor som fortfarande känner visst motstånd mot att söka hjälp på en alkoholmottagning kan det vara nödvändigt med en anpassning av mottagningens arbete, öppettider, lokaler m.m. Erfarenheterna från de särskilda kvinnomottagningarna talar för att lättillgänglighet är ett villkor. Besökstid måste kunna erbjudas snabbt efter att kvinnan tagit kontakt. Öppenvården måste vara lätt att komma till, även med allmänna kommunikationer och mottagningen måste vara öppen på tider som passar dubbelarbetande kvinnor. Avskildhet och särskilda öppettider kan vara en anpassning av betydelse. Kvinnor med ångest, skam- och skuldkänslor har mycket motstånd att övervinna när de tar steget att söka hjälp (17, 31, 37). Möjligheten till anonymitet har visat sig värdefull. I Socialstyrelsens enkätundersökning till öppenvårdsmottagningarna utnyttjade t.ex. närmare 15 procent av klienterna möjligheten att vara anonym (48).

Kvinnornas särskilda behov i den specialiserade öppenvården har börjat uppmärksammas. Befintliga kvinnomottagningar har visat positiva resultat och goda erfarenheter som kan utveckla öppenvården och tillgodose kvinnors behov ännu bättre. Inte minst är det viktigt att behov av kvalificerat psykiskt omhändertagande kan erbjudas.

9.2.5 Öppenvårdens önskemål

I Socialstyrelsens tidigare nämnda enkät till öppenvårdsmottagningar framkom att drygt var tredje av de 310 enheterna som besvarade enkäten hade krav/-önskemål om att ta emot socialt utslagna klienter i högre utsträckning. Kvinnor återfinns också i gruppen socialt utslagna klienter men de är förhållandevis få. De till antalet helt dominerande hjälpbehövande är de kvinnor som är högkonsumerande men ännu fungerar socialt. Erfarenheten har visat att de kan nås om öppenvården anpassas till kvinnors situation och behov. Om öppenvården inriktas mot de mest utslagna kan öppenvårdens attraktionskraft minska för kvinnor i tidigare skede av alkoholberoende. Eftersom männen dominerar bland de socialt utslagna kan verksamheten också bli alltför mansdominerad och därigenom direkt och indirekt motverka möjligheterna att nå kvinnor tidigt.

9.3 Institutionsvård

Utbyggnaden av institutionsvården under 1980-talet resulterade i en ökning av antalet platser. Behovet av institutionsplatser för kvinnor är dock inte tillgodosett. I Socialstyrelsens och Statistiska centralbyråns årsskrift 1993 om socialtjänsten och omsorgerna sägs beträffande platsbehoven för utsatta grupper att det är brist på platser för "de riktigt tunga missbrukarna, kriminella missbrukare, psykiskt störda och kvinnliga missbrukare" (48). Det är viktigt att betona att kvinnor lika lite som män är en homogen grupp. Bland kvinnor, såväl som bland män, finns det tunga missbrukare, psykiskt störda och kriminella.

9.3.1 Intagna kvinnor

Institutionsvården består till största delen av frivillig vård och till en mindre del av tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall, LVM. Missbruk av alkohol är fortfarande främsta intagningsorsak. Ungefär 75 procent av de intagna missbrukar enbart alkohol eller har ett blandmissbruk med både alkohol och narkotika. Antalet som enbart missbrukar alkohol minskar medan antalet narkotikamissbrukare ökar. Andelen kvinnor på institutioner för missbrukare har ökat. Särskilt markant är kvinnornas ökande andel av de tvångsintagna. År 1982 var andelen kvinnliga missbrukare 14 procent av de intagna medan andelen år 1985 stigit till 20 procent och år 1991 till 25 procent (48, 50).

Antalet personer intagna enligt såväl socialtjänstlagen (SoL) som LVM var 4 054 den 31 december 1992 enligt Statistiska centralbyrån. Av dessa var 636 kvinnor intagna enligt SoL (2 767 män) och 162 kvinnor intagna enligt LVM (489 män). Inom den frivilliga vården var således vid årsskiftet 1992/93 var fjärde intagen en kvinna och inom tvångsvården var tredje. Av LVM-insatserna under hela år 1992 gällde 35 procent kvinnor.

Ungefär 10 procent av samtliga frivilligt intagna i december 1992 hade barn. Fördelningen mellan könen framgår inte och ej heller hur många av de LVM-intagna som hade barn. Däremot visar uppgifter från SCB rörande antal personer som någon gång under år 1992 varit föremål för insatser enligt LVM, att närmare 20 procent hade barn (58).

I de statistiska redovisningarna av missbrukarvården görs uppdelning på kön i vissa avseenden. Könsuppdelning saknas dock för vissa variabler som kan vara av särskilt intresse ur ett kvinnoperspektiv. Det gäller t.ex. hur många intagna män respektive kvinnor som har barn och om intagningen av dessa föräldrar skett på frivillig grund eller med tvång. Uppgifterna är betydelsefulla eftersom insatser för kvinnor med barn ofta också innebär insatser för barnen. På samma sätt är en åldersuppdelning på respektive kön intressantare än en redovisning av ålder för män och kvinnor gemensamt för en analys av könsrelaterade skillnader.

Länsstyrelserapport om LVM

Länsstyrelserna i Gävleborg och Kopparberg har gjort en uppföljning i hela landet av hur LVM tillämpats och utvecklats under åren 1990 till 1992. I några avseenden särredovisas kvinnor.

Antalet anmälningar enligt 6 § LVM totalt i landet visar en minskning under den undersökta tiden medan omedelbara omhändertaganden enligt 13 § LVM ökat. En slutsats som dras är "att öppenvårdsinsatser erbjuds i större utsträckning än tidigare och tycks tillämpas även i fall där missbruket trots hjälpinsatser inte upphör. Missbrukarna kan få vänta för länge på adekvat vård och befinner sig slutligen i så dåligt skick att ett omedelbart omhändertagande är nödvändigt".

Kvinnornas andel av anmälningarna uppgår till i genomsnitt 24 procent av samtliga anmälningar men variationerna är stora mellan länen. Av de omedelbart omhändertagna är andelen kvinnor 29 procent. Norrbottens län har t.ex. en överrepresentation av alkoholmissbrukande kvinnor bland de omedelbart omhändertagna. Det antas i rapporten att kvinnorna "får bli" sämre innan ingripande sker (34).

9.3.2 Behandlingshem för enbart kvinnor

Det finns ca 420 HVB-hem (hem för vård och boende) i landet. Av dessa vänder sig 32 till enbart kvinnor. Antalet har ökat med 10 under det senaste året. Flertalet av de 32 HVB-hemmen vänder sig till kvinnor där alkoholmissbruk ingår i problembilden.

För- och nackdelar med behandlingshem för enbart kvinnor respektive behandlingshem för både män och kvinnor diskuteras. De få internationella forskningsresultat som redovisats ger inga entydiga resultat. På motsvarande sätt saknas kunskap om behandlingsresultat vid olika uppläggning av vården för kvinnor. Individuella olikheter och behov och den enskilda kvinnans

situation och fysiska och psykiska tillstånd är avgörande för vilken institutionsform som är lämplig (32, 39). Många missbrukande kvinnor har varit utsatta för incest eller andra sexuella övergrepp och våld och misshandel. En underordnad roll förstärks i missbrukarvärlden. Dessa kvinnors självbild och den bild de har av män kräver en fristad under en tid, ett ställe där de inte behöver konkurrera med eller bli utnyttjade av män och där de kan få en kvinnoidentitet. De behöver lugn och ro, bearbetning av upplevelserna, samtal med andra kvinnor och återskapat förtroende för män (55).

De som talar för behandlingshem för enbart kvinnor hävdar att det utifrån kvinnornas behov är nödvändigt med avskildhet för att synliggöra kvinnorna och för att en metodutveckling, inriktad på kvinnor, skall kunna ske (31). En del kvinnor har erfarenheten att de på behandlingshemmen för kvinnor i högre grad vågar hävda sig och uttrycka sig (39). Programmen, som i mycket går ut på att stärka identiteten, gör det lättare att gå vidare i utvecklingen när tryggheten väl infunnit sig. Många kvinnor som varit på blandade behandlingshem tycker inte att de blivit sedda som individer och att behandlingsprogrammen varit uppbyggda för män.

En norsk studie visade att majoriteten av de kvinnor som hade deltagit i en ren kvinnogrupp på en institution fullföljde behandlingen medan så gott som samtliga kvinnor som deltog i en blandad grupp avbröt behandlingen. En slutsats var att kvinnor som etablerar ett tillitsfullt förhållande till andra kvinnor bättre klarar att bryta destruktiva mönster (55).

Många av kvinnokollektiven har enbart kvinnor som personal. Ett skäl är att de intagna skall slippa återuppleva den oro och det hot de känt inför män. De positiva förebilderna av män måste byggas upp successivt (32).

9.3.3 Behandlingshem för kvinnor och män

Förespråkare för blandade institutioner framhåller den positiva inverkan som män och kvinnor har på varandra. Kvinnor med goda relationer till män vill bygga på de erfarenheterna. De kan ha haft män som dryckesbröder och de har inte utsatts eller utnyttjats av män. De har kvar visst självförtroende och identitet och en annan självbild än de kvinnor som varit eller känt sig undertryckta av män. En del kvinnor har bara män som vänner. De ser männen som bröder och möter större förståelse från män. För dem är den manlig närvaron en stimulans som underlättar rehabiliteringen.

När det från blandade institutioner framförs att stämningen blir mjukare och miljön trivsammare om det finns både män och kvinnor på behandlingshemmen innebär det att det kvinnliga inslaget är ett medel för mannens förbättring (37). Det är angeläget att på motsvarande sätt beskriva det manliga inslagets betydelse för kvinnor på en institution och hur det bidrar till förbättring. Kunskapen är viktig för att finna rätt behandlingsform.

På blandade institutioner bör könsfördelningen vara sådan att kvinnorna kan bilda en kvinnogrupp. Särskilda kvinnogrupper och kvinnoprogram är en förutsättning för att kvinnor skall kunna stärka och stötta varandra. Om

kvinnorna är kraftigt underrepresenterade på en institution bör det övervägas om man skall ta emot kvinnor (32).

9.3.4 Kvinnan och barnen

Åtgärder för en missbrukande kvinna innebär också åtgärder för barn. Oavsett om hon har vårdnaden om dem eller ej krävs en planering för kontakten. Det finns stor rädsla hos kvinnor för att påbörja en behandling av risk för att förlora barnen eller att barnen inte kommer att ha det bra under behandlingstiden. Organisation och planering är viktiga moment inför kvinnans institutionsvistelse. Den individuella planeringen för varje familj avgör hur lösningen bör vara för barnen under behandlingstiden. Om barnen skall följa med, vara hemma eller placerade utom hemmet avgörs av barnens ålder, hemförhållandena och relationerna i familjen. Att barnen finns med på institutionen upplevs av många som ett villkor. Andra föredrar att ha tät kontakt med barnen men se behandlingstiden som en "egen" tid där all möda läggs på rehabiliteringen. Ett villkor är dock att barnen har det bra. Annars kan oron för barnen bidra till att behandlingen avbryts.

Kvinnor vars barn omhändertagits befinner sig inte sällan i ett kristillstånd som kräver särskild behandling. Många av dessa kvinnor har en extremt svår situation (39). Barnen är ofta en drivkraft till att fullfölja behandlingen men kvinnorna behöver mycket stöd i sitt moderskap under behandlingstiden. De måste få uttrycka sin oro, tala om barnen, bekymra sig över ansvaret som de ofta har ensamma och få respons från andra kvinnor och personal (55).

Barnen får inte bli ett bihang på institutionen. De måste erbjudas avpassad verksamhet och sysselsättning på ett för åldern pedagogiskt lämpligt sätt. De blir annars lätt "allas" barn och får träda in som ersättning för de kvinnor som inte har barn eller som inte har sina barn med på institutionen. Goda exempel finns också på att behandlingshem samarbetar med t.ex. ett barnhem i närheten så att tät kontakt kan medges mellan mor och barn. Syftet är att erbjuda ett kompetent omhändertagande av både barn och förälder (32).

9.4 Behandlingsresultat

Socialstyrelsen säger i skriften Socialtjänsten och omsorgerna i Sverige 1993: "Det finns få vetenskapligt hållbara utvärderingar av behandling för missbrukare i Sverige. De utvärderingar som gjorts i Sverige och internationellt har inte kunnat identifiera några enkla svar på frågan om vilken behandling som är effektiv för vilken missbrukare" (48).

Konstaterandet gäller i än högre grad för kvinnor än för män. De flesta studier som gjorts rör män och det är alltså ännu sämre beställt med behandlingsforskning rörande kvinnor (59). Utvärderingar saknas om vilken behandling som är lyckosam för vilka kvinnor. En uppfattning som länge florerat är att kvinnor i behandling har en sämre prognos än män. En förklaring kan vara

att de behandlingsprogram kvinnor erbjudits har haft manliga utgångspunkter. Orsaken till dåliga resultat har tillskrivits dålig behandlingsmotivation hos kvinnan i stället för mindre lämpliga program (31, 37).

Behandlingsresultaten från det fåtal studier som finns, är minst lika goda för kvinnor som för män. Internationellt ges heller inget stöd för att kvinnor är svårare att behandla än män eller att behandlingsresultaten är sämre. Kvinnor är i allmänhet "bättre" patienter än män när de övervunnit motståndet att söka vård för sina problem (56, 57, 59).

Behandlingen av alkoholproblemet är inte mera komplicerad för kvinnor än män. Däremot kompliceras behandlingen av att många kvinnor har andra, och komplexa problem. En förutsättning för ett gott behandlingsresultat är att dessa problem, som kanske är orsak eller bidragande orsak till alkoholproblemen, behandlas. Behandlingen kan därför inte enbart koncentreras på alkoholproblemet och på att åstadkomma nykterhet. Det behandlingssätt som kan vara tillräckligt för män kan vara otillräckligt för kvinnor (19).

En uppföljning av manliga och kvinnliga missbrukare efter 8 respektive 20 år vid Alkoholkliniken i Malmö visar att antalet missbruksfria individer var ungefär detsamma för båda könen. Förbättringen skedde dock snabbare hos kvinnor och var också mera stabil. Kvinnor med suicidalt beteende eller depressiva symptom vid första vårdtillfället hade emellertid sämre prognos än övriga kvinnor (11).

CUS:s expertgrupp för missbrukarvård säger i sammanfattningen i kunskapsöversikten om behandlingseffekter: "Jämförande studier har inte kunnat belägga a) att ett bestämt program är överlägset andra för alla individer, b) att behandling är överlägsen enklare rådgivning för alla individer, c) att långvarig behandling är överlägsen kortvarig för alla individer, d) att sluten vård är överlägsen öppen vård för alla individer, e) att sluten vård är överlägsen dagvård för alla individer eller f) att behandling med hög personaltäthet är överlägsen sådan med lägre personaltäthet för alla individer.

Det finns således ingen behandling som leder till goda behandlingsresultat för alla människor med alkoholproblem. Dock har vissa insatser goda effekter för vissa människor med vissa typer av alkoholproblem" (10).

För kvinnor är det angeläget med ytterligare studier av behandlingseffekter vid enkönade och blandade institutioner och vid institutioner med avskilda enheter för kvinnor och män. Utvärderingar är också angelägna av särskilda behandlingsprogram för kvinnor respektive gemensamma behandlingsprogram för män och kvinnor samt behandlingsprogram som är gemensamma i en del och könsuppdelade i andra avseenden.

9.5 Några röster om vård och behandling

Personal vid ett behandlingshem med en avdelning för kvinnliga missbrukare:

"Vi vill lyfta ut kvinnorna från X-hem till ett mer avlägset ställe utan män. Kvinnorna skall på så sätt inte kunna fly till männen, ifrån sina problem. Det skulle i sin tur leda till att personalen skulle få en bättre och närmare kontakt med klienten. De ska få en chans att bygga upp sin kvinnliga identitet. Kvinnor ska inte behöva manipulera med sina män under vårdtiden."

Institutionsansvarig inom socialtjänsten:

"En kvinnlig avdelning bland manliga blir som en sockerbit. Männen dras dit, kvinnorna får inte vara ifred."

Föreståndare kvinnokollektiv:

"Det jag bedömer som viktigt är att behandling som riktar sig till missbrukande kvinnor måste möta kvinnornas behov att återuppleva de stadier av socialisationen som de gått miste om... Att få uppleva gemenskap med väninnor blir ett nödvändigt steg på vägen mot mogna relationer till andra kvinnor och män."

"Hur gestaltar sig missbrukande kvinnors livshistoria, villkor och sätt att hantera vardagslivet, stress och motgångar, i jämförelse med kvinnor i allmänhet? Kanske skulle det tillföra nya perspektiv i sökandet efter behandlingsinsatser som riktar sig till missbrukande kvinnor."

Utredare inom ett landsting:

"Kvinnornas svåra situation har svag överensstämmelse med de behandlingsinsatser som nu erbjuds. Handlingsberedskapen att möta kvinnors missbruksutveckling är inom de flesta områden otillfredsställande."

10 Kommissionens förslag

10.1 Bakgrund

Det växande antalet kvinnliga alkoholkonsumenter kräver ökad uppmärksamhet och beredskap för att hindra en fortsatt ogynnsam utveckling. Betydligt större intresse än hittills behöver ägnas såväl förebyggande som behandlande insatser för kvinnor. Kunskapsförmedlingen rörande orsaker och attityder till och konsekvenser av kvinnors bruk och missbruk av alkohol har varit begränsad. Ett av de få områden där kvinnors alkoholkonsumtion har uppmärksammats särskilt har gällt sambanden mellan alkohol och fosterskador. Förändringen i kvinnors dryckesvanor har gått hastigare än forskningen hunnit analysera orsaker och beskriva konsekvenser och i snabbare takt än insatser och verksamheter utvecklats.

En förändring och utveckling kan noteras under 1980-talet. Forskning och praktisk verksamhet uppmärksammar mer än tidigare kvinnor och könsspecifika förhållanden. Även om mycket är gemensamt och likartat för män och kvinnor i bakgrund till och konsekvenser av alkoholkonsumtion, finns det skillnader. Konsumtionsmängd och -mönster skiljer sig, kvinnor och män har delvis olika orsaker till att de dricker eller dricker för mycket alkohol, tolerans och alkoholrelaterad sjukdom och dödlighet uppvisar skillnader liksom att beroendeutvecklingen förefaller vara olika. Attityderna till högkonsumerande eller missbrukande män och kvinnor är också fortfarande något olika. Kvinnan kontrolleras t.ex. starkare socialt. Emellertid är den forskning och erfarenhet som rör enbart kvinnor inte sällan begränsad och har tveksam generaliserbarhet.

Det betydelsefulla kunnande som trots allt finns bland många forskare och praktiskt verksamma inbegriper synsätt, metodansatser och effektbedömningar som är värdefulla. I viktiga delar finns också goda fakta. Självfallet bör sådana insikter och lärdomar komma andra till del. Inte minst för att hjälpa och stödja såväl de som skall dra i gång en ny verksamhet som den som i sitt dagliga arbete, kanske då och då, kommer i kontakt med kvinnor med alkoholproblem men inte har så mycket erfarenhet av hur man kan närma sig och stödja dessa kvinnor.

Kunskapsförmedlingen har varit begränsad både om orsaker och attityder till kvinnors missbruk av alkohol och om konsekvenserna av missbruket. Motsvarande gäller förmedlingen av metoderfarenheter. Forskningsresultat och erfarenheter särredovisar inte alltid könen och det är tidsödande och svårt att i ett större material finna information om kvinnor och deras missbruk. Kunskap om

kvinnor och alkohol behöver spridas. Kunskapsförmedlingen skulle underlättas om resultat och erfarenheter sammanställs.

Redovisning av forskning och erfarenheter har företrädesvis skett i form av artiklar i facktidskrifter eller i publikationer som vänder sig till vissa målgrupper. Den selektiva publiceringen gör att kunskapen inte når ut till en vidare krets. Beskrivningar och uppföljningar av projekt och verksamheter för kvinnliga missbrukare i rapporter får oftast endast begränsad geografisk spridning. Offentlig statistik bidrar i få avseenden till information om missbrukande kvinnor. En könsuppdelning rörande flera förhållanden skulle påskynda kunskaps- och kompetensutvecklingen.

10.2 Informations- och handledningsmaterial

Stora personalgrupper inom kommun och landsting kommer i sitt arbete i kontakt med flickor/kvinnor med hög alkoholkonsumtion. För att göra dessa personalgrupper uppmärksamma på problemet och stimulera till insatser i verksamheter bör anpassat kunskapshöjande informations/handledningsmaterial tas fram.

Kunskapsmaterialet måste ha olika utformning för olika personalgrupper. En del personal har behov av djup fakta- och metodkunskap eftersom information om alkohol och stöd och hjälp till kvinnor med alkoholproblem ingår i deras arbete. Hit hör t.ex. barnmorskor. De bör ha ett material som framför allt kompletterar kunskaperna i grundutbildningen. Andra personalgrupper behöver basinformation om orsaker till och konsekvenser av hög konsumtion samt vägledning som underlättar identifiering av problemet och rådgivning. För samtliga gäller att materialet utformas så att det blir ett praktiskt användbart redskap.

Bland personal och verksamheter, aktuella för anpassat informations- och handledningsmaterial kan nämnas: skola (lärare, elevvård, skolhälsovård); primärvård (husläkare, MVC, BVC, vårdcentraler); individ- och familjeomsorg (socialsekreterare, handläggare av missbruks-, barn- och familjefrågor); ungdomsmottagningar; specialiserad öppen missbrukarvård; institutionspersonal. Informations-/broschyrmaterial om kvinnor och alkohol är också angeläget för försäkringskassa, polis, apotek m.fl.

Kommissionen förslår:

Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen bör få i uppdrag att inom sina ansvarsområden utarbeta lämpligt riktat informations- och handledningsmaterial rörande kvinnor och alkohol för olika personalgrupper.

10.3 Förebyggande insatser för unga flickor/ kvinnor

Alkoholinformationen i skolan bör ha direkta, aktivt riktade inslag till flickor. De risker som är förenade med unga flickors konsumtion och berusning kräver särskild uppmärksamhet. Skolsköterskan är lämplig förmedlare av informationen för att betona sambanden mellan alkoholbruk hos unga flickor och medicinska risker. Det bör övervägas om en del av informationen skall ske för flickor enbart för att underlätta frågeställande och diskussion.

Kommissionen föreslår:

Folkhälsoinstitutet och Skolverket bör få i uppdrag att gemensamt överväga behovet och utformningen av särskild anpassad alkoholinformation till flickor i grund- och gymnasieskola.

Ungdomsmottagningarnas verksamhet är inriktad på sex och samlevnad. Sambanden mellan ungdomars sexuella aktivitet och alkohol bör göra alkoholinformationen till ett givet inslag för flickor/kvinnor som besöker mottagningarna.

Kommissionen föreslår:

Folkhälsoinstitutet bör i samarbete med Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar överväga möjligheterna för ett aktivt arbete med alkoholinformation på mottagningarna och om så erfordras öka mottagningarnas missbrukskompetens genom fortbildning.

Skolor och ungdomsmottagningar har möjlighet att upptäcka flickor i riskzonen och arbeta förebyggande. Samverkan mellan skola, individ- och familjeomsorg, fritidsverksamhet, ungdomsmottagningar, frivilliga organisationer m.fl. är en förutsättning för att nå flickor tidigt och kunna erbjuda insatser av olika slag. Föräldrasamtal, stödgrupper, dag- och kvällsverksamheter och andra aktiviteter utifrån flickornas egna önskemål är några medel.

Kommissionen föreslår:

Folkhälsoinstitutet och Skolverket bör i samarbete med Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet inventera och sammanställa erfarenheter från insatser för flickor i riskzonen samt stimulera verksamheter och organisationer till samarbete och nya initiativ.

10.4 Insatser för gravida

Kvinnors ökade alkoholkonsumtion kan medföra ökad risk för fosterskador hos barn. Uppmärksamheten kring riskerna med alkoholkonsumtion under graviditeten har avtagit. Informationen bör därför intensifieras och personalfortbildningen öka för att hejda en ogynnsam utveckling. Kunskap om metoder för att stödja den gravida missbrukaren och förbereda för föräldraskapet behöver sammanställas och förmedlas till yrkesverksamma som kommer i kontakt med den blivande och nyblivna mamman. Utvecklingen för de särskilda institutionerna för gravida och nyförlösta missbrukande kvinnor bör följas. För det väntade eller nyfödda barnet är det angeläget att sådan verksamhet kan erbjudas.

Kommissionen föreslår:

Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen bör i samarbete med Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet aktualisera tidigare goda erfarenheter av insatser för alkoholkonsumerande gravida kvinnor från hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Fortbildningen för personal och informationen till allmänheten bör öka.

10.5 Öppenvård anpassad för kvinnor

För att motivera en del kvinnor för behandling kan särskilda kvinnomottagningar eller anpassade mottagningar vara av stor vikt. Forskning och praktisk erfarenhet har visat att många kvinnor kräver längre behandlingstid än den gängse på grund av psykiska besvär och problem. Erfarenheter från befintliga kvinnomottagningar och andra mottagningar med verksamhet anpassad för kvinnor och andra initiativ som dagvård för kvinnor med barn, bör sammanställas och förmedlas till öppenvårdsmottagningar i landet.

Kommissionen föreslår:

Socialstyrelsen bör i samarbete med Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet ägna ökad uppmärksamhet åt kvinnors behov inom öppenvård, aktivt bidra till ökad kunskapsförmedling om kvinnors vårdbehov och verka för en utformning som underlättar för kvinnor att söka vård.

10.6 Stimulans av "kvinnliga" arbetsformer

I Sverige och internationellt finns goda erfarenheter av att stödgrupper och nätverk för kvinnor är positiva utgångspunkter för en förändring av kvinnors alkoholkonsumtionen. Inte minst är det av vikt att stödja t.ex. dagverkamheter dit barnen kan medfölja. Kvinnliga stödgrupper och nätverk inom kvinnoorganisationer eller andra frivilliga organisationer som arbetar för att förebygga

hög konsumtion eller stödja kvinnor med alkoholproblem kan stimuleras genom ekonomiskt bidrag för aktiviteter, lokaler, vidareutveckling, konferenser m.m. Motsvarande gäller för kvinnor som genomgått behandling men har behov av stöd i en kvinnogrupp för fortsatt rehabilitering.

Kommissionen föreslår:

Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen bör följa och utveckla initiativ med arbetsformer som visat sig särskilt lämpliga för kvinnor och som bl.a. tillgodoser barnens behov samtidigt som modern kan få stöd och hjälp. Detta gäller såväl tidiga insatser som insatser vid utvecklade alkoholproblem eller stöd efter vård och behandling.

10.7 Institutioner för kvinnor

Behovet av differentierad vård har påtalats. Kön är emellertid en otillräcklig differentieringsgrund. Institutionsvården måste kunna tillgodose olika kvinnors olika behov. För kvinnliga missbrukare med negativa bilder av män och upplevelser av våld och övergrepp kan institutioner för enbart kvinnor vara det enda tänkbara medan andra kvinnor föredrar blandade institutioner. Eftersom majoriteten institutioner är blandade bör i första hand antalet institutioner för enbart kvinnor utökas. Utformningen av behandlingsprogram och möjlighet till avskildhet för kvinnor på blandade institutioner kan vara viktiga inslag för resultat.

Behovet av längre vårdtider för kvinnor bör beaktas mot bakgrund av att många kvinnor också behöver annan behandling än den som rör missbruket.

Kommissionen föreslår:

Socialstyrelsen och Statens institutionsstyrelse har inom sina ansvarsområden att beakta att olika målgruppers behov kan tillgodoses. Behoven hos den växande gruppen kvinnliga alkoholmissbrukare inom institutionsvården bör föranleda snara åtgärder.

10.8 Uppmärksamhet på ensamma, äldre kvinnor

Ensamhetsproblem är en orsak till alkoholproblem hos äldre kvinnor. Alkohol, ofta i kombination med psykofarmaka, leder bl.a. till olycksfall och psykisk försämring. Sjukvård och socialtjänst har enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen ansvar för att hjälpa och stödja äldre. Förutom ökad uppmärksamhet på medicinering och alkoholbruk bör en förändring av tillvaron eftersträvas. Andra omvårdnadsformer och stimulans av aktiviteter som bryter ensamheten kan bidra till att olycksfall, skador och försämring i det psykiska tillståndet förebyggs eller mildras.

Kommissionen föreslår:

Socialstyrelsen bör i samarbete med Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet öka uppmärksamheten på äldre kvinnors ensamhet och isolering och aktivt arbeta för att adekvata omvårdnadsformer och psykosocialt stöd erbjuds äldre.

10.9 Forskning och utveckling

Forsknings- och utvecklingsresurser har endast marginellt ägnats kvinnors missbruk. Den ökade kvinnliga alkoholkonsumtionen kräver ytterligare insatser för att inte preventiva insatser skall förbises och anpassad vård och behandling försummas. Forskningen bör som regel omfatta både män och kvinnor och undersökningsresultaten bör särredovisas. Könsrelaterade faktorer bör beaktas i hög grad.

Särskilda medel bör reserveras för forskning om kvinnor och alkohol på områden som hittills varit eftersatta. Sådana angelägna områden är t.ex. forskning inriktad på förebyggande insatser och utvärdering av vård och behandling för kvinnor. Inte minst är det angeläget att utvärdera effekterna för kvinnor av behandlingsprogram med olika inriktning och ideologi.

Utvecklingsverksamheten i kommuner och landsting är angelägen. Projekt för kvinnor bör stödjas och stimulansbidrag beviljas till verksamheter som tar initiativ för att förebygga alkoholmissbruk eller stödja och hjälpa kvinnor med missbruk.

Kommissionen föreslår:

Regeringen bör verka för att forskningsråden och andra medelsbeviljande organ stimulerar forskning kring kvinnor och alkohol. I synnerhet är det angeläget att tillgodose eftersatta forskningsbehov som kan medverka till ökad kunskap om adekvata insatser och anpassad vård och behandling. Kommuner och landsting bör genom utvecklingsmedel stimuleras till förändring av verksamheter och till insatser som motsvarar kvinnors behov.

Referenser

1 *Alkoholen, läkarna och samhället.* Rapport från Svenska Läkaresällskapet, Sektionen för alkohol och narkotikafrågor, 1992.

2 *Alkohol och narkotika under graviditet. Vilka är riskerna för barnet?* SoS-rapport 1993:11, Socialstyrelsen.

3 *Alkoholpolitiken.* Socialutskottets betänkande 1992/93:SoU17.

4 Andersson B., Hibell B.: *Skolelevers drogvanor 1992.* Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, Stockholm.

5 Andersson, C.: *Dåliga flickor är inte det sämsta.* En kunskapsöversikt om flickor i riskzon och missbruk. Stiftelsen Kvinnoforum, Stockholm, 1990.

6 Andersson, C.: *Kvinnor och alkohol - en kunskapsöversikt.* Rapport till Alkoholpolitiska kommissionen. Stiftelsen Kvinnoforum, Stockholm, 1993.

7 Andersson, C.: *The Children of Maria. Adolescent Substance Abusers, their Families and Schooling.* Uppsala Studies in Education 46, Uppsala 1993.

8 Andréasson, S.: *Hur mycket sjukvård orsakas av alkohol och vad händer vid ökad konsumtion?* Socialmedicinsk tidskrift 1992/8.

9 Aronson, M., Hagberg, B.: *Hur har det gått för de alkoholskadade barnen?* Uppföljningsstudie av barn till alkoholiserade mödrar. Läkartidningen, vol. 90, 1993/23.

