

# **BSOBAC - Bacheloroppgave med forskningsmetode**

En kvalitativ studie

«Kvinnespesifikk rusbehandling i et kjønnsløst rusfelt»



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det samfunnsvitenskapelige fakultet**

**Bachelor i sosialt arbeid**

Stavanger / 11.05.21

## Innholdsfortegnelse

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. INNLEDNING .....</b>                              | <b>1</b>  |
| 1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG OPPGAVENS FORMÅL ..... | 1         |
| 1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING .....               | 1         |
| 1.3 AVGRENSNINGER .....                                 | 1         |
| 1.4 FORFORSTÅELSE .....                                 | 2         |
| 1.5 SOSIALFAGLIG RELEVANS .....                         | 2         |
| 1.7 OPPGAVENS OPPBYGNING .....                          | 3         |
| <b>2. BAKGRUNNSTEPPE .....</b>                          | <b>4</b>  |
| 2.1 RUSMIDDELAVHENGIGHET .....                          | 4         |
| 2.2 RUSBEHANDLING .....                                 | 4         |
| 2.2.1 Rusreform 2021 .....                              | 5         |
| 2.3 KVINNER I RUS .....                                 | 6         |
| 2.4 KJØNNSDELT RUSBEHANDLING .....                      | 8         |
| 2.4.1 Kritiske stemmer og offerperspektiv .....         | 9         |
| <b>3. TEORETISK REFERANSERAMME .....</b>                | <b>11</b> |
| 3.1 SOSIALKONSTRUKTIVISME .....                         | 11        |
| 3.2 KJØNNSTEORI .....                                   | 13        |
| 3.3 STIGMA .....  | 15        |
| 3.4 SKAM .....  | 16        |
| <b>4. METODE .....</b>                                  | <b>18</b> |
| 4.1 HVA ER METODE .....                                 | 18        |
| 4.2 VALG AV METODE .....                                | 18        |
| 4.3 VALG AV INFORMANTER .....                           | 19        |
| 4.4 FREMGANGSMÅTE FOR INTERVJU .....                    | 20        |
| 4.5 ANALYSE .....                                       | 21        |
| 4.6 STUDIENS TROVERDIGHET .....                         | 21        |
| 4.6.1 Validitet og reliabilitet .....                   | 21        |
| 4.6.2 Kritiske bemerkninger og etisk refleksjon .....   | 23        |
| <b>5. PRESENTASJON AV FUNN OG DRØFTING .....</b>        | <b>24</b> |
| 5.1 BEGRUNNELSE FOR KJØNNSDELT RUSBEHANDLING .....      | 24        |
| 5.2 KVINNELIGE RUSMISBRUKERE, STIGMA OG SKAM .....      | 27        |
| 5.2.1 Å bære skammen .....                              | 29        |
| 5.2.2 Rusreform 2021 .....                              | 30        |
| 5.3 KJØNNSDELT RUSBEHANDLING I ET OFFERPERSPEKTIV ..... | 31        |
| 5.4 EFFEKTER AV KJØNNSDELT RUSBEHANDLING .....          | 32        |

|  |           |
|--|-----------|
| <i>5.4.1 Gode erfaringer, dårlig tilgjengelighet</i> ..... | 33        |
| <b>6. OPPSUMMERING OG KONKLUSJON</b> .....                 | <b>35</b> |
| <b>LITTERATURLISTE</b> .....                               | <b>37</b> |

**VEDLEGG**

- 1: Informasjonsskriv med samtykkeskjema
- 2: Intervjuguide

## 1. Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema og oppgavens formål

Interessen for temaet til denne bacheloroppgaven kommer fra erfaringene jeg hadde i praksisperioden i andre år på sosionomstudiet. Jeg var i praksis i en omsorgsbolig for rus og psykiatri, og fikk der en særlig interesse for arbeidet med rusmiddelavhengighet. I samtaler med brukere i denne omsorgsboligen fikk jeg høre mye om de forskjellige rusbehandlingsoppleggene de hadde vært gjennom, og hva som hadde fungert og ikke for dem.

Det var allikevel ikke før på slutten av praksisperioden jeg hørte om betegnelsen «kjønnsdelt rusbehandling». Dette var i sammenheng med at en av brukerne i omsorgsboligen skulle inn på et slikt behandlingsopplegg. Jeg stusset dermed over at dette var relativt ukjent for meg, og ble interessert i å finne ut mer om temaet. Etter et kjapt søk på internett, fant jeg anbefalinger fra Helsedirektoratet angående kjønnsdelt rusbehandling. Men som jeg skal komme nærmere inn på i kapittel 4 er det lite norsk og lite nyere forskning på området. En nysgjerrighet ble dermed skapt og jeg ønsket å undersøke rollen kjønnet har på avhengighet og kjønnsdelt rusbehandlingsplass i norsk rusbehandling.

Formålet med denne bacheloroppgaven er dermed å utforske hvilke erfaringer ansatte i kjønnsdelte rusbehandlingsinstitusjoner har med kjønnsdelt rusbehandling for kvinner, og hva som er argumentene bak denne delingen.

### 1.2 Presentasjon av problemstilling

I denne oppgaven har jeg valgt følgende problemstilling:

*«Hvilke erfaringer har ansatte i kjønnsdelte rusbehandlingsinstitusjoner med kjønnsdelt rusbehandling for kvinner?»*

### 1.3 Avgrensninger

I denne oppgaven har jeg valgt å ta utgangspunkt i kjønnsdelt rusbehandling for kvinner i institusjon. Rusbehandling i alle former kan gjøres kjønnsstilpasset, men jeg har valgt å fokusere på kjønnsdelt rusbehandling i institusjon da jeg mener dette får frem de kjønnsdelte sidene tydeligst.

Grunnen for at jeg har valgt å fokusere på kvinner, og ikke på kvinner og menn, er at det er mest litteratur rundt kvinners utbytte av kjønnsdelt rusbehandling. I tillegg er kjønnsdelt rusbehandling et stort tema, og for å spisse oppgaven anser jeg det som mest hensiktsmessig å fokusere på ett kjønn. Gjennom denne oppgaven vil det bli et stort fokus på kjønn, og jeg har her valgt å ta utgangspunkt i en tradisjonell kjønnsinndeling av kvinner og menn for oppgavens ryddighet. Allikevel har jeg en forståelse for at kjønnsbegrepet ikke alltid er så lett å definere, og jeg erkjenner at det finnes mange former for kjønn. Begrepet kvinner har jeg valgt å definere som alderen 18 år og oppover. Jenter under 18 år er ikke tatt med i denne oppgaven da det er et annet lovverk som gjelder for mindreårige, og barnevernet som regel tar seg av behandlingen av mindreårige – ikke rusfeltet.