10 Berglund, M. m.fl.: *Behandling av alkoholproblem.* En kunskapsöversikt. Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS). Socialstyrelsen 1994.

11 Berglund, M., Öjehagen, A.: *Behandlingsforskning vid alkoholmissbruk.* En översikt av aktuell forskning. Socialmedicinsk tidskrift 1992/8.

12 Bergman, I., Bergman, H.: *Kvinnliga tidiga missbrukare liknar avancerade alkoholister personlighetsmässigt.* Läkartidningen, vol. 80, 1983/20.

13 Bergman, I., Bergman, H.: *Kvinnorna i EWA-projektet - hur ser deras personlighetsprofil ut efter två år?* Läkartidningen, vol. 81, 1984/48.

14 Bergman, I., Bergman, H., Dahlgren, L.: *Kvinnor med tidiga alkoholproblem har många psykiska försvarsmekanismer.* Läkartidningen, vol. 85, 1988/16.

15 Bergman, I., Bergman, H., Dahlgren, L., Åsberg, M.: *Kvinnlia alkoholmissbrukares psykiska försvar liknar depressiva kvinnors.* Läkartidningen, vol. 89, 1992/32-33.

16 Christensson, I., Ottenblad, C., Telerud, K.: *Från sex till 6. - Vilka möjligheter finns för prevention inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst?* Uppsats i alkohol-drogepidemiologi samt prevention. Familjesociala mottagningen, Huddinge sjukhus, 1992.

17 Dahlgren, L.: *Problemet Alkohol.* Svenska Läkaresällskapets handlingar. Band 95. Häfte 4, 1986.

18 Dahlgren, L., Willander, A.: *Specialenhet för kvinnliga alkoholmissbrukare behövs.* Läkartidningen, vol. 84, 1987/45.

19 Dahlgren, L.: *Kvinnliga alkoholmissbrukare - psykopatologi och behandling.* Läkartidningen, vol. 86, 1989/7.

20 Dahlgren, L., Willander, A.: *Hög dödlighet bland kvinnor utan behandling för alkoholproblem.* Läkartidningen, vol. 86, 1989/20.

21 Dahlgren, L.: *Alkoholism hos kvinnor - det dolda missbruket.* Nordisk Medicin, vol. 104. 1989/8-9.

22 Dahlgren, L., Willander, A.: *Vilka kvinnor söker hjälp för alkoholproblem, och vilka går det bra för?* Läkartidningen, vol. 88, 1991/8.

23 Dahlgren, L.: *Behandling av kvinnliga alkoholmissbrukare.* Socialmedicinsk tidskrift 1992/8.

24 Damström-Thakker, K., Dahlgren, L.: *Alkohol - EN RISK.* Systembolaget. Rapport 1992.

25 *De första tre åren.* Verksamhetsberättelse 1990/91 - 1992/93. Socialvetenskapliga forskningsrådet.

26 *Drogmissbruk och föräldraskap.* Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1993:6.

27 *EWA-enheten 10 år.* Jubileumsskrift. Reprocentralen, Karolinska sjukhuset, Stockholm 1991.

28 Haavio-Mannila, E. (red.).: *Women, Alcohol and Drugs in the Nordic Countries.* Nordic Council for Alcohol and Drug Research (NAD), Helsinki, Finland, 1989.

29 *Hallå!?! Friskt Satsat Utvecklar Mottagningar.* Policyprogram för ungdomsmottagningar. FSUM - Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar, 1992.

30 Haver, B., Dahlgren, L., Bergman, I.: *Psykopatologi hos kvinner med tidlige alkoholproblemer.* Nordisk Alkoholtidskrift, vol. 10, 1993:4.

31 *Kvinnoperspektiv på alkoholproblem.* Rapport till Alkoholpolitiska kommissionen, Stiftelsen Kvinnoforum, 1993.

32 *Kvinnor och missbruk.* Rapport till regeringen och socialdepartementet. Socialstyrelsen, BF-enheten. 251-4496/91, 1991.

33 Kühlhorn, E.: *Totalkonsumtionsmodellen i perspektivet av 17 svenska undersökningar på alkoholområdet.* Rapport till Alkoholpolitiska kommissionen, 1993.

34 *LVM, Lagen om vård av missbrukare i vissa fall. Anmälningar Omhändertaganden.* Rapport 1993/7. Länsstyrelsen Gävleborg.

35 Lundström, T.: *Tvångsomhändertagandeav barn. En studie av lagarna, professionerna och praktiken under 1900-talet.* Rapport i socialt arbete 1993/61, Stockholms Universitet - Socialhögskolan.

36 Milton, P.: *I backanternas fotspår. Kvinnor, alkohol och droger.* Rapportserie nr 37. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Stockholm 1993.

37 *Missbruk i arbetslivet.* Alkohol & Narkotika, temanummer 1991/4. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), Stockholm.

38 Norström, T.: *Projektioner av alkoholskadeutvecklingen i Sverige.* Rapport till Alkoholpolitiska kommissionen. Stockholms universitet - Institutet för Social Forskning 1993.

39 Nykvist, G.: *Kvinnors missbruk och vårdbehov.* Slutrapport, Västmanlands läns Landsting-Sociala Förvaltningen, Västerås, 1988.

40 Paakkanen, P.: *Könens dubbla medborgarskap och alkoholen.* Nordisk Alkoholtidskrift, vol. 9, 1992/3.

41 Proposition 1989/90:90 *om forskning.*

42 *Rapport 93. Alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige.* Rapportserie 93/26. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) - Folkhälsoinstitutet.

43 Romelsjö, A.: *Såta vänner: Arbetslöshet, skilsmässor och alkoholproblem.* Social Forskning 1992/2.

44a Romelsjö, A.: *Sekundär prevention i primärvården: positiva erfarenheter.* Socialmedicinsk tidskrift 1992/8.

44b Romelsjö, A. Karlsson, G. Henningsson, L. Jakobsson, S.: *The prevalence of alcohol-related mortality in both sexes: variation between indicators, Stockholm, 1987.* American Journal of Public Health 1993;83:838-44.

45 Rydberg, U.: *Alkohol och graviditet.* Socialmedicinsk tidskrift 1992/8.

46 Rydelius, P-A.: *Barn i alkoholiserade hem - hur mår de och hur hjälper man dem?* Läkartidningen, vol.86, 1989/7.

47 *Sexuella övergrepp mot barn.* Allmänna råd från Socialstyrelsen 1991/3.

48 *Socialtjänsten och omsorgerna i Sverige 1993.* Socialstyrelsen, Statistiska centralbyrån.

49 SOU 1987:11. *Skydd för det väntade barnet.* Delbetänkande av utredningen om det ofödda barnet.

50 SOU 1987:22. *Missbrukarna, Socialtjänsten, Tvånget.* Betänkande av socialberedningen.

51 SOU 1992:18. *Tvångsvård i socialtjänsten - ansvar och innehåll.* Betänkande av IUM-utredningen om tvångsinstitutioner inom socialtjänsten.

52 SOU 1993:5. *Bensodiazepiner - beroendeframkallande psykofarmaka.* Delbetänkande av Psykiatriutredningen.

53 SOU 1993:82. *Frivilligt socialt arbete.* Kartläggning och kunskapsöversikt. Rapport av socialtjänstkommittén.

54 Spak, F.: Opublicerat *arbetsdokument rörande epidemiologisk undersökning av kvinnlig alkoholism.* Psykiatriska kliniken, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg 1993.

55 Trulsson, K.: *Kvinnorummet - vision, verklighet, vardag.* Rapport från ett behandlingshem för kvinnor. Stiftelsen Kvinnoforum, 1993.

56 Werthén, E.: *En utvärdering av kvinnoenheten 1986 - 1992.* Göteborgs universitet, Psykologiska institutionen, 1993.

57 *Vin, Våld och Valium ur kvinnans perspektiv.* Sammanfattningar från en nordisk konferens 20-22 januari 1993 i Stockholm. KSAN, Ersta Diakonisällskap, Stiftelsen Kvinnoforum.

58 *Vuxna missbrukare*, Statistiska Meddelanden. S 38, SM 9301. Statistiska centralbyrån, 1993.

59 Öjehagen, A.: *Kvinnor och alkoholmissbruk.* Sammanställning i Behandling av alkoholproblem. En kunskapsöversikt. Centrum för utvärdering i socialt arbete (CUS), Socialstyrelsen 1994.

60 Österling, A., Nilsson, L-H., Berglund, M., Moberg, A-L., Kristenson, H.: *Sex differences in problem drinking among 42-year-old residents of Malmö, Sweden.* Acta Psychiat. Scand. 1992:85.

61 Österling, A.: *Kvinnor och alkohol.* Alkoholkliniken, MAS 1992. Malmö Allmänna Sjukhus.

62 Österling, A., Berglund, M., Nilsson, L.-H., Kristenson, H.: *Sex Differences in Response Style to Two Self-report Screening Tests on Alcoholism.* Scand J Soc Med vol 21, 1993/2.

Kommittédirektiv

Alkoholpolitisk kommission

Dir. 1991:124

Beslut vid regeringssammanträde 1991-12-19

Chefen för socialdepartementet, statsrådet B. Westerberg anför.

Mitt förslag

Jag föreslår att en parlamentarisk kommission med bred sammansättning tillkallas med uppgift att utvärdera den hittillsvarande alkoholpolitiken och lägga fram förslag till en strategi för framtiden – bl.a.i ett EG-perspektiv. Kommissionen skall även kartlägga alkoholmissbrukets familjesociala konsekvenser och göra en översyn av vården av alkoholmissbrukare.

Bakgrund

En alltför hög konsumtion av alkohol för med sig omfattande sociala och medicinska problem. Missbruk medverkar till social utslagning, problem på arbetsmarknaden och familjeproblem. Missbruket har en stark koppling till våld och andra former av brott, det ligger bakom en lång rad olyckor och sjukdomar och orsakar för tidig död. Missbruket av alkohol fungerar också ofta som en inkörsport till andra slag av missbruk. Samhällets kostnader för t.ex. socialtjänst och sjukvård, produktionsbortfall och arbetsrehabilitering är mycket höga. Härtill kommer det psykiska, sociala och ekonomiska lidande som drabbar enskilda missbrukare och deras anhöriga.

Genom 1977 års alkoholpolitiska beslut lade riksdagen under stor enighet fast grunderna för den alkoholpolitik som i det väsentliga alltjämt tillämpas (prop.1976/77:108, SkU 40, rskr. 231). Det innebär att hanteringen av alkoholdrycker omgärdas med ett regelsystem vars syfte är att begränsa alkoholens skadeverkningar. Det sker bl.a. genom prispolitiken och genom att Systembolaget har monopol på huvuddelen av detaljhandeln med alkoholdrycker. Dessutom regleras restaurangserveringen av alkoholdrycker i syfte att den skall ske återhållsamt, under kontrollerade former och med socialt ansvar. Social hänsyn skall tas framför allt för att skydda ungdomar. Samhället satsar dessutom avsevärda medel för att genom information och opinionsbildning begränsa konsumtionen och alkoholskadorna.

Hösten 1989 uttalade riksdagen i enlighet med socialutskottets betänkande (SoU 1989/90:2) En aktiv alkoholpolitik m.m. att alkoholfrågan måste sättas i blickpunkten. En större medvetenhet om alkoholens skadeverkningar och en

större förståelse för behovet av alkoholpolitiska åtgärder måste enligt utskottet skapas. Vidare ansåg utskottet att åtgärderna borde utgå från 1977 års alkoholpolitiska beslut. Dock borde insatserna i vissa avseenden anpassas till samhällsförändringar och ny kunskap inom alkoholforskningen.

Alkoholkonsumtion och alkoholskador

Vid en internationell jämförelse är den genomsnittliga alkoholkonsumtionen i Sverige relativt låg. De alkoholbetingade medicinska skadorna är också av betydligt mindre omfattning än i länder med högre genomsnittlig alkoholkonsumtion.

Ändå ger alkoholen upphov till avsevärda sociala, samhällsekonomiska och medicinska problem även i vårt samhälle. Enligt en vanlig uppskattning dricker 300 000 svenskar så mycket alkohol att det har en negativ inverkan på deras hälsa, familjeliv och arbete.

De senaste decenniernas internationella alkoholforskning har gett en i huvudsak entydig bild av ett samband mellan den totala alkoholkonsumtionen i ett samhälle och dödligheten i alkoholbetingade sjukdomar. Inte minst högkonsumenterna, den grupp om ca 10 procent av befolkningen som konsumerar 50 procent av alkoholen, utgör ett stort problem. En stegrad total alkoholkonsumtion åtföljs med stor sannolikhet av en ökning också av antalet högkonsumenter, vilket i sin tur som regel leder till att den alkoholrelaterade sjukligheten och dödligheten stiger. Omvänt gäller att en minskning av den totala alkoholkonsumtionen i ett samhälle leder till färre alkoholskador och lägre dödlighet.

Från andra världskriget och framåt har den genomsnittliga alkoholkonsumtionen i Sverige, som den framgår av den officiella försäljningsstatistiken, ökat påtagligt. Under de tre första efterkrigsdecennierna praktiskt taget fördubblades konsumtionen per invånare. Under perioden 1976–1984 minskade alkoholförsäljningen med drygt 20 %. Därefter kom en ny period av relativt kraftig konsumtionsökning. Under de två senaste åren har återigen en viss mindre tillbakagång kunnat registreras. Fortfarande ligger emellertid alkoholkonsumtionen per invånare (15 år och äldre) ca 60 % över 1946 års nivå (4,0 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre år 1946, jämfört med 6,4 liter år 1990).

Härtill kommer den konsumtion som inte registreras i officiell försäljningsstatistik, det s.k. mörkertalet. Hit räknas bl.a. hemtillverkat vin, privat införsel av alkohol, olovlig tillverkning av spritdrycker och konsumtion under utlandsvistelser.

Alkoholfrågan i Sverige och i Europa

Våra dryckestraditioner är en del av den svenska kulturtraditionen och livsstilen. Sverige tillhör av tradition de s.k. spritländerna. Det typiska för sprit-

länderna är att drickandet i stor utsträckning är koncentrerat till veckosluten och vissa högtider. Man dricker sig ofta berusad. Våldsbrottslighet och olyckshändelser har starka samband med denna typ av drickande.

I vinländer som t.ex. Frankrike, Italien, Portugal och Spanien dricks vin i stor utsträckning som vardaglig måltidsdryck och det är inte kulturellt accepterat att dricka sig redlöst berusad. Att alkoholbruket är en integrerad del av vardagslivet leder till höga konsumtionsnivåer, vilket i sin tur för med sig utbredda medicinska skador och alkoholrelaterad dödlighet.

Under efterkrigstiden har vi kunnat se en tydlig tendens till att dryckesmönstren internationaliseras, särskilt inom EG-länderna. Men även i Sverige har det skett en långsiktig förändring av dryckesvanorna, bl.a. mot minskad spritkonsumtion och ökad vin- och ölkonsumtion.

Under det senaste årtiondet har man i bl.a. en rad europeiska länder blivit alltmer medveten om att alkoholskadorna utgör ett av de stora folkhälsoproblemen. Som en del av den s.k. Hälsa för alla-strategin har det inom Världshälsoorganisationen (WHO) framförts som ett mål att alkoholkonsumtionen skall pressas tillbaka med minst 25 % under perioden 1980 - 2000, vilket Sverige ställt sig bakom. I flera europeiska länder förs nu diskussioner om möjligheterna att reducera alkoholkonsumtion och -skador genom både utökade informationsinsatser och åtgärder för att begränsa utbudet av alkohol, t.ex. genom förbud mot eller inskränkningar i rätten att sprida reklam för alkoholdrycker. Även dryckesskatternas betydelse för folkhälsan har uppmärksammats.

EG och alkoholpolitiken

Riksdagen har vid flera tillfällen slagit fast att det europeiska integrationsarbetet från svensk sida inte får bedrivas så att en effektiv svensk alkoholpolitik försvåras.

Den svenska alkoholpolitikens mål att pressa tillbaka alkoholkonsumtion och alkoholskador ligger fast. Medlen för att nå detta mål måste även i fortsättningen vara dels en kombination av insatser för att förbättra kunskaper om alkoholbruket och påverka attityder till det, dels åtgärder för att begränsa alkoholens tillgänglighet.

På längre sikt är det emellertid sannolikt att den europeiska integrationsprocessen får återverkningar även inom detta område. Det gäller främst prispolitiken. Sverige hör sedan länge till de länder som har en relativt sett hög, alkoholpolitiskt motiverad, beskattning av alkoholdrycker. Det finns i och för sig inga planer inom EG att genom bindande direktiv åstadkomma att skatten på alkohol ligger på samma nivå i alla medlemsländer. Å andra sidan är det troligt att harmoniseringen på sikt kommer att påverka medlemsländernas alkoholpriser i utjämnande riktning. En friare handel och minskade gränskontroller kan under alla förhållanden leda till att det blir svårare att använda priset som alkoholpolitiskt instrument.

Vad gäller den svenska alkohollagstiftningen i övrigt, finns det för närvarande ingen anledning att förmoda att den i något avgörande hänseende skulle

vara oförenlig med EG:s regelsystem. Hittills har det emellertid inte utförts någon samlad genomgång av de olika alkohollagarna och av ev. behov av revideringar med hänsyn till kravet på anpassning till EG:s regelsystem. Det framstår som angeläget att en sådan genomlysning nu kommer till stånd.

Onödiga regler bör utmönstras

Även om det för närvarande inte finns anledning att göra någon total översyn av alkohollagstiftningen, kan det finnas skäl att granska bestämmelserna också från en annan synvinkel. Riksdagen har vid flera tillfällen uttalat att de restriktioner som finns på alkoholområdet måste begränsas till sådana som allmänheten uppfattar som meningsfulla för att inte förtroendet för alkoholpolitikens grunder skall minska. Samtidigt som vi bör slå vakt om de delar av regelverket som har alkoholpolitisk betydelse, bör sådana bestämmelser som inte längre fyller någon alkoholpolitisk funktion kunna utmönstras. Härigenom kan lagstiftningen vinna i trovärdighet. Av samma skäl bör man ta vara på de möjligheter som kan finnas att åstadkomma en förenklad och förtydligad lagstiftning.

I detta sammanhang bör kommissionen särskilt uppmärksamma reglerna om tillstånd till servering av alkoholdrycker enligt lagen (1977:293) om handel med drycker (LHD), liksom bestämmelserna om serveringens bedrivande och andra frågor som gäller alkoholserveringen. Kommissionen bör även analysera hur denna lagstiftning tillämpas i praktiken.

Att påverka efterfrågan

Om åtgärder för att begränsa alkoholens tillgänglighet kan sägas utgöra alkoholpolitikens ena grundsten, så är insatser för att påverka människornas efterfrågan på alkoholdrycker den andra. Härmed avses såväl förebyggande insatser, t.ex. att skapa drogfria fritidsmiljöer för ungdomar, som informations- och opinionsbildande verksamhet för att påverka människors alkoholvanor. Hit hör även positiv information om de olika alkoholfria festdrycker som finns som alternativ.

Stora insatser har gjorts och görs inom detta område. I ett läge där det till följd av internationaliseringen och den europeiska integrationen kan bli svårare att begränsa alkoholens tillgänglighet genom prispolitiken, finns det emellertid skäl att lägga ännu större vikt vid detta attityd- och opinionsbildande arbete.

Alkohol- och drogområdet kommer att bli det mest omfattande verksamhetsområdet i det folkhälsoinstitut som inrättas den 1 juli 1992. I den proposition som låg till grund för riksdagens beslut underströks starkt att information, opinionsbildning och andra förebyggande åtgärder bör ges en mer framträdande roll i den svenska alkoholpolitiken. Det rör sig både om insatser som riktar sig till befolkningen i stort och om mer selektiva satsningar riktade till t.ex. ungdomar eller gravida kvinnor. Det handlar vidare om såväl allmänt före-

byggande insatser som åtgärder riktade till människor vilka befinner sig i riskzonen för att utveckla ett skadligt bruk av alkohol. Institutets verksamhet skall bygga på vetenskapligt väl förankrat underlag.

Vården av alkoholmissbrukare

Socialberedningen konstaterade i sitt betänkande (SOU 1987:22) Missbrukarna, Socialtjänsten, Tvånget att de tunga alkoholmissbrukarnas sociala och medicinska situation har försämrats påtagligt under de senaste decennierna. Överdödligheten bland dessa alkoholmissbrukare har ökat dramatiskt, särskilt bland de yngre.

De missbrukare som har kontakt med socialtjänsten har det ofta under långa tidsperioder, men kontakterna är som regel sporadiska och oplanerade. Det saknas en kontinuitet i behandlingen, något som också gäller för de institutionsvårdade missbrukarna. Den öppna socialtjänstens uppföljning efter institutionsvård fungerar sällan på det sätt som förutsattes när socialtjänstlagen infördes. Samarbetet mellan socialtjänsten, sjukvården och andra samhällsinstitutioner är ibland dåligt utvecklat. Ofta vet man inom det ena av dessa områden inte att klienten respektive patienten är aktuell inom det andra.

Även socialstyrelsen har i olika rapporter redovisat att missbrukarvården i dag står inför stora problem. Det finns en brist på institutionsplatser för tunga missbrukare och det finns ett stort behov av att utveckla vårdens innehåll.

I många kommuner saknas det effektiva metoder för att klara vården av klienter med sammansatta problem, t.ex. psykiskt störda missbrukare och missbrukare med invandrarbakgrund. Det behövs bättre kunskap och kompetens för att arbeta med dessa grupper och bättre samarbete med landstingens psykiatriska vård.

Tvångsvården av vuxna missbrukare enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) dras vidare med såväl kvantitativa som kvalitativa brister.

Utredningen (S 1991:09) Institutioner inom ungdomsvården och missbrukarvården har bl.a. som uppgift att belysa missbrukarvårdens innehåll och organisation vad avser tvångsvårdens institutioner. Utredningen skall enligt direktiven vara slutförd den 15 januari 1992.

Kvinnors missbruk är ytterligare ett problemområde som kräver särskild belysning. Dryckesmönstret för kvinnor och män har blivit alltmer likartat. Missbruket bland kvinnor har ökat. Mycket tyder på att kvinnor som missbrukar snabbare blir utslagna och att de också fortare får såväl medicinska som sociala skador av sitt missbruk. Att nå dem med stöd eller vårdinsatser på ett tidigt stadium är därför särskilt viktigt.

Missbrukarvården har traditionellt utformats med utgångspunkt från männens behov. Under senare år har man blivit mer medveten om de problem som kvinnor möter i en manlig behandlingsmiljö. Fortfarande är dock kunskapen otillräcklig, framför allt kunskapen om de särskilda behov som kvinnliga missbrukare har och som kan kräva speciella behandlingsinsatser. En utveckling inom detta område skulle underlätta för kvinnor att själva söka vård.

En fråga som måste uppmärksammas särskilt i detta sammanhang är gravida kvinnors alkoholvanor. Varje år föds det alltjämt ett hundratal barn med grava och bestående skador till följd av moderns missbruk. Det finns undersökningar som visar att missbrukande kvinnor föder fler barn än genomsnittet. Det förhållandet att alkoholkonsumtionen ökar bland unga kvinnor kan innebära risker för att även antalet skadade barn ökar.

Missbrukets familjesociala konsekvenser

Alkoholmissbrukets ekonomiska, sociala och psykologiska följder för missbrukarens familj har bara i mycket begränsad utsträckning varit föremål för forskningens intresse. Det gäller inte minst frågan om vad det innebär för barn att leva med vuxna som har alkoholproblem.

De vuxnas alkoholmissbruk finns med som en av de vanligaste orsakerna till beslut om placering av barn i samhällsvård. Alkoholen spelar emellertid en destruktiv roll i långt fler fall än så. Det är rimligt att anta att det finns ett stort antal barn och ungdomar som far illa i det tysta på grund av föräldrarnas missbruk. Olika studier visar också att alkoholen ofta finns med i bilden vid såväl kvinnomisshandel som barnmisshandel och andra övergrepp mot barn.

En av de allvarligaste konsekvenserna för barn av vuxnas alkoholproblem är att barnen i stor utsträckning tvingas ta ett vuxenansvar som de inte är mogna för. Ett omfattande och okontrollerat drickande skapar en otrygg och labil miljö, vilket kan leda till störningar i barnets identitetsutveckling. Såväl svenska som utländska undersökningar visar också att psykosomatiska besvär, kamratproblem och skolsvårigheter är betydligt vanligare hos barn till alkoholmissbrukare än hos barn med i övrigt jämförbar bakgrund.

Olika metoder för att stödja missbrukares anhöriga har under senare år börjat utvecklas i flera länder. I Sverige har det t.ex. under 1980-talet skett en utbyggnad av familjebehandling inom institutionsvården. Även inom öppenvården har det familjeinriktade arbetet börjat utvecklas framför allt inom ramen för olika försöks- och utvecklingsprojekt. Det är angeläget att dessa nya vårdformer utvärderas kontinuerligt och att man därvid särskilt beaktar i vilken mån barnens behov tillgodoses.

Kommissionens uppdrag

Sett i ett längre tidsperspektiv har alkoholkonsumtionen och alkoholskadorna i Sverige ökat påtagligt. Konsumtionsutvecklingen under senare delen av 1980-talet innebar vidare att vi då år från år avlägsnade oss från det mål om en minskning av alkoholkonsumtionen med minst 25 procent under perioden 1980 – 2000, som Sveriges regering och riksdag har ställt sig bakom.

Redan detta utgör skäl för att nu se över alkoholpolitiken, i syfte att finna mer effektiva vägar att förverkliga de alkoholpolitiska målen. Härtill kommer den europeiska integrationsprocessen. Den innebär i detta sammanhang bl.a.

att utbytet kommer att öka dramatiskt på alla plan – ekonomiska, sociala, kulturella – mellan Sverige och länder som av tradition för en mindre restriktiv alkoholpolitik än den hos oss etablerade och som också har en avsevärt högre alkoholkonsumtion och fler alkoholskador.

Jag vill mot denna bakgrund föreslå att en parlamentarisk kommission med bred sammansättning tillkallas med främsta uppgift att formulera en strategi för att nå målet att minska den totala alkoholkonsumtionen och att begränsa alkoholens skadeverkningar.

Till grund för kommissionens överväganden bör bl.a. ligga en utvärdering av den hittills förda alkoholpolitikens effekter. Kommissionen bör därvid också jämföra den svenska alkoholpolitikens mål och medel med den politik som andra jämförbara länder för på detta område. Kommissionen bör även beskriva skillnader i konsumtions- och skadenivåer mellan länderna och i möjligaste mån analysera effekterna av den förda politiken i olika länder. Kommissionen bör ha möjlighet att anlita såväl svensk som utländsk expertis i detta kartläggnings- och analysarbete.

I den mån kommissionen finner att delar av det svenska regelsystemet inom detta område behöver förändras med hänsyn till EG:s regelverk, bör kommissionen lägga fram förslag till sådan reviderad lagstiftning. Kommissionen kan även av andra skäl föreslå förändringar i lagstiftningen, om den t.ex. finner att vissa bestämmelser kan förenklas eller helt utmönstras för att de inte längre fyller någon alkoholpolitisk funktion. I andra fall kan reglerna behöva förtydligas eller skärpas för att bättre fylla ett alkoholpolitiskt syfte.

Kommissionen bör även lämna förslag till metoder att löpande följa även den icke registrerade alkoholkonsumtionen, för att ge regering och riksdag ett bättre underlag för alkoholpolitiska ställningstaganden.

Kommissionen bör vidare kartlägga och redovisa de ökade svårigheter att uppfylla de alkoholpolitiska målen som en svensk anpassning till EG kan inrymma. Kommissionen skall presentera förslag till insatser som medför att de alkoholpolitiska målen kan uppnås, även inom ramen för EG-integrationen. Kommissionen bör överväga hur det opinionsbildande och attitydpåverkande arbetet inom detta område kan förstärkas.

Kommissionen bör bedöma hur såväl de primär- som de sekundärpreventiva insatserna kan utvecklas ytterligare. Kommissionen bör i dessa delar samråda med organisationskommittén för det blivande folkhälsoinstitutet och med institutet, sedan detta bildats den 1 juli 1992. Kommissionen bör lägga fram förslag till långsiktig inriktning av folkhälsoinstitutets arbete med alkoholfrågorna.

Kommissionen skall vidare genomlysa de problem som föreligger inom vården av alkoholmissbrukare och bedöma behoven av förändringar av vårdformer och vårdinnehåll. De kvinnliga missbrukarnas vårdbehov skall därvid uppmärksammas särskilt.

Kommissionen skall också kartlägga och analysera missbrukets konsekvenser för missbrukarnas familjer och bedöma vilka insatser som behöver göras för att möta de anhörigas, särskilt barnens, behov av stöd.

Kommissionen bör avsluta sitt arbete före utgången av år 1993.

För utredningen gäller direktiven (dir. 1984:5) till samtliga kommittéer och särskilda utredare angående utredningsförslagens inriktning samt direktiven (dir. 1988:43) om beaktande av EG-aspekten.

Hemställan

Med hänvisning till vad jag nu har anfört hemställer jag att regeringen bemyndigar chefen för socialdepartementet

- att tillkalla en kommission – omfattad av kommittéförordningen (1976:119) – med högst 11 ledamöter, med uppdrag att utvärdera alkoholpolitiken och utforma en ny alkoholpolitisk strategi, att göra en översyn av vården av alkoholmissbrukare och att genomföra en analys av alkoholmissbrukets familjesociala konsekvenser,
- att utse en av ledamöterna att vara ordförande, samt
- att besluta om sakkunniga, experter, sekreterare och annat biträde åt kommissionen.

Vidare hemställer jag att regeringen beslutar att kostnaderna skall belasta femte huvudtitelns anslag A 2. Utredningar m.m.

Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och bifaller hans hemställan.

(Socialdepartementet)

Alkoholpolitiska kommissionens sammansättning

Ordförande

Ingemar Mundebo, generaldirektör	förordnad	1992-02-13

Ledamöter

– Ingrid Andersson, riksdagsledamot (s)	förordnad	1992-02-13
	entledigad	1993-06-15
– Karin Israelsson, riksdagsledamot (c)	förordnad	1992-02-13
– Bert-Inge Karlsson, socionom (kds)	förordnad	1992-02-13
– Peter Kling, riksdagsledamot (nyd)	förordnad	1992-02-13
– Owe Larsson, politisk sekreterare (v)	förordnad	1992-02-13
– Ulla Orring, riksdagsledamot (fp)	förordnad	1992-02-13
– Sverre Palm, riksdagsledamot (s)	förordnad	1992-02-13
– Anita Persson, riksdagsledamot (s)	förordnad	1993-06-15
– Gabriel Romanus, verkställande direktör i Systembolaget AB	förordnad	1992-02-13
– Sten Svensson, riksdagsledamot (m)	förordnad	1992-02-13
– Claes Örtendahl, generaldirektör vid Socialstyrelsen	förordnad	1992-02-13

Sakkunniga:

– Karin Berensson, utredare vid Landstingsförbundet	förordnad	1993-09-15
– Dag Juhlin-Dannfelt, departementssekr. vid Utrikesdepartementet	förordnad	1993-05-01
– Johan Enegren, departementssekr. vid Utrikesdepartementet	förordnad	1992-05-12
	entledigad	1993-05-01
– Christina Gynnå-Oguz, departementsråd vid Socialdepartementet	förordnad	1992-11-01
– Jakob Lindberg, överdirektör vid Folkhälsoinstitutet	förordnad	1992-03-20

– Bo Netz, departementssekr. vid Finansdepartementet	förordnad	1993-07-01
– Anita Sundin, sekr. vid Svenska Kommunförbundet	förordnad	1992-03-20
– Gunilla Wallgrund, utredare vid Landstingsförbundet	förordnad	1992-03-20
	entledigad	1993-09-15

Experter:

– Björn Hibell, direktör vid Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN)	förordnad	1992-03-20
– Leif Lindgren, chefsjurist vid Datainspektionen	förordnad	1992-03-20
– Anders Romelsjö, docent vid Karolinska Institutets avd. för socialmedicin	förordnad	1992-05-12

Sekretariat:

– Hans Noaksson, revisionsdir., huvudsekr.	förordnad	1992-03-01
– Peter Carlsten, utredningssekr.	förordnad	1992-08-10
	entledigad	1993-06-24
– Peter Gerdman, avdelningsdirektör	förordnad	1993-05-01
– Margareta Gustafsson, socionom	förordnad	1993-03-01
– Johan Hellstrand, byrådirektör	förordnad	1992-06-01
– Rolf Larsson, advokat	förordnad	1992-05-01
– Orvar Olsson, forskare	förordnad	1993-10-01
– Lillian Rydgren, assistent (anställd vid Socialdepartementet)		

Kommissionen har låtit ett antal forskare och experter utanför sekretariatet utarbeta rapporter i skilda ämnen av betydelse för kommissionens ställningstaganden.

Kvinnor och alkohol – En kunskapsöversikt

Rapport till Alkoholpolitiska kommissionen
av
Christina Andersson

Stiftelsen Kvinnoforum
Västerlånggatan 75
111 29 STOCKHOLM

Innehållsförteckning

Inledning 101

Tidigare forskning om kvinnor och alkohol 101

Strukturella förklaringsmodeller 102

Faktorer som påverkar kvinnors konsumtion av alkohol 107

Sammanfattning och kommentar 111

Hur många kvinnor har problem med alkohol? 112

Sammanfattning och kommentar 114

Utformning av verksamhet riktad till kvinnor med alkoholproblem 115

Utformning av hjälp 119

Primärvårdens roll 121

Förebyggande åtgärder 122

Referenser 124

Inledning

Historiskt sett är kvinnors största problem med alkohol deras mäns missbruk. (Snare 1986)

Kvinnors alkoholkonsumtion har varit föremål för mycken forskning och debatt under senare år, särskild uppmärksamhet har ägnats åt de så kallade 'dolda' missbrukarna, det vill säga de kvinnor som konsumerar stora kvantiteter alkohol utan att för den skull vara kända som alkoholmissbrukare. Samtidigt vet man mycket lite om denna grupp. Vilka kvinnor gäller det? Hur många är de? Hur kan man nå dem? Är det dolda missbruket en unikt kvinnlig företeelse?

Avsikten med denna kunskapsöversikt är att med hjälp av de senaste årens forskning om kvinnors bruk och missbruk av alkohol belysa dessa frågeställningar och redovisa det aktuella kunskapsläget. Materialet har huvudsakligen samlats in via bibliotek och databaser och utgörs till största delen av forskningsrapporter, projektbeskrivningar och empiriska undersökningar publicerade under de senaste fem åren. Uttrycken hög alkoholkonsumtion, alkoholproblem, problemdrickande, att ha problem med alkohol används synonymt i denna rapport.

I första delen av denna kunskapsöversikt behandlas framför allt förklaringsmodeller och olika faktorer förknippade med kvinnors alkoholkonsumtion. Hur många kvinnor som konsumerar för mycket alkohol tas upp i den andra delen. Den tredje delen redovisar hur behandling inriktad på kvinnor med alkoholproblem bör utformas.

Tidigare forskning om kvinnor och alkohol

Inriktningen av forskning på faktorer som orsakar kvinnors alkoholproblem har förändrats från 70-talet då intresset främst vändes mot kvinnors omedvetna könsrollskonflikter till 90-talets fokusering på sambandet mellan kvinnors arbete utom hemmet (kvinnorollen, multipla roller, rollkonflikter) och alkoholkonsumtionen.

Många forskare har ägnat sig åt att identifiera orsakerna till kvinnors problem med alkohol och att diskutera huruvida de är desamma som för män. Resultat av studier kring varför kvinnor dricker alkohol och kring faktorer som predisponerar till hög alkoholkonsumtion innehåller många motsägelser. Några forskare menar att kvinnors ökade drickande hänger ihop med vissa livssituationer, som 'det tomma boet' med åtföljande rollförlust medan andra

avvisar ett sådant samband. Eftersom det finns mycket få studier och därmed lite kunskap om kvinnors 'normala' livscykel och 'normala' handlingsmönster i livets olika faser, går det inte att bestämma kausala samband mellan livsfaser och alkoholkonsumtion. (Shore & Batts 1991)

Tidigare forskning innehöll ofta antaganden och metoder som diskriminerade kvinnor. Forskare lade upp undersökningar och tolkade data utifrån sina förutfattade meningar. Vissa indikatorer på hög alkoholkonsumtion hos kvinnor blev oftare omnämnda än andra, inte för att de nödvändigtvis hade större betydelse utan för att de helt enkelt var lättare att studera. I vissa fall studerades bara män men resultaten generaliserades till att gälla även kvinnor. I andra fall sammanfördes data om kvinnor med data om män så att eventuella könsskillnader blev osynliga.

Man kan urskilja två helt olika perspektiv inom forskningen kring kvinnor med alkoholproblem, dels mansperspektivet som utgår från mannen som det centrala och det normala och kvinnan som en avvikande man, dels kvinnoperspektivet som utgår ifrån kvinnorollen, kvinnans psykiska utveckling, de krav som ställs på kvinnan och hennes ställning i samhället (Andersson 1986).

Strukturella förklaringsmodeller

Enligt Wilsnack & Wilsnack (1992) är den vanligaste och mest seglivade uppfattningen om bakgrunden till kvinnors alkoholproblem att betalt arbete utom hemmet är riskabelt för kvinnor, för deras mentala hälsa och framför allt för deras alkoholkonsumtion.

> *Kvinnor tar allt oftare till alkohol för att dämpa stress och oro, när de inte orkar med alla krav på att klara arbete, barn och hem. Att missbruket bland kvinnor ökat så dramatiskt under de senaste decennierna beror bland annat på deras bristande självförtroende, när de kommer ut på den mansdominerade arbetsmarknaden. (Lenz 1985, s 208)*

Eller som Nordlund (1986) uttrycker det (s 41):

> *Personlig tror jag imidlertid at utviklingen i kvinners alkoholforbruk, og den utjevning som ser ut til å ha foregått mellom menns och kvinners forbruk, kan sees som et utslag av det man med en samlende betegnelse kaller kvinnefrigjoring. ... kan man altså karakterisere kvinnenes okte alkoholkonsum i de senere år som et tegn på, eller snarare en bivirkning av, en utvikling i retning av storre okonomisk og sosial frihet och storre deltagelsse i samfunnslivet for kvinner.*

Uppfattningen att kvinnors alkoholkonsumtion kommer att öka och närma sig männens i takt med den allt större jämlikheten i samhället brukar kallas *konvergenshypotesen*.

Kvinnors förändrade livssituation brukar anges som förklaring till att kvinnors och mäns alkoholbruk närmat sig varandra. Enligt Paakkanen (1992) brukar tre olika förklaringar anges till att kvinnors ökade förvärvsfrekvens påverkar deras dryckesvanor.

Svårigheter i anpassningen till arbetsrollen: Kvinnorna kan inte anpassa sig till de traditionella rollerna på arbetsmarknaden, eftersom de, som kvinnor, inte uppfostrats till en sådan roll.

Rollkonflikter: De många samtidiga rollerna (hustru, mor, arbetstagare) belastar kvinnorna.

Likformning: När kvinnor träder ut på arbetsmarknaden börjar de dricka som män, dvs tillägna sig likadana värderingar och beteendemönster som män.

Arbete utom hemmet

Det finns emellertid inga forskningsresultat som stöder antagandet att avlönat arbete i sig orsakar kvinnors alkoholproblem. Om det finns betydelsefulla kopplingar mellan yrkesarbete och kvinnors alkoholbeteende är de mer komplexa och kräver mer förfinade teorier och analyser än enkla samband. Arbetsrelaterad stress har till exempel samband med kvinnors alkoholproblem endast när negativa erfarenheter drabbar kvinnor med viss personlighet och i vissa sociala omständigheter. (Wilsnack & Wilsnack 1992)

Finsk forskning har visat att det är svårt att finna empiriskt stöd för att orienteringen mot världen utanför hemmet har medfört några större förändringar i kvinnors alkoholbruk. Förvärvsarbetande kvinnor dricker inte alkohol på samma sätt som förvärvsarbetande män. Skillnader mellan mäns och kvinnors alkoholbruk består även efter att kvinnors arbete utanför hemmet har ökat. Förvärvsarbetande kvinnor med familj har betydligt mindre fritid än förvärvsarbetande män med familj. Detta påverkar sannolikt såväl kvinnornas dryckesfrekvens som dryckesmängder. (Pakkanen 1992)

I en amerikansk undersökning (refererad i Paakkanen 1992) fann man inga skillnader i konsumtionssätten mellan yrkesarbetande och icke-vrkesarbetande kvinnor. Däremot upptäckte man klara generationsskillnader mellan äldre och yngre kvinnor. För de yngre kvinnorna erbjöd bruket av alkohol en möjlig till uppror mot den traditionella kvinnobilden. Deras bild av den gifta kvinnan var en kvinna som arbetade hårt, som hade familj, karriär och en vilja att utveckla sig själv.

Dubbelarbete - multipla roller

Enligt Hall (1990) finns det en mycket omfattande litteratur som visar att kvinnor med många roller, hustru, moder och yrkeskvinna, har bättre hälsa än kvinnor med få roller.

En svensk studie av kvinnors hälsa visade att kvinnor med små barn inte är sjukare än andra grupper på arbetsmarknaden. Dubbelarbete har uppenbarligen inte förorsakat ökad egen sjukfrånvaro. Slutsatsen blir att under 'mitt i livet-perioden' klarar sig kvinnor bra, både vad gäller sjukdom och sjukfrånvaro, dubbelarbetet till trots. Kvinnors arbetsfrånvaro och ohälsa kan inte förklaras med dubbelarbete. Det verkar snarare vara så att det är de perioder i livet då de inte efterfrågas som ger kvinnor problem som under de allra första åren på arbetsmarknaden och efter 49. (Puranen 1991)

Shore & Bratt (1991) undersökte om kvinnor med multipla roller var mer drabbade av alkoholproblem än andra. Det visade sig att endast en mindre del av kvinnorna, yrkesverksamma på hög nivå, hade hög alkoholkonsumtion. Ökat antal roller var inte korrelerat med ökad konsumtion. Ju fler organisationer en kvinna tillhörde, dess mindre drack hon. En tänkbar orsak var, enligt forskarna, att kvinnorna hade stark självkänsla, tillfredsställande sysselsättning och mindre tid att dricka alkohol. Den psykologiska vinsten av multipla roller verkade bero på hur krävande, tillfredsställande, stressiga etc rollerna var, vilket stöd en partner gav och att i vilken utsträckning kvinnan själv kunde påverka sin arbetsbörda (Wilsnack & Wilsnack 1992).

Kvinnor med traditionell uppfattning om sina plikter i hemmet och som är utsatta för stress på arbetet, till exempel i form av intensiv konkurrens, har större benägenhet att dricka mycket och ha bristande kontroll över sin konsumtion av alkohol. Det är när kvinnor ger upp en del av sitt arbete i hemmet och möts av könsdiskriminering i arbetslivet, som de känner sig skyldiga för att de inte är 'riktiga mammor'. Resultat pekar på att det är vad kvinnor och män anser om fördelningen av arbetet i hushållet och inte den verkliga arbetsinsatsen som i kombination med stress på arbetet ligger bakom hög alkoholkonsumtion (Parker & Harford 1992). Attityden till kvinnorollen spelar alltså en nyckelroll.

Kvinnors ökande förvärvsarbete är ett strukturellt och viktigt uttryck för förändringen i könens samhälleliga relation. Förändringar i könens förhållande till alkohol kan emellertid inte enkelt förklaras med att kvinnor blir likadana som män eller med att kvinnor hamnar i samma situationer som män. Kvinnors familjeförhållanden och om de har barn eller ej inverkar inte på hur ofta de konsumerar alkohol. Hos män finns däremot ett kraftigt samband mellan att vara ensamstående och att ha alkoholproblem. Mest dricker de kvinnor och de män som upplever att de måste uppfylla traditionella familjeförpliktelser och samtidigt göra karriär. (Pakkanen 1992)

Jämlikhet - frigörelse

Kvinnors alkoholbruk har setts som en emancipatorisk strategi, som ett uttryck för kvinnors frigörelse och strävan efter samma rättigheter som män.

Kvinnors ökande alkoholbruk har tolkats som att kvinnors och mäns levnadsvillkor blivit mera lika. Två hypoteser brukar framföras om sambandet mellan kvinnors ändrade levnadsförhållanden och alkoholkonsumtion:

1) Förvärvsarbetet ger kvinnor fler tillfällen att dricka alkohol. Det ger dem framför allt pengar, som de själva kan disponera över.

2) Förändringarna i levnadsförhållandena ger tillfälle till fler relationer med andra människor och minskar kvinnors ensidiga inriktning på hemmet, familjen och grannarna. Därmed ökar alkoholens betydelse som kommunikationsmedel.

Paakkanen (1992) påpekar att förvärvsarbete inte garanterar att en kvinna självständigt kan disponera pengar. Det är inte självklart att kvinnor som är lönearbetare har samma möjligheter till en egen konsumtion som män. Däremot har det visat sig att kvinnors ekonomiska resurser i hög grad är avgörande för hur ofta de dricker alkohol. Kvinnor med hög inkomst dricker oftare alkohol än kvinnor som har sämre ekonomiska resurser. Inom kvinnodominerade yrken påverkas kvinnornas dryckesvanor också av deras makes ekonomi.

Hasin m.fl. (1990) studerade kvinnors och mäns dödlighet i levercirrhos utifrån antagandet: om antalet kvinnor som drack stora mängder alkohol ökat kraftigt jämfört med män i USA mellan 1961 och 1985, borde detta ha resulterat i förändringar av kvinna/man fördelningen av dödligheten i levercirrhos. Om det fanns ett samband mellan kvinnans förändrade roll och alkoholkonsumtion borde ett sådant mönster bli tydligast i de yngre åldersgrupperna vars situation sannolikt förändrats mest. Snarare än en konvergens av kvinnlig och manlig dödlighet i levercirrhos från 1961 till 1985, hade skillnaderna ökat ytterligare för nästan alla åldersgrupper under 55 år.

Mercer & Khavari (1990) försökte testa konvergensteorin genom att undersöka alkoholvanorna hos amerikanska collegestudenter vid två tillfällen: 1977 och 1985. Resultaten blev oklara och gav inga definitiva svar. Data från denna studie gav inga belägg för att kvinnor ökat sin alkoholkonsumtion och närmat sig männens nivå. I själva verket var det männens konsumtion som ökat något medan kvinnornas konsumtion förblev ungefär den samma. Dock kunde följande noteras:

1) Kvinnornas öldrickande hade ökat, men deras konsumtion av vin och sprit minskat.

2) Kvinnornas ändring från vin och sprit till öl kan innebära en kvalitativ anpassning till manliga alkoholvanor.

Även hos män noterades en förskjutning mot ökad konsumtion av öl och minskad konsumtion av sprit. När kvinnorna ersatte vin och sprit med öl hade de, enligt Mercer & Khavari, tillägnat sig ett manligt sätt att dricka, trots att kvinnornas totalkonsumtion var densamma 1977 som 1985. Enligt Paakkanen (1992) kunde man lika väl tolka förändringen av männens vanor, övergången mot alkoholsvagare drycker, mera öl och mindre sprit, som ett förkvinnligande av deras alkoholvanor.

Enligt Haavio-Mannila (1990) kan man förmodligen hävda att ett visst närmande mellan könens alkoholkonsumtion kommer att ske när kvinnor kommer in på mansdominerade arbetsplatser. Men det finns också tecken på att män får mer 'kvinnliga' (måttliga) alkoholvanor genom att de blir mer hälsomedvetna.

Finska kvinnors bruk av alkohol blev mer allmänt under åren 1968 -1976 än under åren 1976 - 1984, men har sedan dess stabiliserats. Det innebär att ökande jämlikhet inte kan förklara utvecklingen i kvinnornas alkoholbruk eftersom jämlikheten mellan könen i Finland ökade mer under den senare än under den förra tidsperioden (Ahlström 1986). Snare (1986) konstaterar att om liknande dryckesvanor skulle utgöra ett kriterium på jämställdhet mellan män och kvinnor, så har kvinnor fortfarande en lång väg framför sig.

Hög alkoholkonsumtion bland kvinnor betraktas vanligen som en symbol för frigörelse, ett påtagligt bevis på jämlikhet mellan män och kvinnor. Enligt Sandmaier (1981) är dock kvinnors ökade alkoholkonsumtion, större frihet att röka cigaretter, köra sportbilar och bära långbyxor på arbetet, snarare ett substitut än ett tecken på, verklig jämställdhet. Manlighetens symboler blir ett mentalt surrogat.

Kvinnorollen

I stor utsträckning tycks skillnaderna i orsak till kvinnliga och manliga alkoholproblem ha sitt ursprung i kvinnors och mäns sociala roller som innehåller olika stressfaktorer och olika livsproblem. Ännu viktigare är att forskningen pekar på att det kulturellt betingade beteende som krävs av kvinnor, snarare än att fungera som ett skydd mot alkoholproblem faktiskt skapar mycket av den ångest och den frustration som driver kvinnor att dricka för mycket.

Kvinnan har alltid uppfattats som den som upprätthåller och vidarebefordrar samhällets moraliska postulat. Den sociala normen som säger att kvinnor helt skall avstå från alkohol eller konsumera minimalt är mycket stark; en onykter kvinna kan inte tolereras. Domen bli hård om hon inte rättar sig efter detta. Kvinnan har ett unikt ansvar som den som värnar om sederna, sköter hem och härd och uppfostrar barnen. De senaste årens uppmärksamhet kring alkoholens fosterskadande effekt har ytterligare markerat detta. (Wilsnack 1984)

Kvinnan har en så viktig funktion för samhällets överlevnad att hon inte får svikta till exempel genom att berusa sig. Men känner sig verkligen kvinnan som samhällets stöttepelare? Är hon en uppskattad och betydelsefull person med helt unika ansvarsområden? Samma arbetsuppgifter tillmäts inget ekonomiskt värde. De kallas personlig service, är oavlönade och ger ingen identitet, status, makt eller social trygghet. Däremot ger de dåligt samvete i överflöd för den som inte uppfyller sina 'normala' plikter. (Andersson 1986)

Många unga flickor som senare utvecklar alkoholproblem växer upp osäkra på sig själva och med en ambivalent inställning till alkohol. När de kommer in i tonåren tenderar de att bli mycket fientliga och misstänksamma mot andra. Med stor sannolikhet avspeglar denna vantrivsel inte bara brister under uppväxten utan också de svårigheter de möter inför övergången från flicka till kvinna. Som alla flickor i den åldern konfronteras de med den begynnande insikten att den relativa rörelsefrihet och de framtidsdrömmar som präglat deras barndom tillhör det förflutna. Från och med nu skall de formas till ett liv av stäckta ambitioner och hänsyn till andras behov. Denna insikt kommer som en svår chock för många unga kvinnor. Studier av tonåringar och mental ohälsa har visat att pojkar har mer emotionella störningar före puberteten än flickor. Efter puberteten är det tvärtom och orsaken tycks kunna relateras direkt till flickornas kringskurna ambitioner och inskränkta självständighet inför den vuxna kvinnans tillvaro. (Sandmaier 1981)

Faktorer som påverkar kvinnors konsumtion av alkohol

Många studier pekar på att kontextuella faktorer är viktiga för att förstå kvinnors alkoholkonsumtion. Kvinnor som vistas mycket i 'våta miljöer', dvs miljöer där det dricks mycket alkohol, har till exempel högre konsumtion än kvinnor i andra miljöer. Dock kan inte man utifrån ett sådant samband göra en orsak-verkan analys utan bara ställa en fråga: dricker kvinnor mer för att omgivningen gör det eller söker sig högkonsumenter till likasinnade? Den centrala frågan kvarstår: vad ligger bakom den höga konsumtionen?

I föregående avsnitt har strukturella förklaringar till kvinnors bruk av alkohol redovisats. Detta avsnitt behandlar några faktorer som visat sig ha betydelse för kvinnors alkoholkonsumtion nämligen ålder, arbetssituation, alkohol som problemlösning och kopplingen alkohol och sexualitet.

Ålder

Enligt Ahlström (1986) skiljer sig olika kvinnogenerationer tyd gt från varandra i sina dryckesvanor. Mönstret verkar vara ganska stabilt. De unga kvinnorna dricker mer, men fortsätter inte sin höga konsumtion när de blir äldre

utan anpassar sig till ett mera kvinnligt sätt att dricka.

Holmila (1991) fann att unga kvinnor lämnar den vildaste försöksperioden redan vid 18 års ålder. Deras alkoholbruk börjar därefter följa ett traditionellt kvinnligt dryckesmönster, medan de unga männens konsumtion kulminerar först flera år senare. Från och med 18 års ålders utvecklas alltså kvinnors och mäns dryckesmönster - som dittills varit rätt likartade - i olika riktningar.

Från en studie av alkoholkonsumtionen i Norden har olika dryckesmönster hos kvinnor beskrivits av Järvinen & Olafsdottir (1986).

Det traditionellt feminina: Låg årskonsumtion, lite vin, lite sprit några få gånger per år, nästan inget öl. Gäller huvudsakligen bland äldre kvinnor, men även hemarbetande kvinnor 20-29 år.

Det nya feminina: Högre årskonsumtion, dricker även öl, i förhållande till årskonsumtionen låg berusningsfrekvens. Vanligast bland svenska 30-49-åringar och framför allt bland heltidsarbetande kvinnor. Denna grupp har den näst högsta årskonsumtionen men den näst lägsta berusningsfrekvensen. Detta verkar, enligt författarna, vara ett slags familjedryckesmönster, en kompromiss mellan en äldre och en nyare kvinnoroll i samhället, där alkohol från att ha varit symbol för fest och avkoppling ha gjort sitt inträde i vardagslivet.

Det maskulina dryckesmönstret. Högre årskonsumtion, vinet har mist sin särställning, sprit konsumeras och öl dricks lika ofta som vin, ganska hög berusningsfrekvens. Förekommer mest bland 20-29-åringar i Norge och Sverige.

Undersökningar av alkoholvanor, oftast i form av enkätundersökningar av hälsovanor, från olika delar av Sverige ger ingen enhetlig bild av vilka kvinnor som konsumerar mest alkohol:

20-29 åriga kvinnor hade högst konsumtion av alkohol; andelen högkonsumenter var högst bland 40-49-åringar; bland 45 - 64 åringarna fanns flest högkonsumenter och den högsta konsumtionen av alkohol per vecka; andelen som rapporterat någon alkoholförtäring under föregående vecka var störst i åldersgruppen 35 - 49 år. (utdrag ur olika hälsovaneundersökningar)

Denna sammanställning visar inte bara en splittrad bild utan också svårigheterna att jämföra resultaten från olika undersökningar. Däremot är ålder den variabel som, näst kön, oftast sätts i relation till alkoholkonsumtion när resultaten redovisas.

Enligt Dahlgren (1993) kan man framför allt urskilja tre huvudgrupper bland de kvinnor med alkoholproblem som upp söker Ewa-kliniken i Stockholm:

1) Tonåringar och kvinnor 20–25 års.

2) 30–35 åriga yrkesverksamma kvinnor vars sociala drickande har övergått i symptomdrickande. Detta är den vanligaste gruppen.

3) Äldre kvinnor med ensamhetsproblematik.

Arbetssituation

En svensk sociolog, M Lindén-Boström (1990) visar i en studie av ca 800 landstingsanställda, huvudsakligen kvinnor, att dålig social arbetsmiljö hänger ihop med hög alkoholkonsumtion. Undersökningen pekar entydigt mot att personer med enformiga jobb och lågt självbestämmande dricker mer än andra. 11 procent av kvinnorna visar sig vara högkonsumenter. De flesta högkonsumenterna finns bland biträdespersonal och lägre tjänstemän. Dessa yrkesgrupper har inte bara de enformigaste arbetsuppgifterna utan även minst möjlighet att påverka sina arbetsförhållanden.

Enligt Haavio-Mannila m.fl. (1990) är det stress, dålig stämning på arbetsplatsen och sexuella trakasserier som bidrar till kvinnors alkoholbruk, inte minst inom kvinnodominerade yrken. Kvinnor i mansdominerade yrken visar något mer mansorienterat dryckesmönster än kvinnor i traditionella kvinnoyrken.

Arbetsmarknadens uppdelning efter kön påverkar kvinnors möjlighet att dricka alkohol både på och efter arbetstid. I det maskulina arbetslivet finns många ritualer kring alkohol som kvinnor inte har tillträde till. Det faktum att kvinnor kommer ut på arbetsplatserna bryter i sig inte sönder den manliga gemenskapen. Kvinnor har också sällan lika stora möjligheter att bestämma över sitt eget arbete som män. Vid studier av sambandet mellan kvinnors alkoholvanor och könsstrukturen på arbetsplatsen och i yrket, konstaterade man att kvinnor som arbetade inom mansdominerade områden, som grupp betraktad, oftare drack alkohol än kvinnor inom kvinnodominerade områden. (Pakkanen 1992)

Alkohol som problemlösare

I de flesta studier rapporterar kvinnor med alkoholproblem att deras användning av alkohol började och fortsatte som ett sätt att uthärda smärta - ibland fysisk smärta men oftare psykisk och emotionell. De beskriver ofta ett mönster där de försöker stå ut med eller undertrycka negativa känslor och tankar för att överleva, ofta för att kunna klara av sitt ansvar för sina barn. Att använda alkohol kan hjälpa kvinnorna att hantera omöjliga situationer tills andra strategier blir möjliga. (Reed 1991)

Olenick & Chalmers (1991) studerade sambandet mellan äktenskapsproblem och alkoholkonsumtion. Det visade sig att kvinnor i större utsträckning än män rapporterade att deras drickande var en följd av äktenskapskonflikter. Däremot rapporterade männen i högre grad än kvinnorna att alkohol gav upphov till problem i äktenskapet.

Alkohol fungerar dock inte alltid som överlevnadsstrategi. En undersökning av kvinnor med alkoholproblem i psykiatrisk vård visade att de hade olika psykiatriska tillstånd med en övervikt av borderline och personlighetsstörningar.

Friska yrkesverksamma kvinnor drack mest och man fann en omvänd relation mellan alkoholkonsumtion och depression. (Dahlgren 1993)

Wasserman (1992) fann i en studie att ungefär 30 procent av patienterna som gjort självmordsförsök hade haft alkoholproblem, många av dem var unga flickor. De missbrukare som tagit livet av sig var dock nyktra när de begick självmord.

De flesta siffror kring användning av alkohol och andra droger som en form av självmedicinering bygger på självrapporterade data. Män är mindre benägna än kvinnor att beskriva ett sådant mönster och rapporterar istället att de började använda rusmedel för att underlätta social kontakt och att bli berusade. Dessa mönster överensstämmer med acceptabelt beteende för kvinnor respektive män och reflekterar snarare kvinnors och mäns medvetenhet om normer för könsadekvat beteende än avslöjar de verkliga motiven. Män kan också använda alkohol som självmedicinering, men vill kanske inte ens för sig själva erkänna, att de känner känslomässig smärta och sårbarhet. Kvinnor kan sträva efter att bli berusade men kan endast acceptera 'medicinsk' användning av rusmedel på grund av socialt betingade normer. (Reed 1991)

Alkohol och sexualitet

Rohsenow m.fl. (1988) diskuterar underliggande orsaker till missbruk och visar att sexuella övergrepp i barndomen är vanligare bland missbrukare än vad som oftast kommer fram. Bland patienterna på en behandlingsenhet för missbrukare i USA uppgav 20 procent av kvinnorna spontant att de varit utsatta för sexuella övergrepp i barndomen. När man rutinmässigt började ställa frågor om sexuella övergrepp ökade andelen kvinnor som berättade om övergrepp till över 75 procent. Jämförelser med tillgängliga siffror för icke-missbrukare visade att antalet offer för sexuella övergrepp var signifikant högre hos missbrukare.

Flera kliniska undersökningarna pekar enstämmigt på en ökad risk för alkoholmissbruk hos kvinnor som varit utsatta för incest, våldtäkt och andra former av sexuella övergrepp (Smidth-Fibiger 1991). Från behandlingsprogram för kvinnor med alkoholproblem rapporterar Reed (1991) att upp till 90 procent av kvinnor med missbruksproblem har varit utsatta för sexuella övergrepp under barndomen. Det faktum att i cirka hälften av alla fall förövaren varit berusad vid övergreppet visar på en annan typ av koppling mellan alkohol och sexuella övergrepp.

En kvinna är generellt sett utsatt för starkare social kontroll i familjen än en man, både under uppväxten som dotter och senare i livet som maka eller samlevnadspartner. Social kontroll av kvinnors bruk av alkohol har funnits under många epoker och kan knytas till normer som innebär förakt och fördömelse av berusade kvinnor, där ruset också kopplas till sexualitet.

En kvinnas alkoholbruk påverkar både omgivningens och hennes egen uppfattning om henne som kvinna. Även om kvinnors bruk av alkohol har blivit mer allmänt anses fortfarande konsumtion av alkohol vara ett maskulint beteende och det är mera godkänt för män att dricka, till och med att kraftigt berusa sig. En berusad kvinna strider fortfarande mot den traditionella bilden av kvinnan. Sexuell aktivitet förknippas allmänt med kvinnor som dricker alkohol och en kvinnas berusning tolkas som tecken på sexuell beredvillighet.

I en amerikansk studie testades stereotypen att kvinnor som dricker är mer villiga till sexuell samvaro. Vuxna kvinnor blev tillfrågade on de någonsin blivit mindre nogräknade i sitt val av partner när de hade druckit alkohol. Bara 8 procent av kvinnorna som överhuvudtaget använt alkohol instämde. Man fann ingen större skillnad mellan de kvinnor som använde mycket eller lite alkohol. Resultatet bekräftade alltså inte på något sätt de kulturellt betingade förväntningarna. Å andra sidan dokumenterade studien en annan bister aspekt av denna stereotyp: 60 procent av kvinnorna rapporterade att de hade blivit utsatta för sexuell aggression när de druckit alkohol. Förväntningen att alkohol gör kvinnor promiskuösa leder till att sexuell aggressivitet mot en alkoholpåverkad kvinna accepteras. En enkät bland collegestudenter visade att både kvinnor och män bedömde att en våldtäktsman var mindre ansvarig om han var berusad. Däremot ansågs offret ha mer skuld till det inträffade om hon var berusad (Blume 1990). En enkät bland en grupp svenska gymnasie-elever gav motsvarande resultat. Det förhärskande synsättet var att en flicka måste ta ansvar för vad hon gjorde även när hon var berusad, medan en berusad pojke inte alltid kunde rå över sina handlingar (referat i Aftonbladet 5/3 1992).

Sammanfattning och kommentar

På 70-talet tolkades kvinnors alkoholbruk som ett tecken på osäker könsidentitet. Utgångspunkten var den traditionella uppfattningen om vad det innebar att vara kvinna och de kvinnor som av någon anledning inte kunde leva upp till denna sanna kvinnoroll löpte risk att bli alkoholmissbrukare.