#### 1.4 Forforståelse

Jeg har et familiemedlem som rusmiddelavhengig. På bakgrunn av dette hatt en ekstra stor interesse for temaet gjennom hele studiet. Jeg har kjennskap til hvor kompleks avhengighetsproblematikk kan være, og har gjennom erfaringer i nære relasjoner, studieforløpet og praksisperioden fått en viss forståelse for noen av utfordringene rusmiddelavhengige står ovenfor. Etter min forståelse er ikke avhengighet bare et individuelt problem, men også skapt av strukturelle forhold i samfunnet.

Til tross for min interesse for rusmiddelavhengighet, har jeg i liten grad tenkt over hvilken rolle kjønn spiller inn på avhengighet, og på hvilken måte kjønnsdelt rusbehandling kan påvirke utbyttet en pasient får av behandlingen. Jeg har forsøkt å sette egne forforståelser til side i dette forskningsprosjektet, men mine egne forforståelser om kjønn og avhengighet har antagelig vært med på å påvirke utforming av intervju spørsmål og valg av teori.

#### 1.5 Sosialfaglig relevans

Sosialt arbeid defineres av den internasjonale sosialarbeiderføderasjonen (IFSW) som

Et praksisbasert yrke og en akademisk disiplin som fremmer sosial endring og utvikling, sosialt samhold, myndiggjøring og frigjøring av mennesker. Prinsippene om sosial rettferdighet, menneskerettigheter, kollektivt ansvar og respekt for mangfold er sentrale i sosialt arbeid (Fellesorganisasjonen, 2017, s. 3)

Fellesorganisasjonen (FO) viser til denne definisjonen i det yrkesetiske grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Som sosionom er man pliktig til å arbeide for sosial endring og utvikling der det er sosial rettferdighet. FO skriver videre at man som profesjonell sosialarbeider skal ha solidaritet for utsatte grupper og jobbe for sosial rettferdighet (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 3). Som det skal fremkomme av denne oppgaven anser jeg rusmiddelavhengige, og spesielt kvinnelige rusmiddelavhengige, som en særlig utsatt gruppe. Det vil dermed være sosialfaglig relevant å forsøke å fremheve hvordan man kan gjøre situasjonen bedre for denne gruppen.

Å ha fokus på kjønn i sosialt arbeid er viktig da det i større grad griper mangfoldet i sosialarbeideres praksis (Oltedal, 2013, s. 91). At man har et fokus på kjønn betyr at man er opptatt av kjønnes betydning i samfunnet. Man ser etter hvordan å bli definert som mann eller kvinne kan påføre oss et problem i noen situasjoner, og i andre situasjoner representerer ressurser (Oltedal, 2013, s. 91). Man kan relatere kjønn til hvordan man fordeler muligheter, byrder og ressurser i samfunnet. Dermed blir utforskning av kjønnsdelt rusbehandling et aktuelt tema for en sosionom som skal jobbe med å forebygge, redusere og løse sosiale problemer.

### 1.7 Oppgavens oppbygning

Oppgavens kapitler er delt inn i innledning (1), faglig bakgrunnsteppe (2), teoretisk referanseramme (3), metode (4) og drøfting (5). I kapittel 2 vil det først bli sett på hva rusmiddelavhengighet er generelt, og så rette seg inn mot hva som er særegent for kvinner i rus og kjønnsdelt rusbehandling for kvinner. Kapittel 3 tar for seg relevant teori for å belyse problemstillingen, og teorier som er relevant for kvinner i rus og kjønnsdelt rusbehandling vil bli presentert her. Oppgaven blir skrevet ut fra et sosialkonstruktivistisk perspektiv, og derfor vil jeg se på hva dette innebærer. Videre vil kjønnsteori og stigma stå sentralt i oppgaven. I kapittel 4 presenteres valg av metode, informanter, fremgangsmåte for intervju, analyse og kritiske bemerkninger til egen oppgave. I kapittel 5 skal jeg drøfte dataene fra intervjuene mine opp mot bakgrunnsinformasjonen og teorien i kapittel 2 og 3. Jeg har valgt å ha funn og drøfting i samme kapittel for å få en god flyt i oppgaven og unngå repetisjon. Avslutningsvis skal jeg samle trådene i en oppsummering og konklusjon i kapittel 6.

## 2. Bakgrunnsteppe

### 2.1 Rusmiddelavhengighet

For å definere rusmiddelavhengighet, kan det være hensiktsmessig å definere «rusmiddel» og «avhengighet» separat. Rusmidler kan være legale stoffer som alkohol og reseptbelagte medikamenter, eller illegale stoffer som opioider eller et spekter av psykoaktive stoffer (Dietrich & Mørland, 2020). Kort oppsummert er rusmidler stoffer som gir en opplevelse av *rus* (Dietrich & Mørland, 2020). I utgangspunktet er *rus* kort for *beruselse*, som betyr at man oppnår et endret stemningsleie (Amundsen, 2010).

Verdens helseorganisasjon definerer i ICD-10 avhengighet som «når en rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener utvikler seg etter gjentatt stoffbruk» (Direktoratet for e-helse, 2021). Det innebærer blant annet at man har et sterkt ønske om å ta stoffet, sliter med å kontrollere rusbruken eller fortsetter å bruke til tross for skader på seg selv og omgivelsene (Direktoratet for e-helse, 2021). Det er totalt seks kriterier i ICD-10 for å bli diagnostisert med avhengighetssyndrom, og minst tre av disse må være oppfylt for at man skal anses som rusmiddelavhengig i diagnosesystemet. Det er ingen skarp og entydig definisjon av avhengighet, noe som kan bety at avhengighet kan se helt ulikt ut for ulike mennesker.