På 80-talet var oron stor för vad den ökande jämställdheten skulle få för konsekvenser. Om den sociala kontroll som begränsade kvinnors alkoholbruk försvann skulle kvinnornas alkoholkonsumtion omedelbart stiga till männens nivå. Alkoholproblem skulle bli det pris kvinnan fick betala för jämlikhet. Cullberg (1984) skriver om det ökande alkoholmissbruket hos kvinnor (s 296):

> *Det sammanhänger dels med förändrade yrkesroller och dels med allmänt förändrade könsroller som minskar den sociala kontrollen över kvinnan och även utsätter henne för möjligheten att gå in i ett mera 'maskulint' dryckesmönster.*

Profetior om att kvinnor kommer att dricka som män har hittills inte besannats, i stället har ett nytt kvinnligt dryckesmönster vuxit fram med relativt hög konsumtion och låg berusningsgrad. En fundamental skillnad mellan kvinnor och män verkar dock vara mycket bestående. Kvinnor förväntas fortfarande vara ansvariga för sina handlingar även om de är berusade, medan berusning åtminstone delvis fritar en man från hans handlingar. Kopplingen mellan alkohol och sexualitet är fortfarande stark och drabbar dubbelt kvinnan med alkoholproblem; hon blir ett lovligt offer för alkoholinducerad aggression.

Även den forskning som redovisats i denna översikt är riktad mot sambandet mellan kvinnans alkoholproblem och strukturella förändringar i kvinnans villkor. Fokus är dock inte längre på kvinnans (o)förmåga att hantera de ändrade livsvillkoren utan de svårigheter och hinder kvinnor möter i form av enformiga arbeten och få möjligheter att påverka sin arbetssituation. Det är inte multipla roller som ger kvinnor anledning att tillgripa alkohol som problemlösare, utan oförenliga roller och eller för få roller. Jämlikheten mellan kvinnor och män har ökat i det svenska samhället, men fortfarande finns stor ojämlikhet som drabbar kvinnor både i arbetsliv och familjeliv.Det är inte ökad jämlikhet som driver kvinnor att överkonsumera alkohol, utan bristen på jämlikhet.

Denna översikt över aktuell kunskap om kvinnor och alkohol visar att den centrala frågan som bör ställas inte är 'vilka kvinnor som får alkoholproblem' utan:

I vilken livssituation och under vilka omständigheter använder kvinnor alkohol?

Hur många kvinnor har problem med alkohol?

Kvinnors alkoholkonsumtion har ökat under de senaste decennierna. Varför denna ökning skett, hur den har sett ut och huruvida den fortfarande pågår har varit föremål för mycken forskning och debatt. Särskild uppmärksamhet har ägnats åt det 'dolda' alkoholmissbruket, som ofta anses vara en specifikt kvinnlig företeelse. Undersökningar av hur många kvinnor som har alkoholproblem har gett olika och ibland motsägande resultat. Omfattningen av det 'dolda' missbruket är till största delen okänt och bidrar till att göra alla siffror osäkra.

Bristen på kunskap om kvinnors alkoholvanor beror också på hur forskningen bedrivits. Forskare tar inte med data om kvinnor vid statistiska beräkningar, ibland med motiveringen att kvinnorna är så få att de stör beräkningarna. Att inte skilja på kvinnor och män vid bearbetning av data är en annan strategi. Ett tredje sätt är att använda indikatorer på alkoholkonsumtion som inte ger utslag för kvinnors lägre konsumtion och annorlunda beteende.

Denna del av kunskapsöversikten ägnas först åt hur kvinnors alkoholbruk har förändrats sedan 1955. Därefter redovisas resultat från några aktuella studier av hur många kvinnor i befolkningen, i olika åldrar, yrken och samhällsskikt som har hög alkoholkonsumtion.

Förändringar av kvinnors alkoholvanor

1955 avskaffades den alkoholransonering (motbok) som införts i Sverige 1914. Ända fram till motbokens slopande hade kvinnan inte självklart rätt till egen ranson. Ensamstående kvinnor med god vandel kunde efter ansökan få inköpsrätt, men med betydligt lägre tilldelning än män. Kvinnor som ingick äktenskap fick vanligen sin motbok indragen. Att kvinnor fick så mycket mindre ranson än männen, om de fick någon alls, motiverades med att de ansågs behöva alkohol enbart för medicinskt bruk (Bruun 1985).

När alkoholransoneringen upphörde steg konsumtionen av alkohol snabbt, men de alkoholrelaterade hälsokonsekvenserna ökade än mer. Detta har förklarats med att det i synnerhet var högkonsumenterna ökade sin konsumtion när motboken försvann. Alkoholmissbruket ökade mest bland ungdomar och kvinnor (Romelsjö 1987).

Enligt Dahlgren (1993) räknar man med att det 1955 var 1 kvinna på 50 män som hade hög alkoholkonsumtion. 1993 räknar man med att 1 kvinna på 4-5 män dricker mycket alkohol.

Alkoholkonsumtionen bland svenska kvinnor fortsatte att öka under 1970-talet, i huvudsak var det de unga kvinnorna som svarade för konsumtionsökningen. Under 1980-talet varierade kvinnors konsumtion något uppåt eller nedåt, men förändringarna var inte stora och någon tydlig trend syns inte i de undersökningar av konsumtionsvanor som genomförs på ett representativt urval av befolkningen (CAN 1992).

Undersökningar från början av 70-talet visade att omkring 1 procent av vuxna svenska kvinnor var alkoholberoende. En pågående undersökning av ett representativt urval svenska kvinnor pekar på att omkring 2 procent kvinnor har alkoholproblem (Spak 1993). Denna undersökning visar också att kvinnors dryckesmönster är stabila, högkonsumenterna ökar inte sin konsumtion till missbruk. Däremot ökar antalet högkonsumerande kvinnor mer än de missbrukande.

Antal kvinnor med alkoholproblem i olika grupper

1979 gjordes en studie av alkoholvanor i Norden. Den visade att yrkesarbetande svenska kvinnor i åldern 20 - 29 konsumerade mest alkohol och att hemarbetande 20 - 29 åringar i Sverige (och på Island) hade mycket låg alkoholkonsumtion (Järvinen & Olafsdottir 1986).

Enligt Lenz (1985) har cirka 3 procent av yrkesarbetande kvinnor alkoholproblem. I de större företagen där företagshälsovården finns i 'huset' stiger dock procenttalet kvinnor med kända alkoholproblem. I dessa företag har de anställda tätare kontakter med FHV som också känner de anställda bättre. Enligt Lenz har kvinnor ur socialgrupperna 1 och 2 högre konsumtion än kvinnor i socialgrupp 3, däremot blir de sociala konsekvenserna av alkoholkonsumtionen större för kvinnorna i socialgrupp 3.

Kvinnor ur högre socialgrupp och kvinnor som bor i städer dricker mer alkohol än andra kvinnor. Den högkonsumerande kvinnan är ung och ensamstående, bor i storstad och arbetar, har bra utbildning och god ekonomi. (Dahlgren 1993)

Lindén-Boström (1990) gjorde en enkät bland landstingsanställda, huvudsakligen kvinnor, om deras alkoholvanor. 11 procent av de som svarat visade sig vara högkonsumenter. De flesta högkonsumenterna fanns bland biträdespersonal och lägre tjänstemän. De högre tjänstemännen och tjänstemän på mellannivå drack minst alkohol.

Vid slutet av 80-talet studerades alkoholvanorna på ett representativt urval av invånarna i upptagningsområdet till några mellansvenska vårdcentraler. Resultatet visade att 6 procent av kvinnorna låg i riskzonen när det gäller alkoholkonsumtion och att minst var 10:e kvinna var storkonsument av alkohol, däremot var det bara 2 procent av kvinnorna som medgav att de drack för mycket. (Tibblin 1992)

Vid en enkät om levnadsvanor och hälsoattityder i Gävleborgs län (Hyllienmark 1991) uppgav 3 procent av kvinnorna att de hade en riskkonsumtion (minst 15 cl ren alkohol per vecka).

1983 undersöktes i Malmö 42-åringars alkoholvanor. Resultatet visade att 4.6 procent av kvinnorna och 15.5 procent av männen hade alkoholproblem. Undersökningen visade också att proportionen kvinnor och män var samma i gruppen med redan kända alkoholproblem som i gruppen med tidigare ej identifierade alkoholproblem. Enligt denna undersökning är alltså inte det 'dolda' alkoholmissbruket ett unikt kvinnligt fenomen (Österling m.fl. 1992).

Sammanfattning och kommentar

Svenska kvinnors alkoholvanor ökade generellt enligt undersökningar fram till och med 70-talet. Därefter har det inte varit någon större vare sig minskning eller ökning vid befolkningsundersökningar. Flera resultat pekar dock på en ökning av antalet högkonsumerande kvinnor, dvs kvinnor med det 'nya kvinnliga' dryckesmönstret (beskrivet av Järvinen & Olofsdottir 1986). Mätningar av konsumtionen i befolkningen är ett grovt mått och som Romelsjö (1992) påpekar kan förskjutningar av konsumtionen mellan grupper ske utan att det avspeglas i totalkonsumtionen.

Undersökningar av alkoholvanorna i speciella grupper går inte att jämföra men resultaten visar på stora skillnader i alkoholkonsumtion mellan yrkesgrupper, olika åldrar, samhällsskikt och geografiska områden. Undersökningar från två landsting visar bland annat på stora skillnader mellan närliggande kommuner.

Att få något svar på frågan om hur många kvinnor som använder för mycket alkohol är inte möjligt med hjälp av ovan refererade undersökningar. Den viktiga frågan är emellertid vilka siffror som är intressanta och relevanta. Vilket värde har det egentligen att veta exakt hur många av den vuxna kvinnliga befolkningen i Sverige som överkonsumerar alkohol? Mer praktiskt användbar kunskap bör vara hur många kvinnor i olika yrken, åldrar, livssituationer, regioner etc som konsumerar mycket alkohol.

En outnyttjad källa till information om kvinnors alkoholvanor är de lokala hälsovaneundersökningar som genomförs i olika regioner i Sverige. I SPRI:s databas fanns tolv hälsovaneundersökningar publicerade 1985 - 1992 som omfattade hela eller delar av befolkningen i landsting, regioner, kommuner eller delar av kommuner. En rundringning visade att i flera län planeras hälsovaneundersökningar. Med undantag av tre undersökningar, två genomförda och en planerad, ingår frågor om alkoholvanor i undersökningarna, dock något olika formulerade. Någon jämförelse mellan dess undersökningar är dock inte möjlig. Data har bearbetats och redovisas på olika sätt och bara i hälften av undersökningarna var alkoholvanorna redovisade uppdelade på kvinnor och män.

I sin nuvarande form ger dessa hälsovaneundersökningar, med några undantag, inte mycket fakta om kvinnors alkoholvanor och det har väl heller inte varit avsikten. Mycken kunskap skulle kunna utvinnas genom en mer ingående och annorlunda bearbetning av data om kvinnors bruk av alkohol. Sådan information om kvinnors alkoholvanor, tillsammans med annan relevant information om kvinnors situation, skulle utgöra bra underlag för planering av verksamhet riktad till kvinnor med alkoholproblem.

Utformning av verksamhet riktad till kvinnor med alkoholproblem

Att ha problem med alkohol är och kommer med stor sannolikhet att förbli skamligt för många kvinnor, något som de försöker dölja. För att en verksamhet skall kunna nå kvinnor med alkoholproblem och ge dem stöd och hjälp, måste den vara avpassad efter kvinnornas behov och verklighet. Innehållet i detta avsnitt om hur verksamhet inriktad på kvinnor med alkoholproblem bör vara utformad bygger på aktuell litteratur och egna erfarenheter från arbetet på en mottagning för kvinnor med alkoholproblem (Andersson 1986b).

Hur når man kvinnor med alkoholproblem?

Erfarenheter från EWA-kliniken visar hur viktigt det är att information om verksamheten sprids via olika kanaler. Kvinnors alkoholproblem och den möjlighet till behandling som EWA-kliniken erbjuder har beskrivits och diskuterats i TV och radio, i dagspress och veckopress och genom väl utformade skrifter lätt tillgängliga på apotek, 'systemet', vårdcentraler. En viktig konsekvens av denna publicitet blev att fler kvinnor trädde fram och sökte hjälp för sina alkoholproblem.

Det är främst förvärvsarbetande kvinnor som nås via information i massmedia eller på arbetsplatsen. Icke förvärvsarbetande kvinnor är svårare att nå. En grupp som var klart överrepresenterad bland de som sökte behandling på EWA-kliniken var unga ensamstående kvinnor med barn. Det var vanligen observant daghemspersonal eller socialsekreterare som rådde dem att söka hjälp. Dessa kvinnor var mycket ensamma, hade ofta psykiatrisk problematik och förmådde inte själva förändra sin situation. (Dahlgren & Willander 1991)
Erfarenheter från Norge visade att annonser i tidningar rekryterade en något annan grupp av problemdrickare än de som sökte via mer traditionella vägar. Kvinnor med måttliga alkoholproblem sökte på eget initiativ. (Duckert 1988).
För att nå kvinnorna är företagshälsovården en viktig kanal. Kvinnor söker sig till program som ger stöd och rådgivning åt anställda i större utsträckning än män. Det visar sig dock att kvinnor söker sig till dessa program av andra anledningar och under andra omständigheter än män. Kvinnor söker oftare än män på grund av krissituationer i familjen, som sorg, sjukdom och skilsmässa, och då uppenbaras också missbruksproblem (Aaron 1991).
Mödravårdscentraler, barnavårdscentraler, vårdcentraler, försäkringskassan, kvinnoföreningar är andra viktiga kanaler för information om alkoholproblem och om möjligheter till hjälp och stöd.

Hinder för kvinnor att söka hjälp

Det finns dock många faktorer hindrar att kvinnor söker hjälp för sina alkoholproblem. Kvinnan anser inte själv att alkoholen är ett problem. Familjen - särskilt maken - kan aktivt motverka att en kvinna söker hjälp. Läkare frågar inte om alkoholvanor.

En faktor som framhålls alltmer är att kvinnor inte anser att det är alkohol som är deras huvudproblem (Baily 1990, Smidth-Fibiger 1991, Spak 1993, Thom 1986) och därför anser det lönlöst att söka hjälp för dem. Många kvinnor ser alkoholproblem som en följd av sina andra problem och söker hjälp för dem i första hand.

Detta kan i en del fall bero på att kvinnorna ha rationaliserat eller förklarat bort beteende som de kände var särskilt oacceptabla för kvinnor, men kan också tolkas som bristande motivation hos kvinnan och tas som en förevändning av omgivningen för att slippa ingripa. (Baily 1990, Thom 1986)

Kvinnor rapporterar också att de möter motstånd mot att söka behandling från familj och vänner. Det verkade som om kvinnor fick stöd från släktingar, andra än make, och barn, att börja behandling för sina alkoholproblem (Baily 1990). Enligt Dahlgren (1993) är det vanligt att maken sätter sig emot att hans hustru söker behandling. Barn och andra släktingar brukar däremot uppmuntra en kvinna att söka hjälp.

Enligt Lenz (1985) söker kvinnor ofta hjälp i ett så sent skede av missbruket att det lett en sådan försämring av den psykiska eller kroppsliga hälsan att ett akut omhändertagande kan bli aktuellt. Kvinnornas förnekande och läkarens egen rädsla har gjort frågor om alkoholvanor inte ställts vid läkarbesök tidigare i förloppet. Kvinnan blir övergiven av maken och går ner sig genom ett nytt äktenskap med en alkoholiserad man.

En svårighet enligt (Spak 1993) är att en läkare och en kvinna inte alltid gör samma bedömning av kvinnans alkoholkonsumtion. Båda varianterna förekommer; att läkaren anser att patienten har alkoholproblem men inte patienten, att patienten anser att hon har alkoholproblem men inte läkaren. (Spak 1993)

Läkare missar ofta tecken på alkoholproblem hos kvinnor och skriver ut lugnande medel istället för att söka efter orsaken till ångest och depression. Detta förstärker användningen av droger eller undvikande som lösning på problem istället för bearbetning. På kort sikt kan läkemedel eller andra droger som alkohol hjälpa en kvinna att klara trauma eller ångest och återge henne en känsla av kontroll över sitt liv. På lång sikt kommer det att hindra henne från aktivt bearbeta sina problem, ta kontroll över sitt liv, öka sin självkänsla och förbättra sin situation. (Reed 1991)

Kvinnor har låg självkänsla, 'man skall inte göra något för sig själv'. Kvinnor med alkoholproblem har mycket låg självtillit och måste alltså mobilisera mycket kraft för att söka behandling och det är då extra viktigt att behandlingen är rätt. Intervjuer med kvinnor i behandling för alkoholproblem visade att knappt hälften av kvinnorna inte ville söka vård eftersom de inte trodde det skulle hjälpa. (Smidth-Fibiger 1993).

Att träda fram och söka hjälp för alkoholproblem kan för en kvinnan få negativa konsekvenserna. De kan få sina barn omhändertagna eller förlora vårdnaden om dem, drabbas av social utstötning och dessutom riskera att få en behandling som inte är avpassad efter deras behov (Litman 1986).

Tecken på alkoholproblem

Den intensiva skam som många kvinnor känner inför sina alkoholproblem gör att de känner sig märkta. En kvinna beskrev det som att hon hade 'alkoholist' stämplat i pannan. Som kompensation blir många kvinnor mycket noga med sitt yttre, prydliga och välklädda. Detta gör att de vanliga signalerna på hög alkoholkonsumtion som slarviga kläder och dålig hygien inte kan användas för

att identifiera kvinnor med alkoholproblem, det må gälla vänner, arbetskamrater, klienter eller patienter.

Tidiga signaler kan till exempel vara svikande arbetsprestation, trötthet, håglöshet, labilt beteende och hög korttidsfrånvaro. Mer subtila signaler kan vara kompensation genom överdrivet 'perfekt' yttre med omsorgsfull make up och dyrbara kläder, att tidvis utföra arbetsuppgifter överdrivet perfekt liksom tendens till isolering. Detta gäller förändringar av beteendet under en längre tid i förhållande till hur kvinnan normalt brukar bete sig. Ett annat tecken kan vara att kvinnan på fritiden, efter att ha druckit alkohol, ibland ringer upp arbetskamrater eller chef för att plötsligt diskutera problem på arbetet eller i privatlivet dock utan att vara hörbart alkoholpåverkad. (Willander 1991)

Läkare tänker sällan på problem med alkohol eller andra dr:ger när de bedömer en välklädd, säker, effektiv, yrkesarbetande kvinnlig patient. Även i de fall där patientens klagomål och fysiska tillstånd ger tydliga tecken brukar frågor kring alkoholkonsumtion inte ställas. Styrda av stereotyper identifierar sjukvårdspersonal inte kvinnor med alkoholproblem förrän på ett sent stadium (Blume 1990).

Kvinnor med alkoholproblem söker ofta läkare för en rad fysiska besvär såsom magvärk, huvudvärk, migrän, oro, sömnproblem, depression, trötthet, blodbrist och gynekologiska besvär (Lenz 1985). Att utgå från manliga indikatorer på hög alkoholproblem som offentlig berusning, slagsmål och arresteringar under berusning gör att man inte upptäcker kvinnor som har alkoholproblem (Schmidt m.fl. 1990). Spak (1993) undersökte olika sätt att identifiera kvinnor med akoholproblem och fann att det som gav bäst resultat var kvinnans reaktion på: Jag anser att jag har eller har haft alkoholproblem.

I en studie i USA (Blume 1990) uppmärksammade sjukvårdspersonal inte alkoholproblem hos mellan 34 procent och 93 procent av de patienter som vid närmare undersökning visade sig vara missbrukare. Den största andelen missade diagnoser fanns bland kvinnor och bland patienter från överklassen. På en gynekologmottagning visade det sig att 12 procent av kvinnorna som kom för rutinkontroll och 21 procent av kvinnorna som sökte för premenstruell spänning hade alkoholproblem. Blume påpekar att utbildning av sjukvårdspersonal om kvinnor och missbruk är ett av främsta behoven inom vården.

På Försäkringskassan i Stockholm har man startat ett projekt för att undersöka hur mycket av kvinnors upprepade korta frånvaro som kan förklaras med alkoholproblem och om detta är ett sätt att uppräcka annars dolda alkoholproblem.

Utformning av hjälp

För en del år sedan kom rapporter om att kvinnor med alkoholproblem hade sämre behandlingresultat än män trots samma behandling. Då var det kvinnorna som ifrågasattes, inte behandlingens kvalitet eller dess utformning för män. Kvinnor upplever ett stort motstånd mot att träda fram och söka hjälp för sina alkoholproblem och riskerar negativa konsekvenser om de gör det. Desto viktigare då att den hjälp och den behandling de erbjuds är av hög kvalitet och avpassad för deras behov.

En studie i Danmark visade att många kvinnor hade ägnat mycket tid åt behandlingar som inte hade hjälpt. De kände sig inte sedda eller hörda som individer. De hade erbjudits samtal men tyckte inte det var inte nog, de ville ha hjälp att förstå sig själva (Schmidth-Fibiger 1993).

Enligt Dahlgren (1992) tycks kvinnorna i allmänhet vara på det klara med att deras missbruk endast utgör en del i en mycket vidare problematik som rör hela livssituationen. Nykterheten är bara första steget mot förändring.

När kvinnors alkoholproblem focuseras inom socialpolitik, behandlingsplanering och fördelning av medel blir det oftast de gravida kvinnorna och alkoholens effekter på fostret som focuseras. Man tenderar att bortse från alla andra problem som missbrukande kvinnor upplever; depression, ångest, låg självkänsla oro för barnen och följder att ha blivit utsatt för sexuella eller andra övergrepp (Reed 1991).

Verksamhetens struktur

Avskildhet, anonymitet, generösa öppettider, barntillsyn, bara för kvinnor, kvinnlig personal anges ofta som viktiga för faktorer av kvinnor som söker hjälp för alkoholproblem.

Att behandlingsenheten befann sig på en forskningsinstitution utan samband med ordinarie alkoholbehandlingscentra angavs av kvinnorna som en viktig anledning att de tog kontakt enligt Duckert (1988). Många av kvinnorna var socialt framgångsrika med dolda alkoholproblem. De var dessutom ofta ensamma mödrar och mycket rädda för att förlora vårdnaden om sina barn om deras alkoholproblem upptäcktes. De visste mycket väl att de hade alkoholproblem och ville göra något åt dem. Men de var tveksamma att vända sig till offentlig vård på grund av möjliga negativa konsekvenser.

Lång behandlingstid, kvällsöppet, tillgång till barntillsyn och sluten vård för att inleda behandlingen är viktiga faktorer för kvinnorna enligt Dahlgren (1992).

Kvinnorna har ofta starka skuldkänslor gentemot sina barn och är väl medvetna om att barnen inte mår bra. Att det finns en möjlighet att även få hjälp och behandling för barnen är viktigt för kvinnorna visar erfarenheter både från EWA-kliniken (Dahlgren 1993) och andra länder (Baily 1990).

Att verksamheten är inriktad på bara kvinnor framhålls av många kvinnor som en förutsättning för att söka hjälp, medan andra inte tycker det spelar någon roll, bara det är lugn miljö och de inte behöver sitta i ett stökigt väntrum. Även när det gäller om personalen skall vara enbart kvinnlig eller ej finns ingen enhetlig uppfattning.

I utvärderingen av verksamheten har kvinnorna själva framhållit att det varit positivt att enheten varit enkönad, de skulle inte sökt annars. Däremot kunde det underlätta kontakten med deras eventuella män eller partners med en manlig personal på enheten. (Dahlgren 1992)

Det var inte närvaro av män i sig som avskräckte kvinnor från behandling enligt Smidth-Fibiger (1993), utan de signaler som behandlingen förmedlade, att som missbrukande kvinnor blev de stämplade som avvikande och omoraliska. Många kvinnorna föredrog dock behandlingar och terapigrupper med både kvinnor och män. De tyckte de fick ökad förståelse för sina partners missbruk och blev mer rustade att tackla sina partners om de hörde vad andra män berättade. Men detta kan också vara ett utslag av kvinnlig förnekelse och minska kvinnornas benägenhet att bearbeta av sina egna problem. Enligt Smidth-Fibiger kan man inte dra entydiga slutsatser om blandade eller enkönade institutioner, sannolikt behövs båda.

Även när det gäller om man skall arbeta med individuella samtal eller med grupper finns det inga enkla svar. En hel del av de kvinnor som söker hjälp har så låg självkänsla att de i början av behandlingen inte klarar av att sitta i grupp med andra kvinnor. För många kvinnor är det också så nytt och ovant att intresset koncentreras kring dem. Att de får ägna sig helt åt sig själva under den tid ett stödsamtal varar blir ett viktigt inslag i stärkandet av deras självkänsla.

För kvinnor som har dåligt socialt stöd kan samtal i grupp vara en bra metod. Kvinnorna tenderade att använda gruppen som stöd för att hantera livsproblem och för att få perspektiv på sin alkoholanvändning. Kvinnorna som tillhörde gruppen visade ett bättre behandlingsresultat än de som fick bara individuell rådgivning. Det verkade som om kvinnorna fick ut mer av behandlingstiden, när de hade tillfälle att diskutera kvinnospecifika frågor och få socialt stöd från gruppmedlemmarna. (Baily 1990)

Behandlingens innehåll

Kvinnor skyller på sig själva när det är något de inte klarar av och hänför det till tur när de lyckas. Att denna låga självkänsla som präglar kvinnor med alkoholproblem måste beaktas vid utformning av innehållet i behandlingen påpekas av många forskare och behandlare.

Behandling med jagstärkande stödsamtal och mindre fokusering på hårda konfrontationer och nedbrytning av försvar är att föredra för kvinnor med tidig alkoholproblematik (Bergman m.fl. 1992).

Missbruksproblemen minskar ofta när de bakomliggande orsakerna undanröjs. Därför är det också viktigt att stödja kvinnans självförtroende och att få henne att förstå att det inte är "hennes fel". Många kvinnor har på grund av ökad press i arbetet eller i det privata tagit till alkohol eller tabletter för att dämpa sin oro. Genom stöd och handledning kan situationen klaras upp och tablett- och alkoholkonsumtionen minska (Lenz 1985).

I program som riktar sig till kvinnors behövs en annan metodik än den mer traditionella konfrontativa som syftar till att bryta igenom förnekande. Ett sådant förhållningssätt är helt felaktigt gentemot kvinnor som känner sig ovärdiga och fulla av skam och skuld (Mummé 1991).

Den viktigaste regeln vid behandling är att man inte får moralisera och skrämma. Det är i första hand fakta som skall tala. Samtal om livssituation och arbetssituation skall leda till att man finner ett alternativ till alkoholen. Att ersätta alkohol som flyktmedel med något annat kan vara svårt men viktigt. Erfarenheter visar att kvinnor som slutar dricka, kan trappa upp sin rökning och/eller tröstäta. (Lenz 1985)

Många kvinnor med alkoholproblem lever i trassliga relationer och en del har missbrukande partners. Familjebehandling förordas ofta. Initialt kan dock kvinnans självkänsla vara för låg. Kvinnan måste uppleva sig som en självständig individ innan hon kan ingå som en jämbördig part i en familjebehandling.

Dahlgren (1992) pekar på ett annat hinder för familjebehandling: partnern är ofta ambivalent till kvinnans behandling och negativ till familjebehandling.

Primärvårdens roll

Primärvården utpekas i svensk och internationell litteratur som bäst lämpad att nå kvinnor med alkoholproblem både vad gäller identifiering och behandling. Men varken i Sverige eller i andra länder är primärvården särskilt positiv till denna roll.

Det är väl känt att intresset för att arbeta med alkoholfrågor varierar mycket inom primärvården och ofta inte är så stort. En förklaring är den särskilt tidigare närmast obefintliga utbildningen. På sina håll känner man oro för att arbete med patienter med alkoholrelaterade problem skulle ta mycket tid och kraft från andra viktiga uppgifter. Vid ett försök på en vårdcentral tog det dock bara ca 3 procent av läkarens tid. Ofta kan det dessutom röra sig om patienter som nu söker primärvården för många olika problem och som svarar för en stor del av primärvårdens kostnader. Från flera håll i Sverige har också redovisats intressanta erfarenheter av insatser i primärvården för personer med alkoholproblem. (Romelsjö 1992)

Primärvården är sannolikt det mest effektiva sättet att nå kvinnor med alkoholproblem. Svårigheten ligger att mobilisera dessa instanser så att en större

del av deras uppmärksamhet och resurser riktas mot alkoholproblem. (Thom 1986)

Vid intervjuer med engelska allmänläkare visade det sig att diagnosen alkoholproblem, särskilt i ett tidigt skede, vållade läkarna emotionella och intellektuella problem. Läkarna upplevde krav på att definiera alkoholkonsumtion som ett problem när de egentligen upplevde det som normal och acceptabelt och dessutom krav på att göra något åt ett problem som de kände sig maktlösa inför. (Smith 1992)

Primärvårdsläkaren skall först och främst ge råd och följa upp och överlåta eventuell medicinsk behandling eller sjukskrivning p g a alkoholproblem till specialister. Primärvårdens uppgift är 'enkel intervention' som inte tar ställning till var i förloppet man ingriper utan mer riktar uppmärksamheten på vad som är rimlig och möjlig insats från en primärvårdsläkare. Denna insats kan bestå av två delar:

1) Identifiering av alkoholpatienter och kartläggning av förbrukningens omfång.

2) Ge råd och följa upp patienten över tid. (Aasland 1992)

Kvinnor med alkoholproblem söker i stor utsträckning primärvården för problem som kan vara alkoholrelaterade. Även om en kvinna inte aktivt förnekar det faktum att hon har alkoholproblem, är det mer sannolikt att hon söker hjälp från instanser som hon anser har den kompetens och kunskap som är relevant för hennes aktuella problem. (Baily 1990)

Förebyggande åtgärder

En mycket stor del av kvinnors alkoholproblem anses vara problemrelaterade, dvs kvinnor använder alkohol som problemlösning, självmedicinering eller överlevnadsstrategi.

Den första delen av denna rapport ger en översikt över aktuell kunskap om situationer och omständigheter som kan driva kvinnor att överkonsumera alkohol. Den andra delen av rapporten pekar på stora skillnader mellan yrkesgrupper, åldrar, samhällsskikt och geografiska områden när det gäller kvinnor med hög alkoholkonsumtion men visar också på motsägelser och brist på kunskap.

Förebyggande åtgärder bör naturligtvis ske på två nivåer. Dels förändra kvinnors villkor i samhället så att deras behov av att använda alkohol minskar. Dels att nå kvinnor på väg att utveckla alkoholproblem. Den tredje delen av denna rapport redovisar kunskap om hur sådan verksamhet bör vara utformad.

Företagshälsovård, sociala servicecentraler, försäkringskassor, gynekologmottagningar, barnavårdscentraler, mödravårdscentraler etc har kontakt med många kvinnor. Tillsammans med primärvården är de viktiga instanser för att upptäcka kvinnor med tidiga alkoholproblem. Personalen bör därför få utbildning både om tidiga signaler på alkoholproblem och hur man pratar med kvinnor om alkohol. Men för att detta arbete skall kännas meningsfullt måste man ha något att erbjuda en kvinna med alkoholproblem. Någonstans att hänvisa henne där man vet att hon blir väl omhändertagen.

1983 öppnades en mottagning för kvinnor med alkoholproblem på Södersjukhuset i Stockholm. Denna mottagning har öppet två kvällar och en förmiddag per vecka. Personalen består av en sjuksköterska och en kurator, båda halvtidsantällda, läkarkonsult 9 timmar per vecka och sekreterare 8 timmar per vecka. Mottagningen tar emot efter tidsbeställning. Majoriteten av de kvinnor som sökte sig dit under de första åren hade inte tidigare sökt hjälp för sina alkoholproblem och angav att den neutrala placeringen, möjligheten att komma på kvällen och att mottagningen riktade sig enbart till kvinnor som faktorer när de skulle söka hjälp. (Se Andersson (1986b) för en utförligare beskrivning av denna mottagning)

En mottagning efter denna modell kunde placeras i anslutning till vårdcentralen. Ansvarig läkare skulle kunna vara intresserad distriktsläkare eller specialist på alkoholvård. En sådan mottagning med specialutbildad personal och verksamhet utformad efter kvinnors behov skulle kunna ge stöd och behandling till kvinnor med tidiga alkoholproblem. Den skulle också vara en viktig del i sekundär prevention av alkoholmissbruk hos kvinnor genom att göra det meningsfullt att tidigt upptäcka alkoholproblem och underlätta för kvinnor att söka hjälp.

Referenser

Aasland, O.G. 1992: Metoder för tidig intervention. Socialmedicinsk tidskrift 8, 396-400.

Ahlström, S. 1986: Förändringar i de finländska kvinnornas alkoholvanor. Kvinnoforskning kring rusmedel 2. NAD-rapport nr 14, 50-51.

Andersson, C. 1986: Om kvinnor skam och alkohol. En litteraturstudie. Stockholm: Kvinnoforum.

Andersson, C. 1986b: Verksamheten på 'Kvällsmottagningen för kvinnor med alkoholproblem' på södersjukhuset i Stockholm. Kvinnoforskning kring rusmedel 2. NAD-rapport nr 14, 144-150.

Baily, S. 1990: Women with alcohol problems: A psycho-social perspective. Drug and alcohol review 9, 125-131.

Bergman, I., Bergman, H., Dahlgren, L. & Åsberg, M. 1992: Kvinnliga alkoholmissbrukares psykiska försvar liknar depressiva kvinnors. Läkartidningen 89(32-33), 2598-2605.

Blume, S.B. 1990: Chemical dependency in women: Important issues. American journal of drug and alcohol abuse 16(3&4), 297-307.

Bruun, K. 1985: Den svenska supen, en historia om brännvin, Bratt och byråkrati. Stockholm: Prisma.

CAN 1992: Rapport 92. Alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Cullberg, J. 1984: Dynamisk psykiatri i teori och praktik. Stockholm: Natur och kultur.

Dahlgren, L. 1992: Behandling av kvinnliga alkoholmissbrukare. Socialmedicinsk tidskrift 8, 390-394.

Dahlgren, L. 1993. Föreläsning på konferens 'Vin Våld och Valium' den 20-22 januari, Ersta, Stockholm.

Dahlgren, L. & Willander, A. 1991: Vilka kvinnor söker hjälp för alkoholproblem och vilka går det bra för? Läkartidningen 88(8), 632-635.

Duckert, F. 1988: Recruitment to alcohol treatment: A comparison between male and female problem drinkers recruited to treatment in two different ways. British journal of addiction 83, 285-293.

Haavio-Mannila, E., Kauppinen, K. & Kandolin, I. 1990: Women's drinking patterns in male and female dominated occupations. Föreläsning på nordiskt seminarium 'Kvinnors förhållande till alkohol och droger' den 19-21 november 1990, Fredensborg, Danmark.

Hall, E. 1990: Women's work: An inquiry into the health effects of invisible and visible labor. Stockholm: Karolinska institutet. Akademisk avhandling

Hasin, D.S., Grant, B. & Harford, T.C. 1990: Male and female differences in liver cirrhosis mortality in the United States 1961 - 1985. Journal of studies on alcohol 51(2), 123-129.

Holmila, M. 1991: Kvinnliga storkonsumenter i Helsingforsregionen. Kön, rus och disciplin. NAD-rapport nr 20, 137-152.

Hyllienmark, G. 1991: Hälsa och levnadsvanor. Enkät i Gävleborg om levnadsvanor och hälsoattityder. Rapporter från samhällsmedicinska avdelningen, Gävleborgs landsting.

Järvinen, M. & Olafsdottir, H. 1986: Kvinnors dryckesmönster. Kvinnor, alkohol och behandling. NAD-publikation nr 13, 79-99.

Lenz, W. 1985: Alkohol i arbetslivet. Solna: Teknografiska Institutet AB.

Lindén-Boström, M. 1990: Arbetsmiljö och alkohol. Linköping: Linköpings universitet. Akademisk avhandling.

Litman, G.K. 1986: Women and alcohol problems: Finding the next question. British journal of addiction 81, 601-603.

Mercer, P.W. & Khavari, K.A. 1990: Are women drinking more like men? An emprical examination of the convergence hypothesis. Alcoholism: Clinical and experimental research 14(3), 461-466.

Mummé, D. 1991: Aftercare: Its role in primary and secondary recovery of women from alcohol and other drug dependence. The international journal of the addictions 26(5), 549-564.

Nordlund, S. 1986: Alkoholbruk blant kvinner i Norge. Kvinnoforskning kring rusmedel 2, NAD-publikation nr 14, 35-49

Olenick, N.L. & Chalmers, D.K. 1991: Gender specific drinking styles in alcoholics and nonalcoholics. Journal of studies on alcohol 52(4), 325-330.

Paakkanen, P. 1992: Könens dubbla medborgarskap och alkoholen.Nordisk alkoholtidskrift 9, 131-143.

Parker, D.A. & Harford, T.C. 1992: Gender-role attitudes. Job competition and alcohol consumption among women and men. Alcoholism: Clinical and experimental research 16(2), 159-165.

Puranen, B. 1991: Kvinnors ohälsa - beror den på dubbelarbete. Social medicinsk tidskrift 7-8.

Reed, B.G. 1991: Linkages: Battering, sexual assault, incest, child sexual abuse, teen pregnancy, dropping out of school and the alcohol and drug connection. I: Roth, P (Ed): Alcohol and drugs are women's issues. Volume one: A review of the issues. New York: Women's action alliance and The scare crow press inc.

Rohsenow, D.J., Corbett, R. & Devine, D. 1988: Molested as children. A hidden contribution to substance abuse? Journal of substance abuse treatment, 5(1), 13-18.

Romelsjö, A.1992: Sekundär prevention i primärvården: positiva erfarenheter. Socialmedicinsk tidskrift 8, 401-404.

Sandmaier, M. 1981: The invisible alcoholics. Women and alcohol abuse in America. New York: McGraw-Hill Book Company.

Schmidt, C., Klee, L. & Ames, G. 1990: Review and analysis of literature on indicators of women's drinking problems. British journal of addiction 85, 179-192.

Shore, E.R. & Batts, S. 1991: Contextual factors related to the drinking behaviors of American business and professional women. British Journal of Addiction 86, 171-176.

Smidth-Fibiger, E. 1991: Kvindelige alkoholmisbrugere og behandlingstilbudene. Rapport 1991:14. Köpenhamn: Social forsknings institutet.

Smidth-Fibiger, E. 1993: Föreläsning på konferensen Vin, Våld och Valium, 20-22 januari 1993, Ersta, Stockholm.

Smith, L. 1992: Help seeking in alcohol-dependent females. Alcohol & Alcoholism 27(1), 3-9.

Snare, A. 1986: Inledande funderingar om kvinnor, alkohol och kontroll. Kvinnor, alkohol och behandling. NAD-publikation nr 13, 9-32.

Spak, F. 1993: Föreläsning på konferensen Vin, Våld och Valium, 20-22 januari 1993, Ersta, Stockholm.

Thom, B. 1986: Sex differences in help-seeking for alcohol problems. 1. The barriers to help-seeking. British journal of addiction 81, 777-788.

Tibblin, G. 1992: Riskfaktor alkohol - en studie om alkohol och sjukdom inom primärvården. Socialt perspektiv 2, 28-32.

Wasserman, D. 1992: Alkohomissbruk och suicidalitet. Missbrukarna och deras barn. En seminarierapport om forskning. Socialvetenskapliga forskningsrådet, s 8.

Willander, A. 1991: Ska kvinnor behandlas annorlunda än män? Alkohol och narkotika 4, 28-29.

Wilsnack, S. & Beckman L.(Ed) 1984: Alcohol problems in women. New York: The Guilford Press.

Wilsnack, R.W. & Wilsnack, S.C. 1992: Women, work and alcohol: Failures of simple theories. Alcoholism: Clinical and experimental research 16(2), 172-179.

Österling, A, Nilsson, L-H., Berglund, M. Moberg, A-L. & Kristensson, H. 1992: Sex differences in problem drinking among 42-year-old residents of Malmö, Sweden. Acta psychiatrica scandinavica 85, 435-439.

Kvinnoperspektiv på alkoholproblem

Rapport till Alkoholpolitiska kommissionen

av
Christina Andersson
Bam Björling
Kerstin Lagerström

Stiftelsen Kvinnoforum
Västerlånggatan 75
111 29 STOCKHOLM

I detta PM diskuteras likheter och olikheter mellan kvinnors och mäns alkoholproblem, och åtgärder för att förebygga och behandla alkoholproblem hos flickor och kvinnor.

Angående likheter och olikheter mellan kvinnor och män

Sedan gammalt har alkoholbruk varit starkare knutet till mansrollen än till kvinnorollen. Att dricka mycket har i vår kultur uppfattats, och uppfattas fortfarande, som ett tecken på virilitet. Berusning och berusat beteende accepteras på ett helt annat sätt hos män än hos kvinnor. Denna dubbelmoral är en så naturlig del av det gängse könsrollsmönstret att man knappast uppmärksammar den.

Att ha ett förflutet som missbrukare och kriminell är knappast till fördel för någon människa som skall leva ett normalt liv. För en man kan det dock ibland vändas till en fördel att han varit missbrukare, visa att han är en tuff karl, framkalla andras sympati och beundran. Men kan det någonsin vara en fördel för en kvinna att berätta om ett förflutet med missbruk? Att vara missbrukande kvinna är att bryta inte bara mot samhällets regler, det är också ett grovt brott mot vad som är tillåtet för kvinnor.

Den stora frågan är naturligtvis varför alkoholproblem bland hälften av samhällets vuxna orsakar alarm, medan samma problem för den andra halvan betraktas som ett socialt faktum. Man kan följa kvinnans särställning när det gäller alkoholförtäring både genom historien och genom hela den så kallade västerländska världen. Uppfattningen att kvinnors dryckenskap var avskyvärt och skulle leda till promiskuitet fanns redan i det antika Rom. Samma koppling mellan sexualitet och alkohol, samma rädsla för de krafter som släpps lösa om kvinnor börjar konsumera alkohol som män, avspeglas i larmrapporterna om kvinnors ökande alkoholkonsumtion. Det är som vore mäns alkoholbruk det 'naturliga' och bara den sociala kontrollen hindrar kvinnor att med alkohol äventyra samhällets fortbestånd.

För några kvinnor blir dock tillvaron så komplicerad att de bryter mot de sociala normerna och blir alkoholmissbrukare. Att kvinnor använder alkohol som problemlösning, män därför att mansrollen så föreskriver, anges ofta som orsak till kvinnors och mäns alkoholmissbruk. Vi vet egentligen mer om varför kvinnor använder alkohol än män. De kvinnor som konsumerar alkohol i stora kvantiteter har varit för få för att utgöra underlag vid beräkningar,

istället har man använt andra metoder, ställt annorlunda frågor och fått mer nyanserade svar. När det gäller män har antalet missbrukare räckt till för statistiska bearbetningar, men resultatet har ofta blivit en ensidig, onyanserad bild av den manlige missbrukaren.

Det är ganska väl kartlagt vilka omständigheter som får kvinnor att tillgripa alkohol; oförenliga roller, monotont arbete, oförmåga att påverka sin situation, missbrukande partner, rollförlust etc. Hos kvinnor är sambandet mellan problem och alkohol tydligare, hos män är alla samband insvepta i en grå dimma av mansroll. Det finns tecken som tyder på att i grunden är även männens alkoholmissbruk problemrelaterat.

Från första stund bemöts flickor och pojkar olika och skillnaderna förstärks under puberteten. Under de tidiga tonåren har flickor och pojkar nästan samma alkoholkonsumtion. Båda ökar sin konsumtion, pojkarna dock mer än flickorna, fram till 18 års ålder. Flickornas konsumtion kulminerar då och övergår till vad som kallas ett kvinnligt mönster med måttlig eller relativt hög konsumtion men utan att de blir berusade. Pojkarnas konsumtion fortsätter att öka och kulminerar först efter 20 års åldern med ett manligt mönster av stora kvantiteter starköl eller sprit, berusning är målet.

Alkohol befriar från ångest och förändrar verkligheten, löser inga problem men ger tillfällig flykt undan problemen. Denna fundamentala funktion är lika för kvinnor och män. Men sedan upphör likheterna. Den livssituation som ger upphov till ångest, den verklighet som skapar problem är olika för kvinnor och män. Alkoholmissbruket stigmatiserar kvinnan men knappast mannen. Den berusade kvinnan blir betraktad som ett lovligt offer för sexuell aggression, den berusade mannen behöver inte ansvara för sina handlingar. Sexualitet är inte bara en kvinnofråga. Det är kvinnan som genom missbruket sviker barnen inte mannen. Barn är inte bara en kvinnofråga.

Likheterna och olikheterna mellan missbrukande kvinnor och män reflekterar likheter och olikheter i kvinnors och mäns livsvillkor.

Unga flickor

Unga flickors väg in i missbruk

Flickor är mottagliga för och samlar på sig information om droger i betydligt större utsträckning än pojkar. Flickorna är mer medvetna om skadeverkningarna och funderar kring framtiden. Information om droger har effekt på flickors konsumtion, men det har också visat sig att om information och kunskap inte kombineras med förändringar av en otillfredsställande livssituation räcker det inte, flickorna börjar missbruka i alla fall. Pojkarna tar inte åt sig av infor-

mation och deras drogbruk influeras av mansrollens acceptans av bruk och även missbruk av droger. Här kanske man kan finna en av förklaringarna till den kortare och intensivare utvecklingen av missbruk hos flickor som så ofta beskrivs; flickorna är helt enkelt mer målmedvetna i sitt missbruk än pojkarna.

Den mest spridda uppfattningen om flickor är att de börjar använda droger därför att de förälskar sig i en missbrukare. Flickor 'förförs' in i missbruket. Detta stämmer väl med uppgifterna om att de flesta flickor introduceras i missbruk av pojkar/män och därav drar många slutsatsen att männen är orsak till flickornas missbruk. Men att se män som orsak till att flickor missbrukar är att isolera en länk i den kedja som utvecklingen av missbruk utgör och dessutom helt underkänna flickors delaktighet i och inflytande över sina handlingar. Det finns många fler faktorer inblandade, bland annat hur flickan träffande den missbrukande pojken/mannen. Vad gjorde det möjligt för henne att dras till honom? Vad är det som saknas i hennes liv och gör att hon dras till det spännande livet och de spännande pojkarna i centrum? Det är den frågan som måste ställas. Flickors väg in i missbruk börjar långt innan de träffar pojken/mannen som introducerar dem. Intervjuer med flickor har visat att de inte känt sig tvingade eller övertalade att testa droger, snarare tvärtom, de har själva fått stå för övertalningen. Den missbrukande mannen/pojken bör snarast betraktas som ett redskap för flickornas introduktion i missbruk.

Kamrattryck eller kamratinflytande anges ofta som den viktigaste faktorn bakom en tonårings missbruk. Men att en tonåring har samma konsumtionsmönster som sina kamrater behöver inte betyda att kamraterna orsakat missbruket. Att fokusera på kamrattryckets roll i utvecklingen av missbruk, dvs att en ungdom missbrukar därför att kamraterna gör det är att förenkla ett mycket komplicerat fenomen. Man kan dessutom undvika laddade diskussioner inte bara kring familjens betydelse utan även samhällets. Kamraterna har en annan roll vid utvecklingen av missbruk än familjen och skolan. Dålig relation till föräldrarna leder till att en flicka tar sin tillflykt till kamrater där hon får uppskattning och omsorg. Dåligt anpassade flickor blir utstötta av vanliga ungdomar och hänvisade till likasinnade etc. För utveckling av missbruk är familjen och även skolan de viktigaste faktorerna medan kamraterna har en underordnad roll.

En kartläggning av missbruksutvecklingen hos flickor från Maria Ungdomsenhet i Stockholm visade tre olika mönster för avvikande beteende och missbruk. En grupp flickor ändrade plötsligt beteende i 13–14 års ålder, började vara borta hemifrån, upproriska mot föräldrarna, skolka, visa tecken på droganvändning. Deras utveckling kan snarast betecknas som explosiv. En annan grupp flickor visade tecken på problem i skolan ganska tidigt, fortsatte med utespring, rymde hemifrån, och började använda droger. Utvecklingen av deras avvikande beteende gick långsammare och stegrades mer gradvis än den explosiva gruppens. En tredje grupp flickor hade i stort sätt varit skötsamma

fram till sommaren efter grundskolan eller något senare då deras beteende förändrades. De började med utespring, rymningar, promiskuitet och intensivt drogmissbruk, ofta illegala droger.

Åtgärder inriktade på flickor med alkoholproblem

De flesta som arbetar med eller forskar om flickor och missbruk är eniga om att dålig självkänsla är en bidragande orsak till att flickor missbrukar. Åtgärder som syftar till att höja flickors självkänsla blir därför centrala både när det gäller prevention och behandling. Tidig upptäckt av och stöd till flickor på väg in i missbruk och annat avvikande beteende bör prioriteras, därigenom sparas både resurser och mänskligt lidande. För de flickor som ändå faller igenom måste det finnas ett varierat utbud av åtgärder anpassade efter deras behov. När det gäller tidiga tecken på att flickor är på väg in i avvikande beteende är kunskapsbristen stor. Detta område bör prioriteras när det gäller forskning och kunskapsutveckling.

I utbildningar och fortbildning på alla nivåer skall flickors och pojkars psykosociala utveckling ingå, deras situation belysas och deras behov analyseras. Särskilda utbildningsinsatser om flickors situation måste riktas till beslutsfattare och politiker. Aktiviteter riktade till flickor definieras ofta som särinsatser, några projekt för flickor startas medan den ordinarie verksamheten fortfarande vänder sig till pojkar. Projekt som syftar till att nå flickor utformas ofta mer utifrån en traditionell uppfattning om vad flickor bör ägna sig åt och mindre utifrån flickors verkliga intressen och behov. Ett flickperspektiv måste ingå som en självklar del vid planering av all ungdomsverksamhet och alla aktiviteter granskas utifrån både flickors och pojkars behov.

Primär prevention

Saklig information om alkoholens inverkan på kroppen, prestationsförmågan etc bör lika självklart som information om pubertet och menstruation ges till alla flickor.

Det finns ett förakt för flickaktiviteter och flickintressen som grundläggs tidigt bland annat genom utbudet i massmedia. Mord, krig, korthuggna dialoger, förstörelse, våld och bisarra rymdfarkoster är av någon anledning överlägset medan romantik, känslor och hästar anses larvigt. Detta påverkar flickors självbild och måste motverkas.

Genom att omedelbart och tydligt ingripa mot sexuella trakasserier i skolan och i andra sammanhang skyddar och stärker man flickorna och visar att kvinnor och kvinnlighet skall respekteras. Det är förödande för en flickas identitetsutveckling och självkänsla om hon inte får sin kroppsliga och själsliga

integritet respekterad. Ökad satsning på skolvärdinnor och rastvakter som stöder flickorna skulle förhindra att de verbalt eller fysiskt trakasseras av pojkarna. Flickklasser i skolan skulle göra flickorna synliga och ge dem mer utrymme.

Fritidsgårdar måste ge mer utrymme för verksamheter inriktade på flickor. Ett ökat utbud av fritidsaktiviteter för flickor skulle göra att färre flickor får anledning att åka in till centrum.

Utbildning av lärare och personal i skola och på fritidsgårdar behövs för att göra dem medvetna om flickors specifika behov.

Sekundär prevention

I skolan är det möjligt att tidigt upptäcka förändrat eller avvikande beteende hos flickor. En förutsättning är att man känner igen tidiga tecken på att något håller på att gå snett och vet hur man skall svara på dessa signaler. Men i klassrummet kommer flickorna inte till tals och lärarna känner flickorna sämre än pojkarna. Skolhälsovården har visat sig ha bättre kännedom om flickorna än lärarna. Flickorna vänder sig dit med huvudvärk eller andra symtom som många gånger blir en inledning till en djupare kontakt. Skolsköterskan har en central roll när det gäller att tidigt upptäcka flickor som har problem. Att ge skolsköterskan ökade resurser är viktigt för sekundär prevention. Den nedrustning av skolhälsovården som pågår kommer att drabba flickorna särskilt hårt.

Ungdomsmottagningarna når flickor som kommer för att få preventivmedel eller prata om problem i samband med pubertet och sexualitet. Många flickor visar här första tecknet på att något är fel. Asocialitet och droganvändning har dock ofta börjat innan en flicka debuterar sexuellt och söker sig till en ungdomsmottagning. Här behövs forskning hur man skulle kunna upptäcka dessa flickor tidigare.

Ungdomsgrupper, fältarbetare, personal på fritidsgårdar etc har också möjlighet att tidigt upptäcka och nå flickor som håller på att spåra ur. Till det behövs utbildning och kunskap om flickor.

Flickföreningen Flix i Stockholms centrum är ett bra sätt att nå flickor som driver omkring på kvällar och nätter. Verksamheten drivs av flickor och ger ett alternativ till att hänga i city genom aktiviteter utformade för flickor. Flix bedriver också uppsökande verksamhet i city i samarbete med fältarbetare.

Exempel på stöd och behandlingsinsatser

Stöd och behandling riktad till flickor med missbruksproblem kan, beroende på flickornas situation, innebära stödgrupp, dagverksamhet eller behandlingshem.

Stödgrupper för flickor som saknar eller är på väg att förlora social föran-

kring. Genom stödgrupperna får flickorna social träning, ökad självkänsla och möjligheter att med hjälp av de andra flickorna och stödgruppsledaren bearbeta sin situation.

Amanda är en dagverksamhet i Eskilstuna som riktar sig till flickor med olika arbetshinder. Verksamheten på Amanda syftar till att stärka flickornas självkänsla och få i gång dem i utbildning eller i arbete.

Stall Frossarbo utanför Stockholm är ett behandlingshem för flickor. Flickorna bor och arbetar med hästar och får samtidigt utbildning bland annat till hästskötare.

Valstad är ett behandlingshem för både flickor och pojkar. Där har man särskilda aktiviteter för flickorna, separata samtalsgrupper för flickor och pojkar och arbetar medvetet för att stärka flickidentiteten.

Kvinnor

I ett separat PM 'Kvinnor och alkohol - en kunskapsöversikt' redovisas aktuell kunskap om kvinnors tidiga eller dolda alkoholproblem. Översikten mynnar ut i två slutsatser:

- Att den centrala fråga som bör ligga till grund för både kunskapsutveckling och planering av verksamhet bör vara; I vilken livssituation och under vilka omständigheter använder kvinnor alkohol?
- Att en öppenvårdsverksamhet i anslutning till primärvården verkar vara det bästa sättet att tidigt upptäcka och behandla kvinnor med alkoholproblem.

En förutsättning för att kunna ge kvinnor med alkoholproblem ett adekvat bemötande och omhändertagande är kompetensutveckling på alla nivåer. Kvinnospecifik utvecklingspsykologi, kvinnors hälsa, kvinnors situation i missbruk och behandling, i familjen och arbetslivet är nödvändiga baskunskaper och måste ingå i både grundutbildningar och fortbildning för personal inom vårdsektorn, sociala sektorn, försäkringskassorna etc. Även politiker och beslutsfattare behöver motsvarande utbildning för att förstå vikten och värdet av kvinnospecifika åtgärder.

Kontinuerlig fortbildning är nödvändig för bibehållen kompetens och metodutveckling. I Kvinnoforums verksamhet ingår sedan flera år Fröja-gruppen. Denna grupp består av föreståndare från behandlingshem för kvinnor med enbart kvinnlig personal. Fröja-gruppen träffas regelbundet för utbildning och metodutveckling. Ämnen som behandlas är bland annat chefsrollen, ledarskap, teorier och strategier vid behandling av kvinnor med missbruksproblem.

Kvinnoforum bedriver också utbildning riktad till manliga föreståndare och kvinnlig personal från behandlingshem för både kvinnor och män med alkohol-

problem. Avsikten med denna utbildning är att öka de manliga föreståndarnas kunskap om och förståelse för behovet av specifika insatser vid behandling av kvinnor och att utveckla strategier för att åstadkomma förändring av arbetet på dessa behandlingshem. Den kunskap om och erfarenhet av arbete med kvinnor som växer fram genom detta utvecklingsarbete skulle vara ett viktigt inslag i utbildnings- och fortbildningsverksamhet.

Nya former behöver utvecklas för arbetet med kvinnor med alkoholproblem. Nätverk är ett arbetssätt som stämmer väl med kvinnors sätt att genomdriva förändring. Ett exempel är Kvinnoforums arbete med att bygga upp nätverk för arbete med läkemedelsberoende kvinnor:

- Ett nationellt nätverk för läkare, sjuksköterskor och behandlare som arbetar med läkemedelsberoende för att sprida kunskap och utbyta erfarenheter.
- Ur det nationella nätverket har regionala nätverk växt fram, där medlemmarna träffas regelbundet för utbildning och metodutveckling.
- Ur de regionala nätverken växer lokala nätverk fram i form av stödgrupper för kvinnor med läkemedelsberoende. Även grupper som sedan tidigare arbetar med läkemedelsberoende tar kontakt för att ingå i nätverken.

Nätverksarbete enligt denna modell inriktat på kvinnor med alkoholproblem skulle innebära effektiv spridning av nödvändig kunskap och underlätta metodutveckling.

Förslag till åtgärder riktade till kvinnor med alkohol problem

I detta avsnitt redovisas konkreta förslag på primär och sekundär prevention, stöd och behandling av kvinnor med tidiga och/eller dolda alkoholproblem.

Primär prevention

Information om alkoholens inverkan på kroppen, konsekvenser av hög alkoholkonsumtion och vad som är hög konsumtion bör alltid ingå i all information om hälsa och finnas tillgänglig på vårdcentraler, gynekologmottagningar, apotek, mödravårdscentraler etc. En diskussion om alkoholvanor bör ingå som en självklar del vid alla läkarbesök.

Kvinnors situation i arbetslivet brukar anges som betydelsefull faktor bakom alkoholproblem. Stödgrupper har visat sig vara ett bra sätt att arbeta med kvinnor och kan användas för att ge kvinnor perspektiv på sin arbetssituation och vara utgångspunkt för förändring. Särskilda insatser i form av stödgrupper

behövs för arbetslösa och friställda kvinnor. Eftersom kvinnor använder alkohol som problemlösning skall arbetet i stödgrupperna fokusera kvinnornas totala situation, inte bara alkoholproblem.

Sekundär prevention

Genom information och påverkan via media minska stigmatiseringen av kvinnor med alkoholproblem och därigenom underlätta för kvinnor att söka hjälp.

Utbildning av personal inom sjukvård, mödravård, barnavård, socialvård, försäkringskassa och företagshälsovård om tidiga tecken på alkoholproblem, hur man pratar med en kvinna om alkohol och vart man kan hänvisa kvinnor som har behov av stöd och behandling.

Exempel på stöd och behandlingsinsatser

Lätt tillgängliga öppenvårdsmottagningar för kvinnor, neutralt placerade och inriktade på kvinnans totala situation och inte bara alkoholproblem. För detta krävs engagerad, välutbildad personal och gott samarbete med andra instanser. 'Kvällsmottagningen' på Södersjukhuset är en bra modell.

Axet i Norrköping är en öppenvårdsmottagning för både kvinnor och män. Hela personalen har fått utbildning i hur man når kvinnor och arbetar med att stärka deras självkänsla.

EWA-kliniken har både öppen och sluten vård, riktar sig bara till kvinnor med alkoholproblem och har både kvinnlig och manlig personal. Utvärdering, forskning och metodutveckling ingår i verksamheten.

Sophia i Malmöhus län och Västbo i Stockholm är exempel på behandlingshem som riktar sig till kvinnor, har medveten och engagerad kvinnlig personal som arbetar utifrån ett kvinnoperspektiv.

Behandlingshem riktade till enbart kvinnor är viktiga för att synliggöra kvinnor och metodutveckling. En del kvinnor kräver enkönade behandlingshem, särskilt kvinnor som varit utsatta för incest eller andra sexuella övergrepp föredrar ofta att vårdas med enbart kvinnor. De flesta behandlingshem tar dock emot både kvinnor och män och det är här de största satsningarna måste göras både när det gäller utbildning av personal och metodutveckling.

Sammanfattning och förslag

Vare det rör sig om förebyggande och behandlande insatser eller forskning skall allt arbete och alla insatser utgå ifrån flickors och kvinnors förutsättningar och behov.

Alla politiker och andra beslutsfattare måste göras medvetna om skillnaden mellan kvinnors och mäns, flickors och pojkars livsvillkor.

Ett kvinnoperspektiv måste finnas med i allt förebyggande arbete och i alla behandlingsinsatser.

- *Utbildning om flickors psykosociala utveckling, kvinnopsykologi och flickors/kvinnors situation och behov måste ingå i utbildningar på alla nivåer.*
- *Förebyggande åtgärder riktade till flickor och kvinnor med begynnande alkoholproblem bör prioriteras. För att detta skall vara möjligt behövs mer kunskap om tidiga tecken på avvikande beteende och missbruk hos flickor och kvinnor och om metoder för att förhindra vidare utveckling mot missbruk.*

I backanternas fotspår
Kvinnor, alkohol och droger

Utdrag ur
Pia Milton. 1994: I backanternas fotspår. Kvinnor, alkohol och droger. Rapportserie nr 37.
Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Teoretiska perspektiv på orsakerna till kvinnors konsumtion och storkonsumtion/-missbruk av alkohol, narkotika och psykofarmaka

Mitt syfte i följande avsnitt är att utveckla en modell för att strukturera olika teorier om kvinnors konsumtionsmönster med avseende på bruk och missbruk av alkohol och droger. De huvudsakliga frågor som jag behandlar är följande:

- Vilka faktorer kan förklara könsskillnaderna ifråga om alkohol och droger?
- Är det olika faktorer och processer som medverkar till storkonsumtion/-missbruk bland kvinnor respektive män?

Till grund för modellen ligger olika teoretiska perspektiv och empiriska forskningsresultat. Modellen bygger dels på kvinnoforskning, dels på samhällsvetenskaplig alkohol- och drogforskning. Min tanke är att komplettera teorierna inom alkohol- och drogforskningen med de synsätt och begrepp som finns inom den kvinnovetenskapliga forskningen och att därigenom bidraga till en ökad förståelse av orsakerna till kvinnornas konsumtionsvanor och till skillnaderna i konsumtionsmönster mellan olika grupper kvinnor och mellan kvinnor och män.

Den samhällsvetenskapliga alkohol- och drogforskningens inriktning gör det möjligt att analysera skillnader mellan olika grupper och individer med avseende på olika faktorer som har betydelse för utvecklingen av storkonsumtion och missbruk. Kvinnoteori gör det möjligt att analysera för kvinnor gemensamma villkor som påverkar dem som grupp och som individer och som särskiljer dem från männen.

Båda forskningsområdena gör det också möjligt att förklara variationer mellan och inom olika grupper över tid. Såväl kvinnoforskningen som alkohol- och drogforskningen omfattar dels ett strukturellt makroperspektiv dels ett mikroperspektiv på aktörsnivå.