Avhengighetspotensiale til de ulike rusmidlene varierer mellom ulike rusmidler og ulike individer. Hvilke rusmidler man tar, hvor ofte man tar dem, på hvilken måte rusmiddelet inntas, samt hvordan rusmiddelet opptas i blodet og brytes ned i kroppen, vil påvirke hvor stort avhengighetspotensialet til stoffet er (Kraft, 2016, s. 21). Videre vil individuelle nevrologiske forskjeller, sosial aksept, tilgjengelighet og priser også påvirke avhengighetspotensial (Kraft, 2016, s. 21).

### 2.2 Rusbehandling

I 2004 omdefinerte Norge rusbehandling fra å være sosiale tjenester til å bli spesialisthelsetjenester. Med denne rusreformen fikk rusmiddelavhengige pasientrettigheter innenfor spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2004, s. 4). Man kan se i spesialisthelsetjenesteloven at:

Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder ... tverrfaglig spesialisert behandling for

rusmiddelavhengighet, herunder institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelavhengige med hjemmel i helse- og omsorgstjenestelovens §§10-2 til 10-4 (spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-1a).

Med andre ord vil det aktuelle helseforetaket ha ansvar for å tilby tverrfaglig spesialisert behandling til de som sliter med en rusmiddelavhengighet.

Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) er betegnelsen på behandling av rus og avhengighet på spesialistnivå (Helse Stavanger, 2020). TSB er organisert som et pakkeforløp, der behandlingsforløpet skal være forutsigbart, helhetlig og uten unødig ventetid (Helse Norge, 2020). Omfattet av TSB er utredning, akutt behandling, avrusing, legemiddelassistert rehabilitering, spesialisert behandling i institusjon eller poliklinikk og institusjonsopphold på bakgrunn av tvang.

Hva som er den beste måten å behandle mennesker med rusmiddelavhengighet på blir stadig diskutert, men Helsedirektoratet (2017a) har utgitt noen nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering av rusmiddelavhengighet. Generelt for retningslinjene er at behandling skal bygge på brukermedvirkning, og at man skal forsøke å sette personen som har en avhengighet i stand til å leve et godt liv på deres egne premisser. Sentralt innen brukermedvirkningsaspektet av norsk rusbehandling står den rusmiddelavhengiges rett til å medvirke når det kommer til valg mellom «tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder» (Helsedirektoratet, 2017a). Dette innebærer at en person med rusmiddelavhengighet skal informeres om ulike organisatoriske innretninger som finnes i den tverrfaglig spesialiserte behandlingen når det gjelder kjønnsdelte tilbud (Helsedirektoratet, 2017c).

### *2.2.1 Rusreform 2021*

I våren 2021 kom forslaget om en ny rusreform. Reformforslaget havarte etter at Arbeiderpartiet på sitt landsmøte valgte å stemme nei til en generell avkriminalisering av bruk og besittelse av rusmidler. Mest sentralt i lovendringsforslaget var opphevelsen av straffansvaret for bruk av narkotika. Det innebærer at personer som blir tatt med en mindre mengde narkotika til egen bruk, ikke skal bli straffet for oppbevaring eller bruk (Prop. 92 L (2020-2021)).



Hadde lovendringsforslaget blitt vedtatt, ville personer tatt med en mindre mengde narkotika bli ilagt en plikt til å møte en kommunal rådgivende instans i helse- og omsorgstjenesten i stedet for å bli straffet. Rusreformforslaget var en erkjennelse av at rusproblemer i hovedsak hører hjemme i helsesektoren - ikke justissektoren. I mandat av rusreformutvalget uttrykte regjeringen at:

Straffeforfølgning av bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk har bidratt til stigmatisering, marginalisering og sosial utstøting og kan ha stått i veien for å møte den enkelte bruker med hensiktsmessige og tilpassede tilbud og oppfølging (Prop. 92 L (2020-2021), s. 2).

Det kan være interessant for denne oppgaven å spekulere rundt hvilken innvirkning en slik rusreform kunne hatt på livene til kvinnelige rusmisbrukere. Da dette kun er hypotetiske spørsmål, må diskusjonene rundt dem tas med «en klype salt». Allikevel ville rusreformen vært et stort vendepunkt i norsk ruspolitikk om det hadde blitt vedtatt, og det vil være interessant å høre tankene til dem som er ansatt i rusomsorgen.

### 2.3 Kvinner i rus

Man kan se i statistikk utgitt av Helsedirektoratet at selv om kvinner utgjør rundt halvparten av rusmiddelavhengige, utgjør de bare en tredjedel av dem som oppsøker tverrspecialisert rusbehandling (Helsedirektoratet, 2020, s. 18). Det er mye som tyder på at kvinner har en lenger vei å gå enn menn når det kommer til å søke hjelp for sine rusproblemer, og vanligvis er det særlige utfordringer knyttet opp mot skyldfølelse og skam (Lossius, 2007, s. 45).

For både kvinner og menn er det mange forskjellige veier inn i avhengighet, og det finnes ikke én enkel årsak for at noen utvikler et rusproblem. For mange kvinner starter et rusproblem etter de blir introdusert rusmiddelet fra en nær venn eller partner (Center for Substance Abuse Treatment, 2009, s.18). Andre kvinner utvikler et rusproblem for å dempe stress, takle vanskelige følelser og traumatiske opplevelser, for å hindre sultfølelse, for å få mer energi eller som et resultat av selvmedisinering (Center for Substance Abuse Treatment, 2009, s. 18).

Ifølge en amerikansk studie fra 2004 ser man at kvinner i snitt begynner sitt rusmisbruk senere i livet enn menn (Center for Substance Abuse Treatment, 2009, s. 18). Det kan være flere grunner til dette. Blant annet møter kvinner ofte strengere begrensninger fra foreldre i

oppveksten enn menn, noe som kan bidra til å begrense rusbruk (Center for Substance Abuse Treatment, 2009, s. 18). I tillegg har jenter ifølge denne studien mer ansvar i hjemmet enn jevnaldrende gutter (Center for Substance Abuse Treatment, 2009, s.18). Her er det verdt å merke at den aktuelle studien er 16 år gammel, og er gjort i USA. Det kan tenkes at det er noen kulturelle forskjeller mellom USA og Norge, både når det gjelder kjønnsroller og synet på rusmiddelavhengige. I tillegg kan helsesektoren for rus ikke oversettes direkte fra USA til Norge, da den amerikanske helsesektoren er annerledes organisert enn i Norge. Allikevel påpeker Mellingen (2012, s. 7) at kvinners senere debut i rusmisbruket kan skyldes av at kvinner føder barn, og i mange tilfeller har omsorgen for barna. Videre ser man at kvinner i snitt når en topp i rusmisbruket 10 år senere enn menn (Mellingen, 2012, s. 7).