Mina utgångspunkter kan åskådliggöras i nedanstående tabell:

Figur 6. Struktureringsmodell.

Metodologisk inriktning	Teoretiskt perspektiv	
	Kvinnoforskning	Alkohol/drogforskning
Strukturellt perspektiv	A	B
Aktörsperspektiv	C	D

I figuren avser den vågräta dimensionen de teoretiska perspektiven när kvinnorna respektive drogerna står i centrum för analysen. Den lodräta dimensionen avser den metodologiska inriktningen, ett strukturellt perspektiv eller ett individuellt aktörsperspektiv. I de fyra cellerna infogar jag sedan, efter en genomgång av de två forskningsområdena, de begrepp som med de olika perspektiven framstår som mest betydelsefulla inom respektive teoribildning.

Jag inleder med att på övergripande nivå beskriva några olika förklaringsmodeller inom alkohol- och drogforskningen och fokuserar sedan på förklaringsmodeller inom den samhällsvetenskapliga alkohol- och drogforskningen. Därefter beskriver jag några utgångspunkter inom kvinnoforskningens teoribildning och begreppsvärld för att slutligen integrera de båda forskningsansatserna i en.

Förklaringsmodeller inom alkohol- och drogforskningen

För att besvara frågan om varför en människa blir storkonsument eller missbrukare av alkohol och droger har en mängd förklaringsmodeller utvecklats där flera vetenskapliga discipliner med olika perspektiv och begrepp är inblandade:

- Biomedicinska teorier, där missbruket ses som huvudsakligen genetiskt eller fysiskt betingat och orsakerna som ett resultat av ärftliga egenskaper och/-eller fysiologiskt bestämda reaktioner på missbruksmedlet.
- Psykologiska och psykoanalytiska teorier, som utgår från individuella egenskaper som behov, personlighetsdrag, nyfikenhet och självförverkligande.
- Sociologiska och socialpsykologiska teorier används inom den samhällsvetenskapliga forskningen. Tonvikten läggs på individens relationer till andra människor, till exempel betydelsen av familj, kamrater och gäng, och till samhället. Människors livsvillkor och handlingar ses som resultat av deras sociala relationer och av de sociala sammanhang som de ingår i och endast i mindre utsträckning som resultat av individuella särdrag. Kulturella

och strukturella faktorer i stort betonas, exempelvis sociala och ekonomiska förhållanden samt normer och värderingar.

De biomedicinska, psykologiska och psykoanalytiska teoribildningarna ställer egenskaper hos individen i centrum, medan de sociologiska och socialpsykologiska fokuserar strukturella och relationsbundna faktorer. Ofta söks emellertid förklaringen till storkonsumtion/missbruk i en kombination av individuella och strukturella faktorer.

I några förklaringsmodeller beskrivs vägen in i missbruk som olika stadier i en utvecklingsprocess eller karriär. Tidiga relationsstörningar, utstötning och skapande av en avvikaridentitet kombinerat med sociala missförhållanden som förstärker den negativa utvecklingen antas leda till missbruk (Änggård, Mossberg 1980; DsS 1982:7 kap 5).

Inom de olika forskningsinriktningarna ger man olika förklaringar till att ett missbruk påbörjas och eventuellt fortsätter att utvecklas. I förklaringar till att missbruk påbörjas betonas främst faktorer som tillgängligheten till droger, personlighetsdrag eller karaktärsstörningar samt olika samhällsförhållanden. Svårigheter och problem under uppväxttiden anges ofta som viktiga faktorer. Orsakerna till fortsatt missbruk och i vissa fall ett "tungt" missbruk förklaras i en del teorier med främst preparatens beroendeskapande effekter, i andra teorier söks förklaringen i en kombination av individuella och samhälleliga faktorer (Ds S 1982:7; Narkotikakommissionen 1983).

Den etiologiska forskningen om kvinnors alkohol- och drogmissbruk

I den etiologiska litteraturen om missbruk bland kvinnor har biologiska och psykiatriska/psykologiska faktorer dominerat (Milton 1979a; Schmidt *et al* 1990). Som förklaring till kvinnors missbruk har ofta angetts:

Patologiska och abnorma drag. Kvinnliga missbrukare har ansetts vara psykiskt mer avvikande än manliga missbrukare, utmärkas av mer djupgående personlighetsstörningar, uppvisa en gravare sjukdomsbild omfattande depressioner och ångest, snabbare utveckla beroende och oförmåga att kontrollera sitt bruk av droger (Lisansky 1957; Curlee 1970; Beckman 1975).

Fysiologiska funktioner, främst sexuella och reproduktiva, samt ett *nyckfullt psyke*. Samband mellan kvinnors alkoholmissbruk och olika fysiologiska och hormonella faktorer som smärta och spänningar vid menstruation, graviditet och menopaus har noterats frekvent i litteraturen (Belfer, Shader 1971; Wilsnack 1976). Också kroppskonstitutionen har ansetts ha betydelse för kvinnornas alkoholbeteende. Kvinnor uppnår en högre blodalkoholnivå än män vid samma mängd alkohol, vilket sammanhänger med såväl kroppsvikt som med en annorlunda fördelning av fettvävnad och vatten i kroppen. Graden av alkoholpåverkan ökar med ökad promillehalt, liksom skaderiskerna. Osäker-

heten är dock betydande om innebörden av denna könsskillnad i förhållande till dryckesbeteenden och utvecklingen av missbruk. Kanske dricker kvinnorna mindre mängder eftersom effekten blir kraftigare och därigenom undviker missbruk, kanske bidrar skillnaden till att kvinnor lättare utvecklar alkoholmissbruk. Alkoholens effekter och blodalkoholnivån varierar med menstruationscykeln och hormonförändringar (Jones, Jones 1977). Det är emellertid ovisst om detta har någon betydelse för utvecklingen av alkoholmissbruk bland kvinnor. De studier som redovisat ett möjligt samband mellan premenstruella spänningar, psykisk status och dryckesmönster har endast omfattat kvinnor med etablerat missbruk.

Förvirrad könsidentitet och konfliktfylld könsroll. Enligt främst psykologisk och socialpsykologisk forskning har kvinnliga missbrukare tagit avstånd från kvinnliga identifikationsobjekt och antagit en maskulin könsidentitet (Wood, Duffy 1966; Kinsey 1966). Kvinnorna sägs också ha förkastat den traditionella könsrollen eller ha en motsägelsefull inställning till denna (Parker 1972; Wilsnack 1976). Med hjälp av psykologiska test (attitydskalor, projektiva test etc) har sambandet mätts mellan könsidentitet, könsrollskonflikt och alkoholmissbruk. Tolkningen av resultaten är att kvinnor med sådana egenskaper, intressen och beteenden som traditionellt tillmäts män, har svårt att acceptera sin könstillhörighet och därmed riskerar att hamna i en könsrollskonflikt. Den socialt betingade könsrollen sammanblandas i flera rapporter med den biologiskt och psykologiskt betingade könsidentiteten, med felaktiga slutsatser som följd enligt Christiansen och Hvidtfeldt (1983). Forskningen om könsroller och identitetsproblem möter svårigheter dels med avseende på definitionen av könsroll respektive könsidentitet, dels när det gäller att empiriskt belägga olika påståenden (Milton 1979b). Vad man kan konstatera är att det inte råder någon enighet mellan olika forskare om vilken betydelse bristande könsidentitet och ett förkastande av den traditionella könsrollen har för missbruk.

I slutet av 1970-talet kom forskningsrapporter i vilka författarna ställde sig kritiska till tidigare forskningsresultat och i stället markerade ett kvinnoperspektiv, det vill säga att *kvinnors konsumtion och missbruk av alkohol och droger måste betraktas utifrån kvinnors specifika livsförhållanden* (Milton 1979a). Perspektivet har använts i ett fåtal studier bland vilka följande kan nämnas.

Ravndal (1976) studerade kvinnliga alkoholmissbrukare vid en norsk vårdinstitution och tolkade resultaten utifrån ett könsrollsperspektiv. Hon menade att kvinnorna misslyckats med att leva upp till de förväntningar som förknippades med deras könsroll, att de inte hade någon alternativ roll att antaga och att detta på sikt fört dem in i missbruk. Socialiserings- och inlärningsprocessernas betydelse för utvecklingen av missbruk bland kvinnor har beskrivits av Burtle (1979) och Björk (1981). Christiansen och Hvidtfeld (1982) använder en "subjekthandlingsmodell" som står teorier om social inlärning nära i sina kvalitativa studier. De anser att kvinnors missbruk är ett existensiellt val i den

meningen att missbruket är den enda handling den enskilda kvinnan anser möjlig utifrån den situation hon befinner sig i vid ett visst tillfälle. Snare (1986) diskuterar betydelsen av den socialt betingade kvinnliga könsrollen och samhällets kontrollformer för kvinnors konsumtion och missbruk av alkohol och droger.

Några samhällsvetenskapliga förklaringsmodeller

Inom den samhällsvetenskapliga (i första hand den sociologiska och social-psykologiska) forskningen arbetar man främst med tre olika teoribildningar: spänningsteorier, kulturteorier och kontrollteorier. De ledande företrädarna för dessa teoribildningar har ofta i första hand varit verksamma inom kriminologin och studerat brottslighetens etiologi men de faktorer och resonemang de för fram har kommit att utgöra grunden också för studier av andra former av avvikande beteende dit alkohol- och drogmissbruk kan räknas. Teoriernas gemensamma utgångspunkt är sålunda att missbruk är ett socialt fenomen och bör betraktas som en form av avvikande beteende. Jag har valt att redovisa några av de mest kända och refererade teorierna och de centrala begrepp dessa bygger på och diskuterar sammanfattningsvis vilket värde de har för att förklara kvinnornas konsumtionsmönster av alkohol och droger.

Spänningsteorier

I spänningsteorierna förklaras storkonsumtion/missbruk av alkohol och droger med att individen är utsatt för kulturell spänning, konflikt eller frustration av något slag som leder till avvikande beteende. Den faktor som anses ha avgörande betydelse är klasstillhörigheten. Samband anses föreligga mellan låg klassposition och avvikande beteende, exempelvis missbruk, och förklaras med den ojämna tillgången på möjligheter att nå de mål samhället anvisar, det vill säga att få status genom utbildning, pengar, makt etc.

Merton har kallat dessa förhållanden "differentiell tillgång till gemensamma framgångsmål" och har angett några olika tänkbara sätt för människor att förhålla sig till mål-medel-konflikten (Merton 1957). Förutom det konforma beteendet, som avser sådant beteende som överensstämmer med samhällets normer, utgör förnyelse och ritualism, undandragande och revolt olika typer av reaktioner/beteenden. Ett avvikande beteende uppträder hos individer och grupper som:

- accepterar målen men inte de av samhället föreskrivna medlen (innovation)
- accepterar medlen men inte målen (ritualism)

- tar avstånd från både samhällets mål och medel. Det handlar dels om dem som passivt ger upp (retreatism) bland vilka, enligt Merton, återfinns alkohol- och drogmissbrukarna, dels om dem som aktivt och aggressivt tar avstånd från samhället och eventuellt ställer upp nya mål (rebellion). Under 60- och 70-talen betraktades ibland användning av droger som uppror eller trots mot rådande sociala förhållanden.

Mertons typologi gäller inte individuella egenskaper hos människor utan deras positioner i det sociala systemet - det är utifrån position de handlar. Källan till konflikt eller spänning finns inom samhällets sociokulturella struktur. Mertons utgångspunkter är vilka kulturella mål, vilka institutionella medel och vilka resurser som gäller för respektive kategori i samhället. Mertons teorier har använts och utvecklats vidare av Cloward och Ohlin (1960) och av Cohen (1973).

Kulturteorier

I kulturteorierna ses missbruk som en följd av ett inlärt beteende som överförs mellan individer och mellan generationer. Sutherland och Cressey (1955) utgår från att inlärningen omfattar såväl behov, motiv och attityder som (användnings-) teknik. Inlärningsprocessen sker främst inom familjen eller gänget. Cohen (1955) förenade spännings- och kulturteorierna. Liksom Merton anser Cohen att avvikande beteende främst har samband med klass och är ett resultat av mål-medel-konflikten. Skillnader mellan olika sociala skikt i fråga om legitima möjligheter intar en central plats också i Cohens teori. Men han utvecklar Mertons teori och framhåller att egenskaper hos samhället bestämmer beteendet hos samhällets medlemmar och bidrar till ett bestämt mönster av avvikelser, genom sin inverkan på deras personligheter, på de situationer i vilka de agerar och på interaktionsprocessen mellan dem (Cohen 1973 s 73). Han anknyter detta resonemang till Sutherland och Cressey's hypotes om avvikargruppernas "differentiella association", det vill säga den process i vilken avvikande beteende lärs in genom association/kontakt med avvikande eller konventionella handlingsmönster.

Cohen studerade delkulturer i samhället och fann att vissa ungdomars (pojkars) situation gjorde dem benägna att ansluta sig till delkulturer med ett avvikande värde- och normsystem för att uppnå status i åtminstone det egna gänget. Tanken var att olika delkulturer i samhället omfattar olika normer, värderingar och förhållningssätt vilka kan stå i motsättning till samhället som helhet. Ungdomar i de lägre samhällsklasserna konfronteras med delvis oförenliga normer. De får stöd för att bryta mot de konventionella (medelklassens) normer av familjen, kamraterna, grannskapet. I skolan, bland annnat, tillspetsas konflikten eftersom de bedöms efter konventionella

värderingar och leder till den unges frustration och aggression mot samhällets konventionella normsystem. Dessa ungdomar söker sig i stället till varandra och bildar gäng där deras opposition och eventuella avvikande beteende får stöd. Enligt Cohen deltog sällan flickorna aktivt i gängen och undgick därmed problem, eftersom de stod utanför pojkarnas konkurrenssystem och hade andra mål och framtidsutsikter främst relaterade till hem- och familjebildning. Könsskillnaderna är ett resultat av att olika framgångsmål föreskrivs flickor och pojkar: " Even when they adopt behavior which is considerable disreputable by conventional standards, the tendency is to be disreputable in ways that are characteristically masculine and feminine" (Cohen 1955 s138).

Cloward och Ohlin bygger vidare på Mertons resonemang om differentiella möjligheter att med legitima medel nå uppsatta mål och menar att det också råder differentiella möjligheter beträffande illegitima medel. Grupper med få legitima möjligheter och tillräcklig tillgång till illegitima medel kan komma att utveckla ett avvikande beteende medan grupper som saknar båda typerna av möjligheter i stället riskerar att utveckla ett alkohol- och narkotikamissbruk.

Kontrollteorier

Kontrollteorierna bygger på att det är närvaro eller frånvaro av kontroll över konsumtionen/beteendet som har den väsentliga betydelsen för konsumtionsnivå och mönster. Kontrollteorierna avser att förklara varför människor *inte* bryter mot samhällets normsystem, lagar och regler, i motsats till spännings- och kulturteorierna som söker förklaringar till varför människor bryter mot reglerna.

Med social kontroll menas de processer som verkar i riktning mot social konformitet och motverkar social avvikelse. Man brukar skilja på två typer av social kontroll. Den *formella sociala kontrollen* utövas av myndigheter och institutioner som har till uppgift att kontrollera medborgarna genom sanktioner av olika slag, exempelvis polis, sociala myndigheter och domstolar. Den *informella sociala kontrollen* utövas av människor i individens närmiljö såsom familj, kamrater, skola, grannar. I socialisationen, uppfostran och utbildningen sker individens internalisering av de sociala normerna. Det är främst betydelsen av den informella sociala kontrollen som framhävs i kontrollteorierna.

Hirschi (1969) förklarar människors konforma beteende med att de har starka sociala band till familjen, skolan och samhället som de inte vill riskera att förlora. Enligt Hirschi omfattar de sociala banden fyra aspekter: "attachement" som innebär tillgivenhet och respekt för föräldrar, lärare, kamrater och andra viktiga personer för individen, "commitment" som innebär engagemang, ambitioner och förväntningar på en önskad livsstil, "involvement" som avser graden av deltagande i traditionella och strukturerade aktiviteter och "belief" som avser acceptans och respekt för samhällets normsystem och lagar. Att

människor inte uppvisar ett avvikande beteende beror på att de har såväl emotionellt som attitydmässigt positiva band till de viktigaste personerna i sin omgivning, föräldrar, kamrater, lärare med flera. De har positiva förväntningar på framtiden och planerar för denna, det vill säga de är framtidsorienterade och målmedvetna. De konforma deltar i en rad aktiviteter även på sin fritid och de accepterar och har respekt för samhällets normsystem, regler och lagar. Orsaken till avvikande beteende är främst svaga eller obefintliga band till familjen och samhället, enligt Hirschi, och inte inlärning genom kontakt med avvikande handlingsmönster.

Sammanfattning

De ovan redovisade teorierna inom den samhällsvetenskapliga alkohol- och drogforskningen bygger på vissa gemensamma begrepp även om de inom respektive teori tillmäts olika stor betydelse för utvecklingen av missbruk. På strukturell nivå är viktiga faktorer de kulturella normerna i samhället och människors klasstillhörighet. På aktörsnivå spelar individens personlighet, det vill säga värderingar, förväntningar, intressen och förhållningssätt en viktig roll, samt familjebakgrunden, de sociala banden/relationerna till familj, kamrater och skola och den sociala kontrollen.

Kritik har rests mot samtliga modeller som jag presenterat här och deras empiriska giltighet har ifrågasatts. Jag går inte närmare in på denna kritik men kan konstatera att såväl ännings teorierna som kultur- och kontrollteorierna bygger på studier av pojkar. Flickorna har uteslutits ur datamaterial och teoribygge av olika skäl. Trots detta har teorierna ansetts vara allmängiltiga och obundna av kön. De frågeställningar och de orsaksfaktorer som anges i teorierna, särskilt i kultur- och kontrollteorierna som är mest utvecklade, tror jag ändå har betydelse, åtminstone delvis, för att förklara storkonsumtion/missbruk också bland kvinnor. Men de måste kompletteras med könsspecifika förklaringar för att vi ska förstå orsakerna till kvinnornas särskilda konsumtionsmönster och orsaker till skillnader mellan könen. Jag kommer därför i nästa avsnitt att behandla några centrala utgångspunkter och begrepp inom den kvinnoteoretiska forskningen.

Några utgångspunkter och begrepp inom kvinnoforskningens teoribildning

Det finns ett flertal teoretiska inriktningar i den moderna kvinnovetenskapliga forskningen med basen i olika vetenskapliga dicipliner och/eller filosofiska och politiska ideologier (Tong 1989). Flera av teorierna grundar sig på likartade begrepp men tyngdpunkten i analysen skiljer dem åt.

I en översikt över kvinnoforskningens utgångspunkter och problemställningar särskiljer Anna Jonasdottir (1984) fyra huvudperspektiv bland de vanligaste teoretiska inriktningarna:

1. *Könsrollsperspektivet* utvecklades under 1950 och 1960-talen med basen i sociologen Talcott Parsons strukturfunktionalism. Könsrollsteorin innebär att kvinnor och män tillskrivs olika roller efter vilka sociala normer och förväntningar som riktas mot dem som representanter för kategorin kvinnor respektive kategorin män. De tillskrivna könsrollerna bestämmer kvinnors och mäns handlingsmönster och formar deras könsidentitet. Rollanalysen ändrades under 1970-talet eftersom begreppet könsroll uppfattades som statiskt och oklart av forskarna. I stället lyftes dominansförhållanden och konflikter i samhället och familjen fram och man talade nu om en könshierarki omfattande makt, förtryck och stratifiering.

2. *Kvinnokulturperspektivet* lyfter fram kvinnors gemensamma livsvillkor och förhållningssätt: "Kvinnor och män lever i skilda världar/kulturer. De har skilda värderingar, skilda förhållningssätt beroende på att de sysslar med och har ansvar för skilda saker" (a a, s. 14). Kvinnor har ansvar för de reproduktiva funktionerna, omsorgen om hemmet och barnen. Även kvinnornas yrkesliv är främst inriktat på omsorg om andra. De skilda världarna upprätthålls via speciella härskartekniker i ett dominans- och förtrycksförhållande. Den norska forskaren Berit Ås är en av förgrundsfigurerna inom kvinnokulturperspektivet.

3. *Patriarkatperspektivet* bygger på maktrelationer, det vill säga männens makt över kvinnorna. Denna maktrelation, förtryck, kan grunda sig antingen på sexualiteten eller den patriarkala arbetsrelationen och innebär att "kvinnor är förtryckta och exploaterade som kön förutom eventuell annan typ av förtryck såsom klass- eller rasförtryck" (a a, s. 20). Jonasdottir nämner Millet, Chesler och Firestone som representanter för forskare med sexualiteten som utgångspunkt och sociologen Delphy som representant för forskare med arbetsrelationen och ekonomisk utsugning som utgångspunkt.

4. *Perspektivet om kvinnors samhällsekonomiska ställning* söker förklara kvinnoförtrycket utifrån den marxistiska samhällsteorin. Utgångspunkten är att "kvinnors ställning i produktion och reproduktion bestämmer deras övriga samhällssituation" (a a, s. 52). Tonvikten läggs vid kvinnornas förhållande till det ekonomiska systemet, klassförtrycket, och i mindre grad vid kvinnornas förhållande till männen, könsförtrycket. Det är främst kapitalet och privategendomen som är orsak till såväl förtrycket av kvinnorna som förtrycket av arbetarklassen i allmänhet, enligt den klassiska marxistiska analysen representerad av exempelvis Engels och Kollontay. Det speciella kvinnoförtrycket och de sociala och psykologiska förklaringarna till maktrelationerna mellan könen

lyftes fram av Simone de Beauvoir i boken "Det andra könet" som utgavs 1949. De Beauvoir kom på detta sätt att länka samman den marxistiska respektive feministiska forskningsansatsen.

En gemensam utgångspunkt för dessa olika perspektiv är att vi föds som biologiska kön men skapas till socialt erkända kön, kvinna eller man, det sociala könet (Hartman 1986). Skillnaden mellan biologiskt och socialt kön ("sex" och "gender") formuleras enligt Oakeley enligt följande: "Sex refers to the biological division into female and male, gender to the parallell and socially unequal division into femininity and masculinity" (Oakley 1981 sid.41). Begreppet "sex" används i engelskan som ett biologiskt faktum och "gender" som ett sociokulturellt fenomen. Enligt detta synsätt kan de biologiska skillnaderna mellan kvinnor och män endast i mindre grad förklara könsskiljande handlingsmönster. Det sociala könet är ju ett inlärt beteende och våra handlingar styrs huvudsakligen av socialisationen och de erfarenheter vi gör som socialt präglade könsvarelser. Den sociala bestämningen betraktas som viktigare än den biologiska för dels hur kvinnor uppfattar sig själva och uppfattas av andra, dels vilken ekonomisk och politisk ställning kvinnor har i samhället (Jonasdottir 1984, s 3).

Det faktum att kvinnor och män lever under olika villkor och deltar i skilda verksamheter förklarar, enligt flera kvinnoforskare, en stor del av de skillnader i egenskaper, förhållningssätt och beteenden som ofta betraktas som naturbestämda (Jaggar 1983). Kvinnor och män formas till skilda könskaraktärer i socialisationsprocessen, i relationen till primärgruppen, främst familjen. I den överförs bland annat normer och förväntningar som är olika för kvinnor och män i fråga om egenskaper, intressen och beteenden. Den tradionella kvinnorollen förväntas vara emotionell, expressiv och relationsorienterad, i första hand präglad av omsorg om andra och med ansvar för barn och familj. Den traditionella manliga rollen förväntas vara aktiv/aggressiv, instrumentell och prestationsinriktad.

Grunden till kvinnors och mäns skilda livsvillkor kan sökas i *könssystemet* enligt Chodorow (1979)[1]. Hon utgår ifrån att varje samhälle innehåller ett biologiskt/socialt könssystem (sex/gender system) parallellt med produktionssättet. Könssystemet förändras och utvecklas under his-toriens gång i takt med samhället i övrigt. Systemet är mansdominerat, enligt Chodorow; det vill säga männen har makten och det råder en tydlig arbetsdelning mellan könen på lönearbete respektive omsorgsarbete. Könsdifferentieringen är således en del av systemet och omfattar såväl normativa drag - normer, värderingar, ideologier och föreställningar om könen - som beteendemässiga aspekter - personlig-

[1] Chodorow lånar begreppet "sex/gender system" från artikel skriven av Gayle Rubin 1975, men utvecklar bergreppet ytterligare.

het, attityder och beteenden. Holter (1973 sid 13) använder begreppet "könsdifferentiering" för den "könsbestämda fördelningen av arbetsuppgifter och personlighetsdrag i samhället". Chafetz (1990) definierar könssystemet som omfattande könsdifferentiering, arbetsdelning, maktskillnader etc. Könssystemet bygger på grundläggande könsmotsättningar/kvinnoförtryck i samhället och omfattar således, som jag tolkar de nämnda forskarna, en könslig arbetsfördelning (reproduktionproduktion), könsstratifiering (status- och maktskillnader olika fördelade efter kön och där kvinnorna tilldelas en underordnad ställning) och könsdifferentiering (beteendenormer och egenskaper tilldelade efter kön).

Sammanfattning

Inom kvinnoforskningen betonas bland annat dels de gemensamma villkoren för kvinnor i allmänhet som anges vara könssystemets struktur och det sociala könets tillblivelse, dels skillnader mellan olika kategorier kvinnor på grund av klassposition och fas i livscykeln. Såväl det strukturella perspektivet som aktörsperspektivet finns således representerat inom kvinnoforskningen. De teoretiska resonemangen har förts utifrån olika perspektiv med fokus antingen på en *strukturell nivå*, där könsskillnader ses som ett resultat av kvinnor och mäns faktiska möjligheter till deltagande, makt och inflytande är olika eller en individuell *aktörsnivå,* där förklaringen till könsskillnader söks i individuella egenskaper, värderingar och handlingsstrategier.

De ovanstående begreppen könssystemet och det sociala könet avser att klargöra kvinnors gemensamma livsvillkor, hur de uppfattar sig själva och uppfattas av andra, vilket särskiljer dem från männen. Det finns också en rad skillnader mellan olika kvinnor som bottnar i olikheter i deras sociala ställning. Erfarenheter och värderingar påverkas dels av klasstillhörighet[2] och position, dels av vilken livsfas kvinnan befinner sig i. Det finns skillnader mellan rika och egendomslösa kvinnor och mellan hemarbetande och yrkesverksamma. Arbetarklassens kvinnor har andra sociala och ekonomiska villkor och ett annat handlingsutrymme än exempelvis medelklassens kvinnor. Även i ett livscykelperspektiv finns det skillnader mellan äldre och yngre kvinnor och mellan kvinnor med ansvar för barn eller utan ett sådant ansvar.

I följande avsnitt utvecklar jag en analysmodell med fokus på kvinnornas särskilda konsumtionsmönster och orsaker till skillnader mellan könen.

[2] Förhållandet mellan klass och socialt kön har diskuterats av flera kvinnoforskare, se bl.a. Carlsson (1986) och Hartmann (1986)

Alkohol- och drogkonsumtionen i ett kvinnoperspektiv – en struktureringsmodell

Modellen i figur 7 bygger på teorierna och begreppen i den samhällsvetenskapliga alkohol- och drogforskningen respektive den kvinnoteoretiska forskningen. En utgångspunkt är att alkohol- och drogmissbruk främst är ett socialt fenomen och att det bör betraktas som en typ av avvikande beteende. En annan utgångspunkt är att biologiska skillnader mellan kvinnor och män endast till en ringa del kan förklara våra olika handlingsmönster och att dessa huvudsakligen styrs av de erfarenheter vi gör som socialt präglade könsvarelser.

I modellens fyra celler har jag infogat de faktorer som inom respektive forsknings-område framstår som de mest väsentliga hörnstenarna. Inom kvinnoforskningen framhävs dels de gemensamma villkoren för kvinnor som formas av könssystemets möjlighetsstruktur och det sociala könets tillblivelse i socialisationsprocessen, dels särskiljande faktorer mellan olika kategorier kvinnor som klasstillhörighet och fas i livscykeln. Könssystemet och klasstillhörighet är faktorer på strukturell nivå (Ruta A), medan det sociala könet och livscykel är faktorer på aktörsnivå (Ruta C).

Inom alkohol- och drogforskningen är betydelsefulla strukturella faktorer normsystemet och klasstillhörighet (Ruta B). På aktörsnivå har individens personlighet, det vill säga egenskaper och förhållningssätt, betydelse, liksom familjebakgrund, de sociala banden - relationer till familj, kamrater, skola/arbete - den sociala kontrollen och exponeringen för alkohol och droger (Ruta D).

Det *strukturella perspektivet* lyfter fram förhållanden på samhälls- och gruppnivå som begränsar eller befrämjar kvinnors konsumtion av alkohol, narkotika och psykofarmaka. I *aktörsperspektivet* lyfts sådana förhållanden fram på individnivå. De strukturella faktorerna antages påverka faktorerna på aktörsnivån och inom respektive nivå/perspektiv inverkar de könsbundna faktorerna angivna i rutorna A och C på de alkohol/drogrelaterade faktorerna angivna i rutorna B och D.

I följande avsnitt använder jag modellen i figur 7 i syfte att knyta samman de faktorer som lyfts fram inom kvinnoforskningen respektive inom den samhällsvetenskapliga alkohol- och drogforskningen i avsikt att finna orsaker till kvinnornas konsumtionsmönster och skillnader i förhållande till männen. Jag redovisar också vilket empiriskt stöd faktorerna har i forskningen.

Figur 7 Alkohol- och drogkonsumtionen i ett könsperspektiv. Struktureringsmodell.

Teoretiskt perspektiv Metodologisk inriktning	Kvinnoforskning	Alkohol/drogforskning
Strukturellt perspektiv	A • Könssystemet könsstratifiering könslig arbetsfördelning könsdifferentiering • Klass	B • Normsystemet • Strukturella spänningar klasskonflikt kulturkonflikt
Aktörsperspektiv	C • Det sociala könet socialisationen handlingsstrategier • Livscyklicitet	D • Social inlärning • Personlighet värderingar handlingsstrategier • Sociala band till familj, skola, kamrater m fl • Social kontroll • Exponering

Det strukturella perspektivet

De strukturella faktorerna som betonas inom kvinnoforskningen är dels *könssystemet* som anger de gemensamma villkoren för kvinnor, dels *klasstillhörighet* som anger skillnader mellan olika kategorier kvinnor. Inom alkohol- och drogforskningen finns de betydelsefulla strukturella faktorerna inom det kulturella *normsystemet* och *klassbakgrunden*. Jag diskuterar de strukturella faktorerna i ruta A och B och de empiriska resultaten under rubrikerna kvinnornas samhällsposition, normer samt yrkesliv och omsorgsansvar.