Det er mye som tyder på at menn og kvinner har ulikt fokus når rusproblemene oppstår. Mens menn generelt aksepterer at rusutfordringer er årsaken til de problemene de har, definerer oftere kvinner sine rusproblem som et symptom på psykiske problemer (Lossius et al., 2008, s.112). Dette ser man igjen i studien «A woman left lonely» der Mellingen (2012, s. 11) forklarer at kvinner ser ut til å søke hjelp i andre sektorer enn spesialisthelsetjenestens rusbehandling. Kvinner ser ut til å i større grad søke seg til psykisk helsevern, men også fastlege eller lignende for sine rusproblemer (Mellingen, 2012, s. 11). Dette kan forklares av at mange kvinner heller ønsker å oppsøke primærhelsetjenesten for å be om hjelp med å mestre depresjoner, angstproblemer, lav selvfølelse eller søvnproblemer (Lossius, 2011, s. 30). Lossius (2011, s. 30) påpeker videre at det ikke er utenkelig at disse kvinnene går ut fra legekantoret med nye resepter på medikamenter, som igjen bidrar til å forsterke rusproblemet.

Det er en tydelig utfordring for både planleggingen og gjennomføringen av en rusbehandling når det oppstår psykiske lidelser og rusproblemer samtidig. I en større tverrsnittstudie utført i 1990 ble det avdekket at 53% av personer med ruslidelser også hadde en aktiv psykiatrisk lidelse (Regier et. al., 1990, s. 2511). Psykiske lidelser som ofte opptrer samtidig som en ruslidelse hos kvinner er angst, depresjon, posttraumatisk stress og spiseforstyrrelser (Mellingen, 2012, s. 11-17). Traumatiske opplevelser har for kvinner ofte en fysisk eller seksuell art. Erfaringer fra rusfeltet viser at traumatiserte pasienter er mer fastlåst i sitt rusmiddelbruk, og at rusen kan ses på som en form for selvmedisinering eller unngåelsesatferd (Mellingen, 2012, s. 13).

## 2.4 Kjønnsdelt rusbehandling

Når man ser at det er såpass store forskjeller på kvinner og menn i rus, kan det tenkes at det vil være hensiktsmessig å ha en ulik tilnærming til kjønnene i rusbehandling. Tatt i betraktning er det gjerne ikke rart at kjønnsdelt behandling er alternativ. Helsedirektoratet skriver i en anbefaling at «kjønnsspesifikk tilnærming ved *avrusning* kan tilbys der forholdene ligger til rette for dette» (Helsedirektoratet, 2016). Anbefalingen bygger på et systematisk litteratursøk utført av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester på vegne Helsedirektoratet med tittelen «Er kjønnssegregert rusbehandling det beste for rusavhengige kvinner?» (Smesund et. al., 2013). Studien tydeliggjør at det er en mangel på norsk forskning på feltet, men forklarer at en kjønnsdelt tilnærming kan ha positiv effekt på rusbehandling. Studien forklarer videre at kjønnsdelt rusbehandling tilrettelegger for at kvinner kan skjermes fra menn, og at de får mulighet til å utvikle en «kvinnelig rusfri identitet» i fellesskap med andre kvinner som er i samme situasjon (Helsedirektoratet, 2016).

I en liknende anbefaling fra Helsedirektoratet foreslås det at man skal «legge til rette for at kvinner og menn får tilbud om *kjønnsdelte behandlingsaktiviteter*» (Helsedirektoratet, 2017b). Forskjellen mellom denne anbefalingen og den forrige, er at det her er kjønnsdelte behandlingsaktiviteter som anbefales, mens den forrige omhandlet kjønnsdelt avrusning. Anbefalingen bygger også her på litteratursøket utført av Nasjonalt kunnskapssenter i tillegg til brukererfaring og klinisk erfaring (Helsedirektoratet, 2017b). Anbefalingen lister opp flere eksempler på kjønnsdelte aktiviteter, og peker blant annet på at det kan være hensiktsmessig å ha grupper som tar opp mors-/farsrolle, relasjoner, forhold til partner og andre spesifikke livstema. At man har en kjønnsdelt tilnærming til behandling av rusproblemer, kan altså gjennomføres både ved å ha egne kjønnsdelte avdelinger eller kjønnsdelte aktiviteter og gruppetilbud. Helsedirektoratet (2017c) oppsummerer dette med å skrive «kjønnsspesifikke behandlings- og oppfølgingsbehov bør ivaretas». Dette er på bakgrunn av at kjønnsidentitet har både sosiale, psykiske og fysiske perspektiver som det er viktig at man er bevisste om i organiseringen og tilretteleggingen av rusbehandling.

Mellingen (2012, s. 18) stiller spørsmålet «hva vet vi egentlig om hvilken type behandling som hjelper for kvinner?». For å finne svaret på dette spørsmålet må man i mange tilfeller se til ansattes erfaringer i rusbehandlingsopplegg eller internasjonal forskning. Det er gjort flest undersøkelser og forskningsprosjekt i USA, som tidligere ble problematisert under kapittel 2.3.

Lossius (2011, s. 31) påpeker mangelen på norsk forskning rundt sammenhengen mellom behandlingseffekt og kjønns spesifikke tiltak. Dette støttes av Helsedirektoratet (2017b) som skriver i en anbefaling at det foreligger lite systematisk forskning på området. Allikevel har nyere kunnskap om psykologiske, biologiske og sosiale forskjeller i menn og kvinners utvikling av rusavhengighet skapt en interesse internasjonalt for kjønns spesifikk rusbehandling (Lossius, 2011, s. 31).