Kvinnornas samhällsposition

Könssystemet anger, som tidigare nämnts i avsnittet om kvinnoforskning, förutsättningarna för kvinnors och mäns livsvillkor. Det präglas bland annat

av könsstratifiering, det vill säga en ojämn fördelning av samhällets tillgångar och resurser till kvinnornas nackdel, exempelvis status, makt och livschanser. De diskussioner som kvinno- forskare fört om könsstratifieringen kan anknytas till Mertons teori om avvikande beteende (Merton 1957). Merton anger som förklaring till varför människor bryter mot samhällets normer konflikten mellan de mål samhället föreskriver att människor ska sträva efter och de medel samhället anger som acceptabla eller tillåtna för att uppnå målen. Denna mål-medel-konflikt kan ses som en konflikt mellan ideal och verklighet för människor som inte förfogar över tillåtna medel. En sådan "differentiell tillgång till gemensamma framgångsmål" präglar många kvinnors situation. Samhällets mål, t ex jämlikhet, överensstämmer inte med kvinnornas faktiska möjligheter. Många av samhällets mål kan huvudsakligen uppnås av män, exempelvis höga tjänster, hög lön. För att uppnå sådana mål ger vissa kvinnor avkall på andra mål, exempelvis barn. Alla kvinnor tilldelas inte nödvändiga medel (t ex barnomsorg) för att nå målen. Vissa av de kvinnor som har sämre tillgång till angivna medel kan förväntas lösa konflikten genom olika beteendemönster i syfte att finna nya vägar. En reaktion kan vara revolt och förnyelse, att inte acceptera situationen utan i stället förändra den genom kamp för några mål exempelvis jämlikhet eller en högre befattning, och kanske avstå från andra mål. Ett passivt och resignerat uttryck för konflikten är undandragande och ritualism. Kvinnan accepterar situationen och ger upp målen för egen del. Storkonsumtion av alkohol och droger, särskilt psykofarmaka, kan vara ett uttryck för ett passivt sätt att lösa konflikten.

Klasstillhörighet handlar om makt och position i samhället. Inom kvinnoforskningen betraktas köns- och klassystemen antingen som parallella strukturer eller som alternativa strukturer, där könssystemet är överordnat klassystemet (Morhed 1993). Kvinnorna är ofta den underordnade parten inom sin egen klass men inte alltid i förhållande till männen i en annan klass. Kvinnornas konsumtionsmönster har vissa samband med klasstillhörigheten med hänsyn till vanor och val av medel, exempelvis dricker kvinnor i de högre klasserna/socialgrupperna oftare alkoholhaltiga drycker än andra kvinnor. Klasstillhörigheten påverkar troligen också omgivningens reaktion och benägenhet att ingripa på så sätt att missbruk hos den socialt etablerade kvinnan respektive den utslagna kvinnan utan social förankring uppmärksammas på olika sätt.

Inom alkohol- och drogforskningen har klasstillhörighet behandlats som en förklaringsfaktor till missbruk och sociala problem. Särskilt framträdande är det synsättet inom spännings- och kulturteorierna. Att tillhöra de lägre samhällsskikten, kombinerat med sociala problem, har ansetts bidraga till riskbeteende och en negativ utveckling för den enskilda. Studier visar att en något större andel missbrukare än ickemissbrukare kommer från lägre socialgrupper. Sambandet mellan klass och missbruk har befunnits starkare ju tyngre missbruket är (Ramström 1978, DsS 1982:7). Om det finns några betydande

skillnader mellan flickor och pojkar i detta hänseende är svårt att utläsa av befintliga studier. Könsskillnader i konsumtionsmönster kan inte förklaras med klassvariabeln eftersom denna inte är könsspecifik. Däremot kan klasstillhörigheten påverka skillnader mellan olika grupper kvinnor med avseende på konsumtionsmönster och val av drog.

I USA gjordes i början av 1970-talet två studier av alkoholmissbrukande kvinnor ur olika socialgrupper. som erhållit sjukhusvård (redovisade i Schuckit och Morrisey 1976). Man fann att kvinnorna i högre socialgrupper mer liknade den stereotypa bilden av kvinnliga missbrukare. De var äldre, debuterade vid högre ålder och blev missbrukare senare, hade få vårdtillfällen och sällan sociala problem. Kvinnorna i lägre socialgrupper hade oftare ett dryckesmönster och problem liknande dem som finns för den genomsnittlige manlige missbrukaren. De hade fler psykologiska och sociala problem före missbruket, och fler kontakter med polismyndigheter och social- och vårdinstitutioner.

Sociologiska undersökningar i två områden i Norge har visat ett starkt samband mellan kvinnors psykofarmakakonsumtion och socioekonomisk bakgrund (Christie 1975, 1984). Hög social status sammanhänger med låg förbrukning av smärtstillande medel och av sömngivande och lugnande medel, låg social status med stor förbrukning. Konsumenterna har sämre social och ekonomisk bakgrund, lägre inkomst, sämre skolgång och yrkesutbildning, oftare manuellt arbete och är oftare ensamstående. Christie tycker sig se ett mönster i kvinnornas psykofarmakakonsumtion - det är ett av samhället accepterat kontrollmedel, det dämpar och anpassar människor som lever under orimliga förhållanden. Psykofarmaka blir en lösning, om än dålig, på social problem och kontaktlöshet.

Riska (1989) har gått igenom internationell litteratur om psykofarmaka och redovisar att i bland annat Tyskland och USA finns vissa skillnader i olika socialgruppers konsumtion. Svenska undersökningar har emellertid inte påvisat sådana skillnader (SCB-rapport nr 42 1987: SOU 1981:234).

Normer och könsspecifika förväntningar

Könssystemet präglas vidare av könsdifferentiering som omfattar köns-specifika normer och handlingsstrategier. Könsdifferentieringen innebär bland annat att samhällets normer och värderingar är annorlunda för kvinnor jämfört med män och påverkar kvinnornas vanor och konsumtionsmönster. Några exempel är de regler och lagstiftning som funnits för inköp och servering av alkohol. Kvinnor förväntades tidigare inte dricka alkoholhaltiga drycker, utom vid speciella tillfällen. Under "motbokstiden", eller Brattsystemet 1919-1955, begränsades ransonen sprit främst beroende på kön och inkomst. Kvinnorna fick en mindre tilldelning och vid giftermål förlorade hon rätten att inneha motbok (Milton 1979a; Bruun 1985). Ransoneringen i Brattsystemet innebar

en tilldelning på mellan 1 och 4 liter sprit per månad. Inköp av vin ransonerades inte men registrerades i "motboken". Tilldelningens storlek avgjordes av individens kön, ålder, civilstånd och social skötsamhet. Den högsta tilldelningen fick skötsamma (i nykterhetshänseende) gifta män över 30 år, lägsta tilldelningen fick ogifta kvinnor och män med alkoholproblem. Den låga tilldelningen till ogifta kvinnor motiverades med att en större mängd sannolikt skulle konsumeras av hennes husbonde - många kvinnor arbetade ju som pigor utan eget hushåll. Trots att den traditionella kvinnorollen delvis har förändrats, finns det fortfarande grundläggande skillnader mellan kvinnor och män i fråga om den normativa inställningen till kvinnors alkohol- och drogbruk.

Drogens legala respektive illegala status kan ha betydelse för vilket medel som används. Den mindre andelen kvinnor bland tunga narkotikamissbrukare kan bero på att kvinnor i betydligt mindre utsträckning än män engageras i kriminalitet överhuvudtaget och användning av narkotika är idag ett illegalt beteende. Ytterligare en tänkbar förklaring kan vara att kvinnor använder droger - såväl alkohol och narkotika som psykofarmaka - främst i medicinskt och teapeutiskt syfte eftersom detta är tillåtet enligt samhällsnormerna medan ett rekreationellt, hedonistiskt bruk bemöts med ogillande och stigmatisering i högre grad gentemot kvinnor än mot män (Gomberg 1982).

Attityderna till kvinnors (måttliga) alkoholkonsumtion har blivit mer tillåtande, men fortfarande fördöms en alkohol- eller narkotikapåverkad kvinna kraftigare av omgivningen än en man i samma situation (Corrigan 1980; Ridlon 1988, Erickson, Murray 1989). Missbruk betraktas som ett hot mot kvinnorollen, familjen och moralen. Hirsch (1962) förklarade skillnaderna i samhällets attityder till kvinnliga och manliga (alkohol-) missbrukare med att kvinnor representerar sådana sociala och moraliska värden som är samhällets stöttepelare:

> "Women represent important social and moral symbols that are the bedrock of society. And when angels fall, they fall disturbingly far. We would rather have them in their place which is another way of saying that they define and make our own place possible and even more comfortable" (a.a sid 111)

Kvinnorna tycks ha internaliserat dessa normer och har, i jämförelse med män, en ännu mer restriktiv och negativ inställning till eget och andras, främst andra kvinnors, konsumtion av alkohol och narkotika (SOU 1974:90; DsS 1981:11)[3].

Om normerna är könsspecifika bör man kunna vänta sig könsskillnader i avvikande beteende exempelvis missbruk. En del undersökningar tyder på detta. Alkoholism och kriminalitet är vanligare bland män, psykiatriska sym-

[3] Se också Milton 1979a kapitel 9 om förbudsomröstningen 1922.

tom som depression och ångest är vanligare bland kvinnor (Bauer *et al* 1977). Könsbestämda symtom på sociala och psykiska problem uppstår redan i ungdomsåren. Pojkar uppmärksammas för aggressivitet och asocialt uppträdande, flickor visar ångest och mindervärdighetskänslor (Viestad 1977).

Yrkesliv och omsorgsansvar

Könssystemet präglas också av en arbetsfördelning baserad på kön, kvinnor och män har olika arbetsuppgifter. Kvinnan tilldelas det primära ansvaret för hem och barn, den privata sfären, medan mannen har sin verksamhet i den offentliga sfären, arbete, organisationer etc. Kvinnorna deltar i arbetslivet i betydligt större utsträckning än tidigare men även som yrkesarbetande har många kvinnor anpassat sig till till familjens behov av omsorg. Deltidsarbete, oregelbundna arbetstider, ofta under kvällar och nätter är inte ovanligt. En majoritet av kvinnorna arbetar i yrken som präglas av låg lön och låga utbildningskrav. Arbetet är ofta rutinartat och utgör en förlängning av hemarbetet (Göransson 1978). Många kvinnor är, trots att de arbetar, inte självförsörjande på grund av deltidsarbetet. Majoriteten av de gifta kvinnorna kombinerar hushållsarbete och förvärvsarbete, och har en sammanlagd arbetstid som är större än männens (SOU 1989:53). Ansvaret för familjen påverkar kvinnans alkoholkonsumtion i restriktiv riktning men omfattar ofta också ansvar för mannens alkoholkonsumtion. Kvinnorna har i alla tider kontrollerat och försökt begränsa sina mäns konsumtion (Milton 1979a; Bruun 1985). Enligt en studie av unga Moskvafamiljer uppger drygt hälften av männen att kvinnan försöker begränsa deras alkoholkonsumtion (Matskowski 1985). Kvinnorollens inriktning på familj- och omsorgsfunktioner kan i sig utgöra ett hinder mot vidlyftiga alkohol- och drogvanor. Varken tid, pengar eller tillfällen står till buds.

Det råder ett komplext samspel mellan ålder, civilstånd och yrke som sammantaget kan medföra risk för alkoholproblem, men forskningsresultaten är knappast entydiga. En undersökning i USA visade att gifta, yrkesarbetande kvinnor dricker mer än hemmafruar (Johnsson 1982). Mest dricker dock yngre ogifta eller frånskilda kvinnor som är högutbildade och har professionella yrken. En stor surveyundersökning i USA i början av 80-talet visade endast ett svagt samband mellan förvärvsarbete och missbruk (Wilsnack, Wilsnack, Klassen 1984). Tendensen var inte ökad storkonsumtion men väl färre nykterister och fler måttlighetskonsumenter bland de yrkesarbetande. I svenska undersökningar av alkoholvanor under perioden 1968-1980 är det de yngre ensamstående storstadskvinnorna med god utbildning och ekonomi som har den högsta alkoholkonsumtionen (Socialstyrelsen redovisar 1984:3).

Civilstånd har i några nordiska undersökningar befunnits stå i samband med psykofarmakabruk, men resultaten är motstridiga. Vissa forskare menar att

bruket är vanligast bland ogifta, frånskilda och änkor, andra har helt motsatta resultat (Bakka *et al* 1974). I en finsk undersökning var andelen brukare högst bland frånskilda och lägst bland ogifta (Riska 1984). En av undersökningens slutsatser är att sambandet mellan civilstånd och psykofarmakabruk varierar bland kvinnor i olika åldersgrupper och beror på de förväntningar som hör till olika livsfaser.

I flera studier rapporteras ett samband mellan arbetsvillkor och psykofarmakakonsumtion. Svenska data (SCB-rapport nr 51 1987) visar samband mellan arbetslöshet, dåliga arbetsförhållanden och hög konsumtion för både kvinnor och män. Cooperstock och Parnell (1982) har rapporterat om en högre psykofarmakaförbrukning bland hemmafruar i Canada än bland förvärvsarbetande. Riska (1982) fann i sin jämförande undersökning av yrkesgrupper att män i lågstatusyrken (kontors- och serviceyrken) hade den högsta konsumtionen och män i yrken med hög status den lägsta konsumtionen medan omvänt förhållande rådde för kvinnorna. Vissa yrken är enligt denna studie mer psykiskt belastande, lågstatusyrken för män och karriäryrken för kvinnor. Dessa resultat motsägs av bland andra en undersökning som genomfördes av danska landsorganisationen i slutet av 1970-talet varav framgick att konsumtionen av psykofarmaka är högst inom typiska kvinnoförbund som organiserar arbetare inom textil-, livsmedels-, tobaks- och skoindustrin. Där har man föga inflytande över sitt arbete, låga löner, hårt tempo och monotont arbete (Arnfred 1978).

De ovanstående studierna om psykofarmakakonsumtionens samband med faktorerna socioekonomisk status och arbetsvillkor ger alltså motstridiga resultat för kvinnornas del. Undersökningarnas motsägande uppgifter kan, förutom svårigheten att jämföra studier, troligen delvis bero på att kvinnorollen ser olika ut med avseende på funktion och förväntningar i olika samhällen.

Sammanfattning

Det strukturella perspektivet lyfter fram förhållanden på samhälls- och gruppnivå som påverkar (begränsar eller befrämjar) kvinnornas konsumtion av alkohol, narkotika och psykofarmaka. Kvinnornas samhällsposition, präglad av social underordning och begränsade möjligheter, de könsspecifika normerna och kvinnornas ansvar för familj och barn är faktorer som bidrar till kvinnornas måttliga alkoholkonsumtion och deras, i jämförelse med männen, låga andel bland alkohol- och narkotikamissbrukarna. Användningen av psykofarmaka är mer socialt accepterat för kvinnornas del och överensstämmer, enligt några forskare, med den traditionella kvinnorollen. Klasstillhörigheten har betydelse för skillnaderna mellan olika grupper kvinnor med avseende på deras konsumtionsmönster och val av drog. Sambandet mellan klassbakgrund och missbruk är starkare ju tyngre missbruket är.

Utifrån den integrerade modellen i figur 8 och de empiriska resultaten formulerar jag följande hypoteser med fokus på de strukturella faktorerna:

- Man kan antaga att de väsentligaste orsakerna till könsskillnader i konsumtionsmönster ska sökas i sådana könsspecifika förhållanden som medför att kvinnors och mäns handlingsmönster genomgående är olika.
- Det könsspecifika normsystemet reglerar konsumtionsmönstret och förhindrar/påverkar alkohol- och drogkonsumtionen via starkare sociala sanktioner mot kvinnor.
- Det är i första hand könssystemet som anger möjligheter och hinder för kvinnors konsumtionsmönster samt initiering i och vidmakthållande av missbruk, men ju tyngre missbruk desto större betydelse har klassbakgrunden.

Aktörsperspektivet

Könssystemet omfattar de förutsättningar och processer på strukturell nivå som skapar skilda (ojämlika) könsförhållanden och motsvaras på individuell aktörsnivå i de förutsättningar och processer under vilka det sociala könet, kvinna eller man, skapas. De individuella faktorer som betonas inom kvinnoforskningens aktörsperspektiv är dels den för kvinnor gemensamma bestämningen *det sociala könet*, dels den särskiljande faktorn *livscykelfas*. Inom alkohol/-drogforskningen är de betydelsefulla faktorerna på aktörsnivå *social inlärning, personlighetsdrag, sociala band till familj, skola/arbete, kamrater* och *social kontroll* samt miljö- och situationsbunden *exponering* för alkohol/droger. Jag diskuterar aktörsperspektivets individuella faktorer i rutorna C och D under rubrikerna socialisationsprocessen, sociala band och social kontroll, exponering samt slutligen vägen in i missbruk.

Socialisationsprocessen, social inlärning och det sociala könet

Det sociala könet skapas i socialisationen och könsspecifika värderingar och handlingsstrategier/beteenden (personligheten) formas i interaktion med familjen och andra betydelsefulla sociala enheter som skola, kamratkrets m fl. Könsdifferentieringen innebär på aktörsnivå att kvinnor, i jämförelse med män, tilldelas andra gruppspecifika egenskaper och förväntas uppträda på ett annat sätt enligt de sociala normerna. Kvinnans värderingar, intressen och livsmål påverkar hennes bindning till familjen och samhället och skapar förutsättningar för ett senare konformt eller avvikande beteende. De handlingsmönster hon kan välja är anpassning (konformt beteende), ritualism/undandragande eller protest/revolt som tidigare beskrivits i avsnittet om könssystemet.

Kvinnor och män uppger själva olika orsaker till sitt alkoholmissbruk (Dahlgren 1982). Kvinnorna anger akuta livskriser, relationsproblem eller

förlust av anhörig som orsak, männen anger oftare problem i arbetsliv och ekonomi. I undersökningar där narkotikamissbrukare själva angett orsakerna till att de börjat använda narkotika är resultaten knappast entydiga. I Tunvings (1986) undersökning framkom inga könsskillnader, såväl männen som kvinnorna uppgav nyfikenhet och önskan att bli delaktiga i en spännande subkultur. I en annan undersökning framkom emellertid skilda motiv (Björling 1986). Kvinnorna sade sig använda narkotika på grund av självhat, självmordstankar och tvång från pojkvän/hallick. Männen uppgav att de använde narkotika för att förbättra sitt sexualliv. De olika resultaten kan bero på, förutom skillnader i metodval och undersökningspopulation, att skälen att inleda ett missbruk och skälen att fortsätta skiljer sig åt.

I en pilotundersökning från Maria ungdomsklinik i Stockholm undersöktes 21 flickor (Mattsson, Rydelius 1987). Maria ungdomsklinik tar emot de svåraste och mest belastade tonårsmissbrukarna i Storstockholm. De undersökta flickorna liknade missbrukande pojkar i några avseenden. De var blandmissbrukare med också en betydande alkoholkonsumtion. De hade växt upp i hem med missbrukande föräldrar och de hade tidigt haft anpassningsproblem, bl a skolk. En tredjedel var kända för ungdomskriminalitet, men ingen var dömd. Endast ett fåtal flickor uppvisade emellertid ett impulsivt och utagerande aggressivt beteende, vilket var vanligt bland pojkarna. Samtliga flickor hade kroppssymtom av typ huvudvärk, magont och underlivsbesvär.

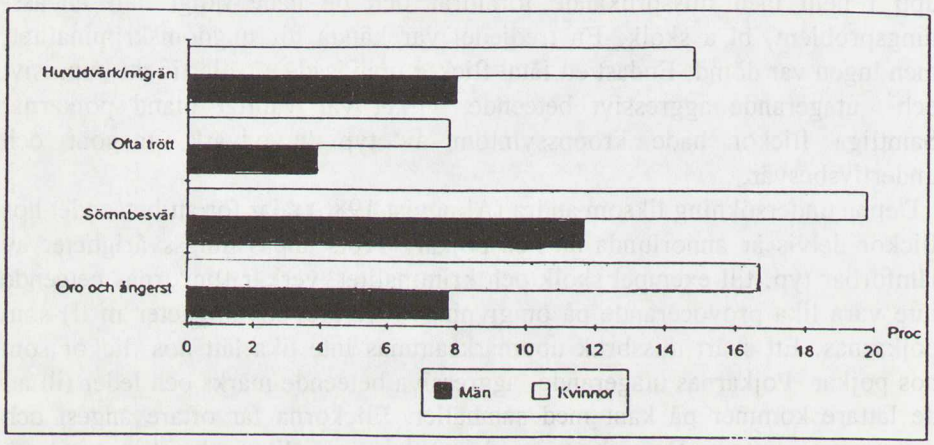
Denna undersökning liksom andra (Almqvist 1986) talar för att beteendet hos flickor delvis är annorlunda än hos pojkar. Trots anpassningssvårigheter av jämförbar typ, till exempel skolk och kriminalitet, verkar flickornas beteende inte vara lika provocerande på omgivningen (lärare, myndigheter m fl) som pojkarnas. Ett svårt missbruk uppmärksammas inte lika lätt hos flickor som hos pojkar. Pojkarnas utagerande, aggressiva beteende märks och leder till att de lättare kommer på kant med samhället. Flickorna får oftare ångest och depressiva symtom. De reagerar med impulsiv sexualitet och tidigt missbruk och ofta drabbas de av misshandel, utnyttjande och underlivsproblem. Deras missbruk förblir emellertid ofta "dolt" för myndigheterna.

Kvinnornas handlingsstrategier varierar också efter vilken fas i *livscykeln* hon befinner sig i. Olika beteendemönster bland kvinnor i olika åldrar påverkas av sysselsättningsgrad, om hon är barnlös eller har barn och barnens ålder. Unga kvinnor har sannolikt ett annat förhållande till alkohol och droger än vuxna kvinnor med förvärvsarbete och familj eller äldre kvinnor som inte längre är bundna av att ta hand om barn. En finsk enkätundersökning riktad till 3 500 kvinnor i åldrarna 12-80 år visade att flickor och pojkar dricker lika mycket i de lägre tonåren men att flickorna minskar sin konsumtion då hon mognar som kvinna i 18-årsåldern (Holmila 1993, ref i tidskriften Invandrar-kvinnan nr 1). Resultaten visade också att i åldersgruppen 20-29 år dricker kvinnorna som

mest, men de sänker sin konsumtion när de får barn. Konsumtionen ökar igen när barnen är ungefär sexton år.

Användningen av legala droger, som psykofarmaka, är mer socialt accepterat för kvinnor än bruk av alkohol och narkotika. En rad svenska och internationella studier har visat att kvinnor har fler läkar-/vårdkontakter än män och att många fler kvinnor erhåller receptförskriven psykofarmaka mot oro, ångest och depression (Cooperstock 1975; Holm Hansen 1984: SCB 1987,1991). Det är emellertid oklart om skälet är högre grad av sjukdom och vårdbehov eller om konsumtionen är kulturellt betingad på så sätt att kvinnor förväntas ha ett svagare psyke, bemöts av patologiserande attityder av behandlingspersonal och att detta överensstämmer med kvinnornas egna förväntningar. En framträdande skillnad mellan kvinnor och män är emellertid att kvinnor i intervjuer uppger att de besväras av oro, sömnbesvär, huvudvärk och trötthet i större utsträckning (figur 8). Kvinnornas psykiska välbefinnande är oftare bristfälligt.

Figur 8 Brist på psykiskt välbefinnande efter kön och ålder 1988-89, procent.



Forskningsresultat visar att medelålders kvinnor med psykosomatiska besvär utgör en stor riskgrupp i fråga om att utveckla psykofarmakamissbruk. Olika kroppsliga besvär, ofta gynekologiska, medverkar till missbruket (Allgulander 1980).

I Jämtlandsundersökningen undersöktes anledningen till att psykofarmaka användes (Boethius, Westerholm 1977). Av dem som svarade uppgav två tredjedelar att de använde lugnande medel och sömnmedel på grund av sömnsvårigheter. Hos de äldre angavs detta som enda orsak medan de yngre angav flera orsaker såsom oro, ångest, nedstämdhet. Av receptundersökningar framgår att sömnsvårigheter, oro och ångest, det vill säga de vanligaste skälen till

förskrivning av psykofarmaka, ofta också är förenade med kroppssjukdomar (Apoteksbolaget 1982, 1990).

Vissa skillnader finns mellan de nordiska länderna. Könsdifferenserna är störst i Danmark medan de i Finland är betydligt mindre än i de övriga nordiska länderna (Riska, Klaukka 1984). Detta har främst förklarats med skilda behandlingstraditioner och vårdideologier i länderna (Bruun 1982; Holm Hansen 1984).

Några forskare har framhållit att en rad könsskillnader skulle kunna förklaras med utgångspunkt från samspelet mellan läkemedelsmarknadens aktörer, vilka alla troligen har betydelse för den totala förbrukningen av läkemedel: läkemedelsindustrins produktionsinriktning och marknadsföring, läkarnas receptförskrivning, behandlingstraditioner och attityder, statens kontrollpolitik samt patienternas vårdbehov och förväntningar (Holm Hansen 1984; Gabe 1990). Producenterna har intresse av att sälja läkemedel med så stor vinst som möjligt och använder intensiv marknadsföring. Analys av läkemedelsreklamen under 60- och 70-talen antyder negativa eller patologiserande attityder till kvinnor (Milton 1979a; Prather, Fidell 1975; Holme Hansen 1984). Läkemedelsindustrin har sedan dess förändrat sin marknadsföring och har idag knappast någon väsentlig betydelse för konsumtionsskillnaderna mellan män och kvinnor. Troligare är att samspelet mellan läkarnas attityder och behandlingspraxis och patienternas vårdbehov, beteenden och förväntningar avgör könsskillnaderna.

Anstorps (1984) undersökning om självrapporterade orsaker till långvarigt psykofarmakabruk tyder på att såväl läkaren som kvinnan/patienten definierar psykiska problem som köns- och åldersspecifika. Liknande slutsatser framkommer i en norsk undersökning (Björndal 1983). Kühlhorn och Leifman (1993) finner vid en analys av ett representativt surveymaterial att könsskillnaderna främst kan förklaras av att kvinnor lever längre än män samt att kvinnor har en större benägenhet att uppmärksamma sin eventuella ohälsa och söker hjälp för den. Med hänvisning till de resonemang som förts inom kvinnoforskningen kan förklaringen till könsskillnaderna sökas dels i könssystemet, det vill säga kvinnornas underordnade roll i samhället, att hon har problematiska livsvillkor, upplever större krav och har mindre tid och resurser att själv styra över sitt liv, dels i det sociala könets tillblivelse, det vill säga de könsspecifika karaktäristika som formas i socialisationen exempelvis beroende och passivitet. Kvinnorna som upplever problematiska livsvillkor förväntas samtidigt av omgivningen att inte visa det och en lösning kan vara att vända sig till läkare och på det sättet få tillgång till psykofarmaka.

Sociala band och social kontroll

De sociala banden omfattar främst kvinnans relationer till familjen, skolan/arbetet och kamraterna. De som har en positiv inställning till och en tillfredsställ-

lande kontakt med de viktigaste personerna och grupperna i sin närhet riskerar sällan att hamna i sådana situationer eller miljöer där tillgången på droger och benägenheten att pröva är stor enligt kontrollteorierna (Hirschi 1969).

Familjen, främst föräldrarna, antas spela en framträdande roll i socialisationen när beteenden och värderingar grundläggs. Dess betydelse för ungdomars konsumtion av alkohol och droger har studerats med avseende på känslomässiga band inom familjen, förekomsten av sociala problem och avvikande beteende hos föräldrarna samt splittrade familjer.

Föräldrarnas förhållningssätt till alkohol och droger, både beträffande eget bruk och barnets, påverkar flickornas konsumtion mer än pojkarnas (Wilsnack, Beckman 1984). En förklaring kan vara, som Marklund och Wernersson (1987) fann i sin studie, att föräldrar reagerar kraftigare på döttrarnas alkoholbruk och diskuterar det medan de ignorerar eller skojar bort pojkarnas konsumtion. Coombs *et al* (1985) fann skillnader med avseende på familjerelationerna mellan flickor som använde alkohol och de som avstod. Flickorna som drack hade i mindre grad tillfredsställande och positiva relationer till sina föräldrar.

Familjens betydelse för ungdomars benägenhet att missbruka alkohol och narkotika stöds av de starka sambanden mellan ekonomiska och sociala problem i familjen (fattigdom, föräldrarnas psykiska problem, missbruk och/eller kriminalitet) och senare missbruk, som redovisas av många forskare. Forskning om alkohol- och narkotikamissbrukares familj- och uppväxtförhållanden visar att en stor andel av missbrukarna har haft en besvärlig uppväxt präglad av psykiska problem/sjukdom, missbruk och kriminalitet i den närmaste familjekretsen (Duckert 1986; Tunving 1986; Olsson 1986). Bland de kvinnliga missbrukarna är sådana sociala problem i familjen särskilt vanliga (Mondanero 1982).

Splittrade familjer, genom skilsmässa (i första hand) eller dödsfall, är vanligt förekommande. De Lint (1976) fann att tidig förlust av föräldrarna var mycket vanligare bland kvinnliga alkoholmissbrukare än bland manliga. Bland kvinnorna hade många uppfostrats av endast en biologisk förälder eller växt upp i fosterhem. Även svåra familjekonflikter och otillfredsställande kontakt mellan mor och dotter var vanliga bland såväl alkohol- som narkotikamissbrukarna (Herulf 1972; Gomberg 1980; Tunving 1986). Sambandet mellan svåra uppväxtförhållanden och missbruk är i dessa studier mer uttalat för kvinnor än för män. Undersökningar om psykofarmakamissbrukare visar att deras familjebakgrund och disharmoniska uppväxt delvis liknar den som alkohol- och narkotikamissbrukare har upplevt (Hofsten 1977).

Avbruten *skolgång*, upprepat skolk och lågt engagemang i skolarbetet har generellt visat sig vara riskfaktorer som kan innebära att ungdomar dras in i olämpliga miljöer och senare utvecklar ett missbruk (Sarnecki 1982b; Lettieri 1975). Torstensson redovisade i en longitudinell studie av Stockholmsbarn

födda år 1953, att skolk var betydligt vanligare bland narkotikamissbrukarna än bland övriga och betydligt vanligare bland missbrukande pojkar än flickor. Risken för ungdomar med dåliga skolresultat i högstadiet att bli missbrukare var tre gånger större för pojkarna och hela åtta gånger större för flickorna, jämfört med ungdomar med goda skolresultat. Sambandet mellan skolk, oavslutad skolgång och drogmissbruk är emellertid starkt för båda könen (Mensch, Kandel 1988).

Sarnecki (1987) fann att skolbetyg och klasslärarnas bedömningar om framtida sociala problem för enskilda elever hade stor betydelse som prognosinstrument beträffande pojkar. Enligt Sarnecki är det emellertid svårare att förutsäga flickors framtida asocialitet och missbruk än pojkarnas med hänvisning till skolbetyg och lärarbedömningar. En förklaring kan vara att lärarna inte känner eller uppmärksammar flickorna lika mycket, något som påpekats i olika studier (Hammarström 1989). Flickor med problem är mer kända inom skolhälsovården, till vilken de i första hand vänder sig (Edgardh 1988). Det är därför främst skolsköterskorna som kan uppmärksamma tidiga tecken på riskbeteende.

Kamraternas inflytande och betydelse för ungdomars användning av alkohol och droger nämns ofta i litteraturen. Missbruk av exempelvis hasch i ungdomsgrupperna är enligt utredningen om narkotikamissbrukets omfattning ofta ett gängfenomen (DsS 1981:11). Ungdomarna introduceras i missbruket av kamrater som använder droger. För många ungdomar blir det ett sätt att tillgodose sina behov av spänning, aktivitet och gemenskap. Kamraterna tycks emellertid ha mindre inflytande över flickornas konsumtion enligt Marklund och Wernersson (1987) som frågade 4000 högstadieungdomar om orsakerna till deras alkoholbruk. Färre flickor än pojkar uppgav att de drack med hänvisning till sina kamraters alkoholbruk. Forskarnas tolkning är att flickorna överhuvudtaget är mindre beroende av kamrater och att de har djupa och trygga relationer med sina kamrater, vilket ger dem säkerhet att stå emot kamrattryck. Enligt flera studier börjar emellertid många flickor använda alkohol och narkotika tillsammans med en, ofta äldre, missbrukande pojkvän (Nilsson, Tunving 1985). De anpassar sig i många fall till den manlige partnerns val av missbruksmedel och byter medel när de byter partner.