Prendergast et al. (2011) utførte en studie i USA som tok for seg et utvalg av 291 kvinner i rusbehandling, der halvparten var i «woman-only» behandling, altså kjønnsdelt rusbehandling, og den andre halvdel var i kjønnsblandet rusbehandling. Studien fokuserte på fire faktorer når de skulle sammenlikne resultatene fra de to gruppene: rus-bruk, kriminell aktivitet, arrestasjoner og sysselsetting. Studien fant at kvinnene i begge gruppene hadde forbedringer på de fire faktorene, men at de som hadde fullført behandling i et kvinnespesifikt behandlingsopplegg hadde betraktelig mindre rusbruk og kriminell aktivitet enn kvinnene som hadde vært i et kjønnsblandet behandlingsopplegg (Prendergast et al., 2011, s. 1). Greenfield et al. (2007) viser til liknede funn som Prendergast et al. (2011), der man ser at kvinner som har vært i kjønnsdelte behandlingsopplegg har betraktelig mindre rusbruk seks måneder etter endt behandling enn dem som har vært i kjønnsblandet behandling, og er generelt mer fornøyde med behandlingen.

Lossius (2011, s. 31) viser til en sammenlikningsstudie utført av Ashley, Marsden & Brady (2003) av 38 studier, der temaet kjønnsdelt behandling ble tatt opp. Analysen kom frem til at kjønnsdelt rusbehandling for kvinner ikke bare fører til et forminskert rusbruk og økt psykisk mestring, men også at en slik behandlingsform fører til at kvinner holder seg i behandling lenger. Dette kan ses på som en positivt, da alle endringene man må gjennomføre når man skal bli kvitt en avhengighet tar lang tid. Det ble også rapportert at kjønnsdelt behandling fører til en reduksjon i seksuell risikoatferd (Ashley, Marsden & Brady, 2003, sitert i Lossius, 2011, s. 31).

#### *2.4.1 Kritiske stemmer og offerperspektiv*

Til tross for at mye internasjonal forskning peker på at kjønnsdelt rusbehandling kan være hensiktsmessig, er det verdt å nevne at det finnes kritiske stemmer til en slik deling. En av disse kritiske stemmene tilhører Astrid Renland, som er kriminolog og redaktør i fagtidsskriftet Rus

& Samfunn. Renland skriver i en artikkel for Tidsskrift for Norsk psykologforening at det er «tankevekkende at offerperspektivet fortsatt er hovedtilnærmingen til forståelse av kvinner, avvik og rus» (Renland, 2012). Videre skriver hun at egne kvinneavdelinger for rusbehandling ofte har som formål å skjerme kvinner fordi de ofte har et problematisk forhold til menn. De trenger å bli kjent med seg selv og egne grenser, i tillegg til å styrke relasjonene med andre kvinner. Ifølge Renland er problemet at dette kan være med på å stemple kvinner som stakkarslige, irrasjonelle og passive marionetter styrt av patriarkalske strukturer. Med dette mener forfatteren at når kvinner ses på som offer som må beskyttes mot menn, tar man fra kvinnene deres egenart og forminsker dem til stereotypier av sitt kjønn. Avslutningsvis skriver Renland (2012) at:

Spørsmålet er om offerperspektivet brukes som retorisk ressurs for å få oppmerksomhet på og opplutning om sosiale fenomener og problemer, eller om det er et uttrykk for at kvinner fortsatt forstås som en ensartet gruppe som handler i regi av å være kjønn. Konsekvensene av at kontroll- og hjelpesystemet vedlikeholder offerperspektivet og reproducerer kvinnelige stereotypier, bør uansett utforskes, for sosiale avvik definerer også det normale.

### 3. Teoretisk referanseramme

Teori er med på å forme forståelsen av et fenomen (Mellingen, 2012, s. 47). I denne oppgavens tilfelle er det gjeldende fenomenet kjønnsdelt rusbehandling for kvinner. For å forstå hvordan det er å jobbe i en kjønnsdelt rusbehandlingsinstitusjon, trenger man teori om relevante aspekter rundt hvordan det er å være kvinne i rus, og hva som er med på å forme virkeligheten deres. I denne oppgaven har jeg valgt å redegjøre for sosialkonstruktivisme, kjønnssteori, stigma og skam. Dette er teori som er sentralt for arbeidet med kvinnelige rusmiddelavhengige. Som ansatt i kjønnsdelte rusbehandlingsinstitusjoner er det sentralt i arbeidet å forstå situasjonen til de man jobber med.

Å vurdere kvinnens status i forhold til rusmiddelet, hennes manglende kontroll og hvor omfattende hennes misbruk er, synes som en udiskutabel nødvendighet i det å tilby godt tilrettelagt individualisert behandling, på riktig behandlingsnivå. En slik stillingtaken og vurdering vil være klinisk fundamentert, men som en vet er den kliniske utøvelsen gjerne en operasjonalisering av den teoretiske forståelsen av et fenomen, og teori er et nyttig verktøy for å kunne analysere og systematisere fenomenologiske erfaringer i verden (Mellingen, 2012, s. 47).

#### 3.1 Sosialkonstruktivisme

I denne oppgaven har jeg valgt å ta utgangspunkt i et sosialkonstruktivistisk perspektiv, der hovedpoenget er at sosiale fenomener er sosialt konstruert (Schiefløe, 2019, s. 107). Forstått på denne måten er virkeligheten et subjektivt fenomen der den realitet som vi forholder oss til, er noe vi har kompt frem til med utgangspunkt i observasjoner og fortolkninger (Schiefløe, 2019, s. 107). Hvilken virkelighetsforståelse man har avhenger av hvilket utgangspunkt man har, og den forandres som følge av læring, erfaring og kunnskapstilegnelse. På bakgrunn av dette kan man si at virkeligheten fremstår som et resultat av en sosial konstruksjonsprosess (Schiefløe, 2019, s. 107).

Sosialkonstruktivisme er et begrep som omhandler det sosiologiske perspektivet der man betrakter menneskers virkelighetsforståelse som «kontinuerlig formet av opplevelser de har, situasjoner de befinner seg i og knyttet til hvem de kommuniserer med» (Tjora, 2020). Perspektivet kan føres tilbake til sosiologen William I. Thomas og det såkalte «Thomas-teoremet», der man finner det kjente uttrykket «det mennesket oppfatter som virkelig, blir virkelig i sine konsekvenser» (Tjora, 2020). I oversatt betydning kan man si at Thomas-

teoremet betyr at hvordan man velger å se på et problem, vil bestemme hvilke løsninger man har til problemet.

Sentralt innen et sosialkonstruktivistisk perspektiv finner man Peter L. Berger og Thomas Luckmanns bok *The Social Construction of Reality* fra 1966. Berger og Luckmann var særlig opptatt av på hvilken måte samhandling i samfunnet kan skape en felles virkelighet (Schiefløe, 2019, s. 107). Hvordan den felles virkeligheten skapes diskuteres ved å analysere det Berger og Luckmann kaller hverdagsvirkeligheten - altså den forståelsen og kunnskapen som styrer menneskers hverdagslige atferd (Schiefløe, 2019, s. 107).

Berger og Luckmann deler konstruksjonen av virkeligheten inn i tre faser som kalles *eksternalisering*, *objektivering* og *internalisering* (Schiefløe, 2019, s. 107). Tilknyttet disse tre fasene er faktumene at «samfunnet er et menneskelig produkt, samfunnet er en objektiv virkelighet og mennesket er et sosialt produkt» (Berger & Luckmann, 2000, s. 9). Eksternalisering er fasen der kunnskapselement formuleres i eksplisitte utsagn om hvordan virkeligheten er (Schiefløe, 2019, s. 107). Det er ofte enkeltpersoner, grupper eller medier som setter i gang en slik fase, og man kan se på det som en markedsføring av kunnskap (Berger & Luckmann, 2000, s. 9). Eksternalisering kan deretter lede over i objektivering, som kan ses på som den mest kritiske fasen i konstruksjonsprosessen (Schiefløe, 2019, s. 108). Objektivering er det som skjer når teorier eller fakta «aksepteres som virkelige i kraft av seg selv, uavhengig av hvem som opprinnelig formulerte dem» (Schiefløe, 2019, s. 108). Den siste fasen kalles internalisering, og er et fenomen som inntreffer når medlemmene av et samfunn aksepterer de objektiverte sannhetene som sine egne (Schiefløe, 2019, s. 108).

I et sosialkonstruktivistisk perspektiv kan man si at det er viktig at ansatte i kjønnsdelte rusbehandlingsinstitusjoner reflekterer over objektiverte sannhetene som omfatter deres felt. De ansattes virkelighetsforståelse vil påvirke hvordan de møter kvinnene som er i behandling, og de burde da reflektere over hvilke «sannheter» som ligger til grunn for deres handlinger. På denne måten kan man i større grad bli bevisst over makten man har til å definere problemer, og hvordan disse problemene skal løses.

### 3.2 Kjønnsteori

Man kan si at sosialkonstruktivismen innebærer at vår virkelighetsoppfatning avgjøres av kultur- og samfunnsforhold - enten det er hva som er rett eller galt, hva som er godt eller vondt, hva som er normalt eller unormalt og hva som er feminint eller maskulint. Helt fra man blir født foreligger det forventninger knyttet til hvilket kjønn man har. Ser man et barn kledd i blått eller et barn kledd i rosa, får man allerede forventninger til hvordan dette barnet skal være og hvordan det skal oppføre seg. Det samme gjelder for kvinner og menn i dagens samfunn, og som ansatt i kjønnsdelte rusbehandlingsinstitusjoner er man også en del av de kjønnete strukturene. Hva som er «jente-ting» og «gutte-ting» er ikke en biologisk fastsatt sannhet, men heller konstruert i en bestemt kontekst. På bakgrunn av dette er den moderne kjønnsteorien tett knyttet til sosialkonstruktivismen.

En sentral stemme innen kjønnsteori og feministisk forskning er Eva Lundgren. Lundgren diskuterer i boken «Det får da være grenser for kjønn» (1992) om kvinner er kvinner og menn er menn fordi kjønn er en fastsatt sannhet med stor S, eller om det er noe som skapes gjennom samhandling hele livet. Lundgren konkluderer tydelig med at kjønn ikke er en fastsatt sannhet, men at det skapes av samfunnet i relasjon til individet. Videre stiller hun spørsmål om hva det betyr å være mann og kvinne i bestemte situasjoner. I dagens samfunn blir man tildelt et kjønn ved fødsel, med utgangspunkt i genitaliene. Når vi setter betegnelsen «jente» eller «gutt» på barnet, settes en *kjønnsattribueringsprosess* i gang som følger, påvirker og styrer barnet gjennom livet (Lundgren, 1992, s. 79). Verden blir i all hovedsak konstruert med to kjønn, og det skjer en interaksjonell prosess der kjønn blir tillagt mer og mer vekt i personens liv og omgivelser til eldre personen blir (Lundgren, 1992, s. 79). Lundgren mener ikke at «samfunnet» alene påfører disse forventningene til individet, men at individet selv er med på prosessen. Altså skapes kjønn ifølge Lundgren gjennom samhandling.

Innen kjønnsteorien finner man begrepet «performativitet», som betyr at kjønn er noe man gjør, ikke noe man er (Butler, 1999, s. 10). Dette begrepet stammer fra en av de mest sentrale akademikerne innen kjønnsteorien, Judith Butler. Butler understreker i boken *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity* (1999, s. 10) at iscenesettingen av femininitet og maskulinitet er kulturelle normer i et sosialt samfunn, og individene fremfører femininitet eller maskulinitet for å være gjenkjennbare i sin sosiale kontekst. Enklere forklart betyr det at man



er feminin eller maskulin for å passe med forventningene til samfunnet, ikke fordi det er biologisk bestemt. Kjønnssidentiteten har da blitt *internalisert*.

When the constructed status of gender is theorized as radically independent of sex, gender itself becomes a free-floating artifice, with the consequence that man and masculine might just as easily signify a female body as a male one, and woman and feminine a male body as easily as a female one. (Butler, 1999, s. 10)

Man har derimot ikke bare en rolle som kvinne, men også flere andre roller i samfunnet. Oltedal (2013, s. 103 - 127) presiserer at i tillegg til å fokusere på kjønn, bør man også utforske hvilke andre roller og kategorier en person tilhører, og forventningene som medfølger disse. En ansatt i en kjønnsdelt rusbehandlingsinstitusjon bør ha en forståelse for at kvinnen har andre roller i tillegg til rollen som «kvinne». Sett i sammenheng med denne oppgavens problemstilling kan man si at en rusmiddelavhengig kvinne ikke bare er rusmiddelavhengig, ikke bare kvinne, ikke bare en mor, ikke bare en datter, ikke bare norsk eller ikke-etnisk norsk. Hun tilhører disse kategoriene samtidig, og forventningene som medfølger kan ofte stride imot hverandre. Dette kan knyttes til begrepet *interseksjonalitet* – altså at man tilhører flere kategorier samtidig (Oltedal, 2013, s. 103). Enkelt forklart kan man se på interseksjonalitet som et veikryss, der ambisjonen er å vise på hvilken måte ulike kategorier og maktstrukturer veves sammen og påvirker hverandre (Oltedal, 2013, s. 104). På denne måten kan man gjøre en dynamisk og kompleks analyse av maktstrukturer (Oltedal, 2013, s. 104).