I flera internationella studier om kamraternas inflytande på ungdomars användning och missbruk av alkohol och droger visas att kamratpåverkan är en nödvändig men otillräcklig förklaringsfaktor (Andersson 1990). Negativa familjeband ökar risken att ungdomar väljer att umgås med avvikande kamrater och själva antar ett avvikande beteende. Positiva familjeband kan minska dessa risker och verka som skydd mot destruktiva kamratrelationer och missbruk.

Vuxna kvinnors alkoholvanor har starkt samband med makens, familjens och vännernas vanor (Wilsnack, Wilsnack, Klassen 1984). Förklaringen kan vara

antingen att kvinnan påverkas starkt av sin närmaste omgivnings beteende eller att hon söker sig till människor med alkoholvanor som liknar hennes egna. Många alkoholiserade kvinnor lever tillsammans med en alkoholiserad eller psykiskt avvikande partner (Milton 1979a). Troligen har partnern i många fall betydelse för kvinnans alkoholmissbruk. Kvinnliga missbrukare anger, oftare än manliga, relationsproblem till partnern som orsak till missbruket (Williams, Klerman 1984). Partnern kan leda kvinnan in i högkonsumtion genom att dricka tillsammans med henne. Kvinnor börjar ibland använda större mängder alkohol för att försöka få kontroll över mannens konsumtion, för att stå ut med den eller för att förhindra separation (Vaglum 1987).

Eftersom kvinnornas samhällsfunktion i första hand knyts till hemmet och familjen, är den *sociala kontrollen* främst av informell art och utövas genom andra metoder än yttre ingripanden och straff. Den sociala kontrollen sker inom de privata sammanhangen, familjen och umgängeskretsen. I en norsk intervjuundersökning om ungdomar i riskzonen för asocialitet och missbruk framträder könsskillnader i förhållande till gängets kriminalitet och alkohol/narkotikamissbruk (Ericsson, Lundby, Rudberg 1985). Flickorna tycks ha starkare band till det traditionella samhällets värderingar och regler och forskarnas slutsats är:

> "Jentenes evne til å holde seg forholdsvis streite sjöl blant ustreite kamerater kan tilbakeföres til flere forhold: De har en starkere tilknytning til skole og jobb enn guttene...Foreldrerne gör seg större anstrengelser for å kontrollere dötrene enn sönne sine. Fjernkontrollen via den fölelsemessige tilknytninga til foreldrene virker sterkere på jenter enn på gutter. Jenter og gutter deltar i gjengen på ulike premisser...Gjengen opererer desuten med to forskjellige standarder når det gjelder graden av asocialitet som forventes og tolereres: én for jenter og én for gutter. I tillegg til dette kommer forskjeller i psykologisk orientering og måte å tenke på...Jenter er intenst opptatt av personlige relasjoner til andre mennesker...er i ferd med å bli sosialisert inn i sin framtidige rolle som omsorgspersoner med familien som livets viktigaste arena" (a.a 1985 s 143).

Exponering

Exponering för alkohol och droger avser sådana tillfällen, situationer och miljöer när medlen finns tillgängliga för bruk och missbruk. Att deltaga i gäng och vistas i miljöer där alkohol och droger (och eventuellt kriminalitet) förekommer ökar risken för ett begynnande missbruk.

Med utgångspunkt i de antaganden som görs i kriminologiska deltagandeteorier (Höjgård 1983) kan kvinnornas ökade möjligheter att deltaga i den offentliga sfären, det vill säga arbetslivet, organisationslivet etc, medföra fler tillfällen till exempelvis alkoholkonsumtion. Kvinnornas förändrade situation

med ökat deltagande i arbetslivet och större möjligheter att använda alkohol har - tillsammans med ökad samhällstolerans mot alkohol och vidgade alkoholseder, det vill säga att alkohol ingår i alltfler vardagsaktiviteter - ansetts bidra till ökat alkoholmissbruk. Troligen har förutsättningar skapats för ett mer omfattande alkoholbruk, men några entydiga belägg finns inte för att också missbruket ökat i någon större omfattning. Fortfarande finns en mängd hinder mot missbruk, i form av normer, uppfostran och kvinnorollens inriktning på familj- och omsorgsfunktioner (Snare 1986). I den samnordiska undersökningen om alkoholvanor, vilken jag tidigare nämnt i det epidemiologiska avsnittet om alkohol, är ett resultat att det finns ett samband mellan omsorgsuppgifter och ett mycket försiktigt alkoholbruk bland de yngsta hemarbetande kvinnorna i samtliga nordiska länder (Järvinen, Olafsdottir 1984). Forskarna drar utifrån sin undersökning slutsatsen att "det fortsatta kvinnliga ansvaret för reproduktionen har styrt de kvinnliga alkoholvanornas utveckling in i ett mönster - "det nya feminina dryckesmönstret" - anpassat till den kvinnliga samhällsfunktionen" (a.a. sid 205).

Inom forskningen har diskuterats vilka riskbeteenden som föregår missbruk, det vill säga vägen in i missbruk. Alkohol- och narkotikamissbruk kan ses som en del i en vidare problembild som ofta föregåtts av olika tecken på begynnande problem, exempelvis skolk, tidig alkohol/drogdebut, kriminalitet och vandalisering. Det är enligt många studier i första hand pojkar som ingår i olika riskgrupper, sällan flickor (Sarnecki 1982a, 1982b). Många flickor tycks hamna i ett missbruk utan några för omgivningen synliga tidiga avvikelser. Detta kan innebära att de i all tysthet kan utveckla ett relativt gravt missbruk innan några åtgärder vidtas. För pojkar har samband mellan ett aggressivt beteendemönster, tidiga och avancerade alkohol- och drogvanor och bristande anpassning (kriminalitet, skolk och vantrivsel i skolan) dokumenterats i olika studier (Lettieri 1975; Andersson 1988). För flickorna har en annan bild redovisats (Torstensson 1987; Mattson, Rydelius 1987). Ångest, depression och psykosomatiska besvär (huvudvärk, magont) är vanligare bland flickorna än aggressivt uppträdande. Tidiga och tillfälliga sexuella kontakter samt relationer till betydligt äldre manliga partners är andra kännetecken för de flickor som riskerar att utveckla ett missbruk (Edgardh 1988).

I en longitudinell studie med syfte att studera prognosen för narkotikamissbruk hos en population 16-åringar i Göteborg (Holmberg 1981) fann man att negativa faktorer för utveckling av långvarig narkomani var att tillhöra en multiproblemfamilj, att ha behövt barnpsykiatrisk vård, att ha använt narkotika regelbundet redan i unga år, att ha gått i specialklass samt ha avbrutit skolgången i förtid. Tidig registrering av kriminalitet var en negativ faktor för männen medan registrering av skolk och nervösa besvär var negativa prognosfaktorer för kvinnor.

En annan longitudinell studie, inom det sk Metropolitprojektet, har påvisat

könsskillnader med avseende på faktorer som föregått och påverkat missbrukskarriären (Torstensson 1987). Enligt undersökningsresultaten är det svårare att finna och avgränsa indikatorer på framtida missbruk bland unga flickor än bland unga pojkar. Förklaringen finns troligen dels att söka i flickornas annorlunda uttryck för avvikande beteende som kan karaktäriseras som normbrytande snarare än lagbrytande, exempelvis rymningar, skolk, störande uppträdande i skolan, tidigt avancerade sexuella vanor, dels i samhällets och myndigheternas skilda reaktioner på flickors respektive pojkars beteenden, dokumenterade i polis- och socialregister. Enligt Torstensson ser myndigheterna mellan fingrarna när det gäller de yngre flickornas brottslighet och de registrerade avvikelserna blir därför lägre än pojkarnas. Sarnecki (1982a) förklarar könsskillnaderna med att flickornas faktiska brottslighet mm är lägre. Hans undersökning om ungdomsgäng i en svensk stad visar att flickorna befinner sig i gängets periferi och ibland hänger med på pojkarnas kriminella aktiviteter men sällan tar egna initiativ till brott.

Trots att flickorna i vissa fall vistas i samma miljöer, tillhör samma gäng och utsätts för alkohol och droger verkar flickorna ha starkare band till samhället och uppträder i högre grad än pojkarna i enlighet med samhällets normer. De har sällan registrerats i social- och polisregister, vilket däremot är vanligt bland pojkarna i undersökningar. Torstensson (1987) refererar till två amerikanska studier om narkotikamissbrukare:

> "Voss & Stephens (1973), in a sample of 1096 addicts, found that, among males, 62 per cent of those admitting illegal acts or arrests were arrested before the initiation to drug use. Corresponding figure among females was 39 per cent, i. e. most of the female sample were not known by the police prior to the drug use. This can be compared to (a) study by Brown *et al*, who reported similar results for the male and female samples, respectively". (a.a s. 38-39).

Av forskningsresultaten framgår bland annat att det finns vissa kunskaper om riskfaktorer bland ungdomar som med en relativt stor sannolikhet innebär att de utvecklar ett missbruk. Man vet att socialt och psykiskt belastade personer löper en större risk än andra såväl att pröva droger som att utveckla ett missbruk. Men många i riskgruppen kommer *inte* att utveckla missbruk och rekryteringen av missbrukare sker också bland grupper med tämligen god prognos (DsS 1981:11; Sarnecki 1985). I en översikt av internationell forskning om flickor i riskzonen för missbruk refererar Andersson (1990) en studie om sambandet mellan tidigt asocialt beteende och den framtida livssituationen:

> "Medan antisociala män också återfanns i vuxen ålder med en i huvudsak antisocial problematik, var bilden en annan för kvinnorna. Antisociala tonårsflickor återfanns som vuxna med psykiska problem (exempelvis

depressioner) snarare än med sociala anpassningssvårigheter. Liknande resultat har återfunnits för svenska förhållanden. Redan i tonåren föreligger en stark koppling för kvinnor mellan normbrott å ena sidan och, å andra sidan, depression och psykosomatiska besvär"(a.a. s 42-43).

Sammanfattning

Aktörsperspektivet lyfter fram förhållanden på individnivå som påverkar kvinnans konsumtion av alkohol, narkotika och psykofarmaka. Det är främst de könsspecifika värderingarna och handlingsstrategierna som överförs i socialisationen, de starkare sociala banden och beroendet till familjen, skolan/arbetet och den starkare informella sociala kontrollen som bidrar till att förklara kvinnornas konsumtionsmönster. Risken för att påbörja eller fortsätta ett missbruk ökar om flera av dessa faktorer är negativa och samtidigt exponeringen för alkohol och droger är stor.

Utifrån den integrerade modellen i figur 8 och de empiriska resultaten formulerar jag följande hypoteser med fokus på aktörsnivåns individuella faktorer:

- Kvinnor har starkare band till det konventionella samhällets värderingar och regler vilket har en preventiv effekt och minskar risken för att påbörja eller upprätthålla ett missbruk, oavsett klassbakgrund men riskerna varierar med livscykliciteten.
- Genom starkare informell kontroll i familj och umgängeskretsen och starkare sociala band till familj, skola etc minskar risken för att kvinnor exponeras för alkohol och droger vid sådana tillfällen och i sådana miljöer när medlen finns tillgängliga för bruk/missbruk.
- För kvinnor med svaga band till det "konventionella" samhället och liten grad av social kontroll som utsätts för hög exponering av alkohol/droger ökar risken att påbörja/vidmakthålla ett missbruk.

Sammanfattande kommentar: Modellens användbarhet

I den traditionella forskningen om alkohol och droger har kvinnor ofta uteslutits av metodologiska eller andra skäl, ibland har de fått representera en variabel bland många andra. Sällan har kvinnors alkohol- och drogkonsumtion analyserats utifrån deras särskilda livsvillkor. De könsskillnader som redovisats i flera undersökningar med avseende på konsumtionsmönster och utveckling av missbruk har inte på ett till- fredsställande sätt kunnat förklaras med de gängse teorierna inom alkohol- och drogforskningen. Exempelvis beaktas inte i spänningsteorierna att kvinnor i många fall har andra mål och förväntningar

än män, ofta förbundna med omsorgsansvar som inte kan förenas med bruk av illegala medel eller missbruk, kulturteorierna kan inte förklara varför inte alla ungdomar (särskilt inte flickor) i ett problemområde med delkulturer blir avvikande, kontrollteorierna bortser från makt- och möjlighetsstrukturer. Med utgångspunkt i kvinnoforskningen ställs kvinnorna och könsskillnaderna i centrum och det blir möjligt att undersöka om och i vilken grad skillnader i konsumtionen kan förklaras av skillnader i sociala och socialpsykologiska förutsättningar och om det är några faktorer som endast det ena könet utsätts för eller som verkar med olika styrka på de två könen på ett sådant sätt att skillnader i konsumtionsmönster uppstår.

I den modell som jag har beskrivit har jag länkat samman/integrerat den kvinnoteoretiska forskningen och den samhällsvetenskapliga forskningen om alkohol och droger. Enligt min mening kan modellen användas till att tydligare strukturera forskningen om kvinnors konsumtion av alkohol och droger. Modellen gör det också möjligt att operationalisera olika begrepp och att empiriskt pröva olika hypoteser av betydelse för den etiologiska forskningen om kvinnor, alkohol och droger. Den kan då utgöra ett led i den nödvändiga teoriutvecklingen om kvinnors alkohol- och drogkonsumtion i syfte att förbättra såväl det förebyggande arbetet som behandlingsinsatserna.

Referenser

Allgulander C (1980). Diagnostik av läkemedelsberoende i öppen vård. *Läkartidningen* vol 77 nr 6 1980 s 428.

Almqvist F (1986). Sex Differences in adolescent psychopatology. *Acta Psychiatr. Scand* 1986:73:295-296.

Andersson C (1990). *Dåliga flickor är inte det sämsta. En kunskapsöversikt om flickor i riskzon och missbruk.* Växjö: Stiftelsen Kvinnoforum.

Andersson T (1988). *Alkoholvanor i ett utvecklingsperspektiv.* Akad avh, Stockholms universitet.

Anstorp T. (1984). *Selvrapporterte årsaker till legemiddelbruk.* NAD-publikation nr 11 1984.

Apoteksbolaget. *Svensk läkemedelsstatistik 1982, 1990.*

Arnfred S (1978). Aendringer i klasstrukturen og disses betydning for kvinders situation. *Sociologisk forskning* nr 3 1978.

Bakka A, Johnsen A, Rugstad H (1974). Hvem bruger angstdempende midler? Bauer M, Knudsen M, Giese J, Thygesen B, Levy J, Vilstrup L, Giese S, Marcus M (1977). *Er I rigtig kloge?* Köpenhamn: Tiderne skifter.

Beckman L (1975). Women alcoholics: A Review of Social and Psychological Studies. *Journal of Studies on Alcohol,* nr 36 7:797-824.

Björk E, Tollefsen, N (1981). *Nille drikker også.* Hovedopgavei socialpsykologi. Oslo universitet.

Björling B (1986). Att synliggöra kvinnor. I Järvinen M, Snare A (red): *Kvinnor, alkohol och behandling,* Helsingfors: NAD-publikation nr 13.

Björndal A (1983). *Gagn eller ugagn. Forbruk av psykofarmaka i Norge.* Gruppen for helsetjenstforskning, rapport nr 4 1983, Oslo.

Boethius G, Westerholm B (1977). Psykofarmakaförbrukningen i Sverige under 70-talet. *Svensk Farmaceutisk Tidskrift,* vol 81, nr 8, 1977.

Bruun, K. 1985: Kön och klass. I K Bruun, P Frånberg (red): *Den svenska supen.* Stockholm: Prisma.

I Burtle V (red): Women who drink. Alcoholic experiences and psychotherapy. Springfield: C C Thomas Publication.

Carlsson C (1986). Kön och klass ur ett historiskt perspektiv. I Ganetz G, Gummesson E, Göransson A (red): Feminism och marxism. En förälskelse med förhinder. Stockholm: Arbetarkultur.

Chafetz Salzman J (1990). Gender Equity: An integrated theory of stability and change. *Sage Library of Social Research* nr 176.

Chesler, P (1972): *Women and madness.* Allen Lane, London.

Christensen, E & Hvidtfeldt, K (1982): *Kvinders alkoholmisbrug.* Dansk Psykologisk Forlag, Köpenhamn.

Christie, V (1975): Sosial status og bruk av vitaminpreparater og edikamenter. *Tidskrift for den norske lägeforening,* nr 22, Oslo 1975.

Christie, V (1984): *Manns middel, og kvinnes.* I Kvinnors bruk av beroendeframkallande läkemedel. Helsingfors: NAD-publikation nr 11.

Chodorow N (1978). *The reproduction of mothering*. Berkely: University of California Press.

Cloward R, Ohlin L (1960) *Delinquency and Opportunity*. Free Press, New York.

Cohen A (1955). *Delinquent boys*. Glencou: Free Press.

Cohen A (1973). *Deviance and control*. New Yersey: Prentice Hall inc.

Corrigan S (1980). *Alcoholic women in treatment*. New york: Oxford university press.

Cooperstock, R (1975). *Women and Psychotropic Drugs*. Paper prepared for Provincial Consultation Women, Alcohol and other Drugs. Addiction Research Foundation Ontario, Canada 1975.

Cooperstock, R & Parnell, P (1982). Research on psychotropic drug use: A review of findings and methods. *Social Science and Medicine* 16 (1982):1179-1196.

Curlee J (1970). A comparision of male and female patients at an alcoholism treatment center. *Journal of psychology*.

Dahlgren L (1982): Behandling av kvinnliga alkoholmissbrukare. *Nord Psychiatr Tidskrift* 1982:36 s 21-27.

Duckert F (1986). *Behandling av kvinnelige problemdrikkere. Appendix*. I Järvinen M, Snare A (red): Kvinnor, alkohol och behandling. Helsingfors: NAD-publikation nr 13.

DsS 1980:5 *Tungt narkotikamissbruk - en totalundersökning 1979*. Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning.

DsS 1981:11 *Ungdom, droger och förebyggande arbete*. Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning (UNO).

DsS 1982:7 *Om narkotikamissbrukets orsaker*. Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning (UNO).

Edgardh K (1988). Flickor på avvägar. *Brå-Apropå* nr 4.

Erickson P, Murray G (1989). Sex Differences in Cocaine Use and Experiences: A Double Standard Revived?. *American Journal of Drug Dependence*.

Ericsson K, Lundby G, Rudberg M (1985). *Mors nest beste barn. Ungdom, rusgift og kriminalitet*. Oslo: Universitetsforlaget.

Gabe J (1990). Towards a sociology of traquillizer prescribing. *British Journal of Addiction* (1990) 85, 49-59.

Gomberg E (red) (1982). *Alcohol, Science and Society revisited*. New York: Rutgers.

Göransson A (1978). Den könsliga arbetsdelningen och dess strategiska konsekvenser. *Sociologisk forskning* nr 3.

Hammarström, A (1989). *Ungdomsarbetslöshet och ohälsa*. Institutionen för socialmedicin, Luleå.

Hartman H (1986). Det olyckliga äktenskapet mellan feminism och marxism. I Ganetz H, Gunnarsson E, Göransson A (red): *Feminism och marxism. En förälskelse med förhinder*. Stockholm: Arbetarkultur.

Herulf B (1972). *Ungdom och narkotika*. Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsovård.

Hirsch J (1962) Women and alcoholism. I Bier W (red): *Problems in addiction*. Tordham university press, New York.

Hirschi T (1969). *Causes of delinquency*. Berkely: University of Californis Press.

Holm-Hansen E (1984). Könsforskelle i psykofarmakaforbrug. I *Kvinnors bruk av beroendeframkallande läkemedel*. Helsingfors: NAD-publikation nr 11 1984.

Holter H (1973). *Könsroller och samhällsstruktur*. Stockholm: Prisma.

Hofsten A-M (1977). Att leva med piller. RFHLs skriftserie nr 6 1977.

Höjgård C (1983). Kvinnelige lovbrytere. I Höjgård C, Snare A (red): *Kvinners skyld.* Oslo: Pax forlag.

Jaggar A (1983). *Feminists politics and human nature.* Totowa: Rowman & Allenhed.

Johnsson P B (1982). Sex differences. Womens roles and alcohol use: Preliminary national data. *Journal of social issues* 39(2):93-116.

Jonasdottir A (1984). *Kvinnoteori.* Högskolan i Örebro: Skriftserie 32.

Jones H B, Jones H C (1977). *Sensual drugs.* Cambridge: Cambridge University Press.

Järvinen M, Olafsdottir H (1984). Nordiska kvinnors dryckesmönster. *Alkoholpolitik* 1(1984) 193-206.

Kinsey B (1966). *The female alcoholic. A social psychology study.* Illinois: Charles C Thomas.

Kühlhorn E, Leifman H (1993). Allmänhetens bruk av alkohol och psykofarmaka i empirisk belysning. I *Sociologisk Forskning* nr 2 1993.

Lettieri D (red) (1975). *Predicting Adolescent Dug Abuse: A Review of issues,* de Lint J, Schmidt W (1976). Alcoholism and mortality. I Kissin B, Begleiter H (red): *The biology of alcoholism: Social aspects of alcoholism.* New York: Plenum press.

Lisansky E (1957). Alcoholism in women. Social and psychologocal concomitants. *Quarterly journal of studies on alcohol* nr 18.

Marklund U, Wernerson I (1987). Flickor på högstadiet. *Alkohol & narkotika* 5-6 1987.

Mattsson C, Rydelius P-A (1987). Missbruk bland tonårsflickor. *Alkohol & Narkotika* nr 3 1987.

Mensch B, Kandel D (1988). Dropping out of high school and drug involvement. *Sociology of education* 61(2):95-113.

Merton R (1957). *Social theory and social structures.* Glencoe: The Free Press.

Milton P (1979a). *Kvinnomissbruk.* Stockholm: Raben & Sjögren.

Milton P (1979b). Den förändrade kvinnorollen orsak till alkoholmissbruk? *Alkohol & Narkotika* nr 7 1979.

Mondanaro J (1982). *Treatment services for drug dependant women.* New York: NIDA.

Morhed A-M (1993). *Kvinnovetenskap, om teoriutveckling och vetenskaplig disciplinering.* Akad. avh, Uppsala universitet.

Narkotikakommissionens PM nr 7 1983. *Lokala insatser mot narkotika.*

Nilsson K, Tunving K (1985). Young Female Drug Addicts in Treatment. A Twelve Year perspective. *The Journal of Drug issues,* 15(3), 367-382.

Oakley A (1981). *Subject woman.* Fontana Press.

Olsson B (1986). *Klienter i narkomanvård.* Pedagogiska institutionen, Uppsala universitet (SWEDATE/ BAK-pojektet).

Parker F (1972). Sex-role adjustment in women alcoholics. *Quarterly journal of studies on alcohol* nr 33.

Prather J, Fidell L (1975). Sex differences in the Content and Style of Medical Advertisements. *Social Science and Medicine* 1975 9: 23-26.

Ramström J (1978). *Narkomani.* Borås: Tiden/Folksam.

Ravndal E (1976). *Den kvinnelige alkoholiker sett fra könsrolleperspektiv.* Oslo:

Statens institutt for alkoholforskning.

Ridlon F (1988). *A Fallen Angel. The Status Insularity of the Female Alcoholic.* Cranbury NJ: Associated University Presses.

Riska E (1986). Bruk av beroendeframkallande läkemedel. *Pockettidningen R* nr 5 1986.

Riska E, Klaukka T (1984). Sambandet mellan bruk av alkohol och psykofarmaka bland kvinnor och män. I Kvinnors bruk av beroendeframkallande läkemedel. Helsingfors: NAD-publikation nr 11.

Riska E (1989). How the Sex Differences in the Use of Psychotropic Drugs are Explained. *Scandinavian journal of social medicin* 17:3-6.

Sarnecki J (1982a). *Brottslighet och kamratrelationer.* BRÅ-rapport 1982:5.

Sarnecki J (1982b). *De unga lagöverträdarna*, BRÅ-PM 1982:3.

Sarnecki J (1985). *Predicting social maladjustment.* BRÅ-report nr 17. Stockholm: Liber förlag.

Sarnecki J (1987). *Skolan och brottsligheten.* Stockholm: Carlssons förlag.

SCB-rapport nr 42 1987. *Ohälsa och sjukvård. Levnadsförhållanden 1975-1983.*

SCB-rapport nr 51 1987. *Ojämlikheten i Sverige*, kap 1.

SCB-rapport nr 53 1987. *Perspektiv på välfärden*, kap 8.

SCB (1991) *Undersökning av levnadsförhållanden* (ULF).

Schmidt C, Klee L, Ames G (1990). Review and analysis of literature on indicators of womens drinking problems. *British journal of addiction*, 85(1990):2, 179-192.

Schuckit M, Morrisey E (1976). Alcoholism in women. Some clinical and social perspectives with an emphasis on possible subtypes. I Greenblatt M, Schuckit M (red): *Alcoholism problems in women and children.* New York: Grune & Statton.

Snare A (1986). Inledande funderingar kring kvinnor, alkohol och kontroll. I Järvinen M, Snare A (red): *Kvinnor, alkohol och behandling.* Helsingfors: NAD-publikation nr 13.

Socialstyrelsen redovisar 1978:4. *Vården av alkoholmissbrukare.*

Socialstyrelsen redovisar 1984:3. *Alkoholvanor, en översikt av undersökningsresultat från åren 1968-1980.*

SOU 1974:90. *Alkoholpolitiska utredningen.*

SOU 1989:53. *Arbetstid och välfärd.* Betänkande av arbetstidskommittèn.

Stensmo C (1987). En jämförelse mellan Vallmotorp, Hasselakollektivet och Österåkersprojektet. En rapport från SWEDATE-projektet. Uppsala universitet: Pedagogiska institutionen.

Sutherland E, Cressey D (1955). *Principles of criminology.* Chicago: Lippincott.

Tong R (1989). *Feminist thought. A comprehensive introduction.* Wellington: Unwin Hyman.

Torstensson M (1987): *Drug-Abusers in a Metropolitan Cohort.* Akad avh. Research report no 25, Stockholms universitet.

Tunving K (1986): *Careers in Alcohol and Drug Addiction.* Akad avh, Lund.

Vaglum S (1987). *Alcoholic abuse and psychopathology in female psychiatric patients: a clinical study.* Oslo: Psychiatric department, Ullevål university hospital: Dept of behavioral sciences, University.

Viestad A (1977): *Oppror eller sykdom. Om kvinner og psykiske problemer.* Oslo: PAX Forlag.

Williams C, Klerman L (1984). Female alcoholic abuse, its effects on the family. I Wilsnack S, Beckman L (red): *Alcoholic problems in women.* New York: Guilford Press.

Wilsnack S (1976): Sex role identity in female alcoholism. *Journal of Abnormal Psychology*; 82:253-61

Wilsnack S, Beckman L(red)(1984): Alcohol Problems in Women. New York: The Guilford Press.

Wilsnack S, Wilsnack R, Klassen A (1984): Drinking and drinking problems among women in a U S national survey. *Alcohol Health and Research World* 1984/85.

Wood H, Duffy E (1966). Psychological factors in alcoholic women. *American journal of psychiatry* nr 123.

Änggård E, Mossberg L (1978). *Missbrukskarriären, en litteraturstudie.* Nordiska samarbetsorganet för drogforskning, NU B 1978:23.

KUNGL BIBLIOTEKET STOCKHOLM

Statens offentliga utredningar 1994

Kronologisk förteckning

1. Ändrad ansvarsfördelning för den statliga statistiken. Fi.
2. Kommunerna, Landstingen och Europa + Bilagedel. C.
3. Mäns föreställningar om kvinnor och chefskap. S.
4. Vapenlagen och EG. Ju.
5. Kriminalvård och psykiatri. Ju.
6. Sverige och Europa. En samhällsekonomisk konsekvensanalys. Fi.
7. EU, EES och miljön. M.
8. Historiskt vägval – Följderna för Sverige i utrikes- och säkerhetspolitiskt hänseende av att bli, respektive inte bli medlem i Europeiska unionen. UD.
9. Förnyelse och kontinuitet – om konst och kultur i framtiden. Ku.
10. Anslutning till EU – Förslag till övergripande lagstiftning. UD.
11. Om kriget kommit... Förberedelser för mottagande av militärt bistånd 1949-1969 + Bilagedel. SB.
12. Suveränitet och demokrati + bilagedel med expertuppsatser. UD.
13. JIK-metoden, m.m. Fi.
14. Konsumentpolitik i en ny tid. C.
15. På väg. K.
16. Skoterkörning på jordbruks- och skogsmark. Kartläggning och åtgärdsförslag. M.
17. Års- och koncernredovisning enligt EG-direktiv. Del I och II. Ju.
18. Kvalitet i kommunal verksamhet – nationell uppföljning och utvärdering. C.
19. Rena roller i biståndet – styrning och arbetsfördelning i en effektiv biståndsförvaltning. UD.
20. Reformerat pensionssystem. S.
21. Reformerat pensionssystem. Bilaga A. Kostnader och individeffekter. S.
22. Reformerat pensionssystem. Bilaga B. Kvinnors ATP och avtalspensioner. S.
23. Förvalta bostäder. Ju.
24. Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden. S.
25. Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge. S.
26. Att förebygga alkoholproblem. S.
27. Vård av alkoholmissbrukare. S.
28. Kvinnor och alkohol. S.
29. Barn – Föräldrar – Alkohol. S.

Statens offentliga utredningar 1994

Systematisk förteckning

Statsrådsberedningen

Om kriget kommit... Förberedelser för mottagande av militärt bistånd 1949-1969 + Bilagedel. [11]

Justitiedepartementet

Vapenlagen och EG [4]
Kriminalvård och psykiatri. [5]
Års- och koncernredovisning enligt EG-direktiv. Del I och II. Ju. [17]
Förvalta bostäder. [23]

Utrikesdepartementet

Historiskt vägval – Följderna för Sverige i utrikes- och säkerhetspolitiskt hänseende av att bli, respektive inte bli medlem i Europeiska unionen. [8]
Anslutning till EU – Förslag till övergripande lagstiftning. [10]
Suveränitet och demokrati
+ bilagedel med expertuppsatser. [12]
Rena roller i biståndet – styrning och arbetsfördelning i en effektiv biståndsförvaltning. [19]

Socialdepartementet

Mäns föreställningar om kvinnor och chefsskap. [3]
Reformerat pensionssystem. [20]
Reformerat pensionssystem. Bilaga A.
Kostnader och individeffekter. [21]
Reformerat pensionssystem. Bilaga B.
Kvinnors ATP och avtalspensioner. [22]
Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden. [24]
Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge. [25]
Att förebygga alkoholproblem. [26]
Vård av alkoholmissbrukare. [27]
Kvinnor och alkohol. [28]
Barn – Föräldrar – Alkohol. [29]

Kommunikationsdepartementet

På väg. [15]

Finansdepartementet

Ändrad ansvarsfördelning för den statliga statistiken. [1]
Sverige och Europa. En samhällsekonomisk konsekvensanalys. [6]
JIK-metoden, m.m. [13]

Kulturdepartementet

Förnyelse och kontinuitet – om konst och kultur i framtiden. [9]

Civildepartementet

Kommunerna, Landstingen och Europa.
+ Bilagedel. [2]
Konsumentpolitik i en ny tid. [14]
Kvalitet i kommunal verksamhet – nationell uppföljning och utvärdering. [18]

Miljö- och naturresursdepartementet

EU, EES och miljön. [7]
Skoterkörning på jordbruks- och skogsmark. Kartläggning och åtgärdsförslag. [16]