På mange måter er rollen som rusmiddelavhengig lite forenelig med rollen som kvinne i dagens samfunn. Til tross for at det å være «kvinne» er en dynamisk rolle som har endret seg mye de siste tiårene, er det fremdeles forventninger om at en kvinne skal være omsorgsfull og empatisk (Lossius, 2011, s. 31). Dette er egenskaper som vanskelig lar seg forenes med rollen som aktiv rusmisbruker. Mellingen (2012, s. 9) påpeker i sin studie «A woman left lonely» at det er det verdt å merke seg at kvinner med rusutfordringer ikke er en ensartet gruppe, og at man må klare å møte den enkelte kvinne der hun er, med de utfordringene hun selv anser som mest bryssomme, og som hun selv definerer som hjelpebehov. Allikevel er de fleste kvinner nødt til å forholde seg til mange av de samme samfunnsforventningene om hvordan de burde se ut, oppføre seg og prate, noe som kan stride mot andre roller de har.

### 3.3 Stigma

Stigma er opprinnelig et gresk ord som betyr sårmerke eller merke (Gundersen, 2019). Begrepet brukes i dag i overført betydning i flere fag. Innen avvikssosiologien omtaler man stigmatisering som prosessen der personen som blir stigmatisert, får et dårlig omdømme (Gundersen, 2019). Når personen blir karakterisert som en avviker, kan en kognitiv prosess settes i gang der personen til slutt aksepterer denne klassifikasjonen (Lundal & Tjora, 2018).

En av de mest sentrale teoretikerne innen stigmatiseringsfeltet er Erving Goffman (2014, s. 12-13), som i boken «Stigma» forklarer hvordan menneskers identitet ikke er noe naturgitt og uforanderlig, men derimot noe som stadig skapes, opprettholdes, krenkes, ødelegges og gjenoppbygges av sosial kontekst. Et stigma er altså et kjennetegn eller en egenskap som «diskvalifiserer en person fra å bli sosialt akseptert på linje med andre» (Goffman, sitert i Schiefloe, 2019, s. 202). En slik tilskrevet posisjon kan oppstå på bakgrunn av noe en person har gjort, deres utseende, etnisitet, kjønn, fysisk førlighet eller seksuell orientering.

Et samfunn lager seg måter på å dele inn mennesker i kategorier, og det bestemmer hvilke egenskaper som skal oppfattes som vanlige og «naturlige» for menneskene som tilhører den bestemte kategorien. Når man da står ovenfor et fremmed menneske, vil man sannsynligvis basert på hans utseende allerede forutsi hva slags person han er, hvilken kategori han tilhører og hvilke egenskaper han har. Goffman (2014, s. 44) argumenterer for at man støtter seg til slike førsteinntrykk og omgjør dem til normative forventninger. Hvis en person har en egenskap som bryter med de normative forventningene til samfunnet, og denne egenskapen er mindre ønskelig, blir personen redusert fra et «vanlig menneske» til noe mindreverdige. Å bli stemplet på denne måten forårsaker et stigma (Goffman, 2014, s. 44).

Når man snakker om stigma er det verdt å nevne at det ikke alltid omhandler en dypt diskrediterende egenskap, men at det er egenskapens relasjon til omgivelsene som avgjør om det er stigmatiserende (Goffman, 2014, s. 45). For eksempel kan en egenskap som stigmatiserer én person, tjene som en slags «normalitetsbekreftelse» for en annen person. Goffman (2014, s. 45) viser til et eksempel der en mann fra middelklassen går på biblioteket for å låne en bok. For denne mannen er dette betraktet som normalt, og han vil neppe skamme seg. Hvis derimot en mann som er kriminell og omgås andre kriminelle går inn på biblioteket for å låne en bok, kan han føle på en sterk skam og frykt for å bli observert. Man kan altså si at et stigma er en særlig

form for relasjon mellom en egenskap og en stereotypisk klassifisering av mennesker (Goffman, 2015, s. 46).

På tross av at stigma i de fleste tilfeller er relasjonen mellom en egenskap og den enkelte gruppen, er det noen egenskaper som er diskrediterende nesten over alt i samfunnet vårt. Psykisk sykdom, kriminalitet, arbeidsløshet og rusmiddelavhengighet er eksempler på egenskaper som generelt sett blir sett ned på av majoritetssamfunnet. Forskning viser til at personer med rusmiddelavhengighet er en særlig stigmatisert gruppe i samfunnet, og det er forventninger om at rusmiddelavhengige er skitne, kriminelle, farlige, verdiløse og viljesvake mennesker (Ashford et al., 2019; Nieweglowski et al., 2017).

Det er mye som tyder på at kvinnelige rusmiddelavhengige blir ytterligere stigmatisert. Blant annet kan det være en mulig tolkning av statistikk utgitt av Helsedirektoratet, der man ser at selv om kvinner utgjør omtrent halvparten av rusmiddelavhengige, utgjør de knapt en tredjedel av dem som oppsøker tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Helsedirektoratet, 2020, s. 18). Liknende resultater ser man i en norsk studie utført av Sallup et al. (2016), der man også ser at kvinner er underrepresentert i rusbehandling til tross for at det er omtrent like mange menn og kvinner som sliter med rusproblematikk. Særlig interessant i denne studien er at Sallup et al. tolker denne underrepresentasjonen i rusbehandlingen som et resultat av stigmatisering. Studien skriver også at kvinner med barn er ytterligere underrepresentert i rusbehandlingen, og knytter dette til stigmatisering og frykten for å bli fratatt omsorg for barna om de oppsøker rusbehandling.

Når stigmatisering er et problem for rusmiddelavhengige generelt, men særlig kvinnelige rusmiddelavhengige, kan det tenkes at man som ansatt i rusbehandling for kvinner burde ha kunnskap om dette fenomenet. Tar man ikke hensyn til utfordringer en kvinnelig rusmiddelavhengig står ovenfor, er det tenkelig at man ikke klarer å motvirke disse utfordringene heller.

### 3.4 Skam

Å snakke om skam kan være en utfordring, fordi det krever et nyansert språk. Dette er fordi skam kommer til uttrykk på mange ulike måter og i mange ulike kontekster. Farstad (2016, s. 15) argumenterer for at skam trenger et nyansert språk da det for mange mennesker ikke finnes

et språk for skam, og fordi skammen i seg selv kan gjøre språkløs. Skam kan defineres som «en sterkt ubehagelig følelse av å ha vist en nedverdiggende side av seg selv, og dermed avslørt seg selv som et mislykket, udugelig eller umoralsk individ» (Teigen & Kennair, 2019). Skam kan både være sunn og nødvendig for å beskytte oss fra å såre, støte eller krenke andre, men skammen kan også være ødeleggende for en persons relasjoner, egenverd og helse (Farstad, 2016, s. 25-26). I de fleste tilfeller blir begrepet skam ansett på denne negative måten, og forfatteren Olav Duun beskriver følelsen av skam som «vondare enn noko anna vondt» (Duun, referert i Farstad, 2016, s. 25). Brené Brown definerer skam som en følelse som er så intenst smertefull at den gir en opplevelse av å tro man er uverdigg til aksept og tilhørighet (2006, s. 45). Skam er både noe vi har i oss, men også noe andre kan trigge.

## 4. Metode

### 4.1 Hva er metode

Metode er, ifølge Vilhelm Aubert (sitert i Dalland, 2020, s. 53) «en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder». Metode kan altså ses på som den måten man velger å gå til verks for å tilegne seg kunnskap. For å tilegne seg kunnskap samler man inn informasjon. Denne informasjonen kalles gjerne *data*, og i vitenskapelig sammenheng kalles den innsamlede dataen *empiri* (Halvorsen, 2008, s. 20). For å gjøre oppdagelser i den menneskeskapte verden, tar man i bruk ulike metoder slik man kan se «årsakene bak hendelser, meninger bak handlinger og samhandling, og kollektivets og sosiale-materielle strukturers betydning for individers og grupper meninger og handlinger» (Halvorsen, 2008, s. 20). Ved å ta i bruk metoder, skjerper man sansene og blir mer disiplinert enn det man vanligvis er i livets situasjoner.

Det er et mangfold av ulike metoder som man kan ta i bruk for å kunnskap om et tema, men disse metodene deles vanligvis inn i to hovedkategorier: *kvantitativ* og *kvalitativ* metode. Kvantitative metoder behandler data i form av målbare enheter, som gir muligheter for å foreta matematiske analyser (Dalland, 2020, s. 54). Dette kan for eksempel være hensiktsmessig hvis man skal se på levekårsindikatorer i ulike folkegrupper. Kvalitative metoder tar derimot sikte på å fange opp det som ikke kan tallfestes eller måles (Dalland, 2020, s. 54). Dette kan for eksempel være ulike typer av intervju, observasjoner eller dokumentundersøkelse. Da min oppgave skal se på ansattes erfaringer med rusbehandlingssteder for kvinner, vil denne problemstillingen være hensiktsmessig å løse med en kvalitativ metode. Både kvalitative og kvantitative metoder bidrar på hver sin måte å skape en større forståelse av det samfunnet vi lever i, i tillegg til hvordan enkeltindivider og grupper samhandler (Dalland, 2020, s. 54).

### 4.2 Valg av metode

Når man skal velge én bestemt metode, er man nødt til å velge den som best egner seg til å belyse problemstillingen på en best mulig måte (Dalland, 2020, s. 53). Denne oppgavens problemstilling kan vanskelig løses med tall eller andre harde målbare enheter, da den sikter på å utforske menneskers opplevelser og erfaringer.

I starten av bachelorprosessen hadde jeg tenkt å ta i bruk dokumentundersøkelse for å belyse problemstillingen min, da jeg trodde kvinner i rus og kjønnsdelt rusbehandling var temaer det var gjort mye forskning på. Etter hvert som jeg begynte å søke etter litteratur, fant jeg ut hvor lite norsk forskning det var gjort på området. Som tidligere nevnt anbefaler Helsedirektoratet at man vurderer kjønnsdelt behandling for rus, basert på et systematisk litteratursøk utført av Nasjonalt kunnskapssenter (Helsedirektoratet, 2016). I dette litteratursøket kommer det frem at det er lite nyere forskning gjort på området, og den forskningen som er gjort kommer fra andre land. Da et av kravene for litteraturstudie i denne oppgaven var at litteraturen skulle være fagfellevurderte artikler eller kapitler i bøker med redaktør, og ikke være eldre enn fem år som hovedregel, ble dette en oppgave som ble vanskelig å løse ved bruk av litteraturstudie. Jeg måtte dermed tenke annerledes, og så på mangelen på relevant forskning som en stor motivasjon til å utføre egen forskning.

Kvale et. al. (2009, s. 19) skriver at «hvis du vil vite hvordan folk oppfatter verden og livet sitt, hvorfor ikke spørre dem? Gjennom samtaler lærer vi folk å kjenne, får vite noe om deres opplevelser, følelser, holdninger og den verden de lever i». For å da prøve å få et innblikk i andre menneskers virkelighet har jeg valgt å ta i bruk individuelle intervju som kvalitativ metode. Dette er en metode som er godt egnet når man skal undersøke et tema som er lite kjent. Intervju kan gjennomføres på flere måter, enten strukturert, ustrukturert eller i grupper (Postholm, 2020, s. 68 – 85). Jeg har valgt å ha et semistrukturert intervju, som betyr at jeg har forberedt en del åpne spørsmål, men lar informantene snakke fritt om det de måtte anse som viktig (Postholm, 2020, s. 73). Fordelen med et slikt intervju er at man bedre kan forstå «den komplekse atferden til de som studeres, uten noen form for forhåndskategorisering som kan begrense forskningsstudien» (Postholm, 2020, s. 73).

#### 4.3 Valg av informanter

Når man gjør et utvalg er det viktig at de valgte enhetene – som i dette tilfellet er menneskene jeg intervjuer – kan gi meg interessant og god informasjon som svarer på problemstillingen min (Jacobsen, 2010, s. 114). For å belyse min problemstilling var det viktig for meg å intervjuer noen som jobber innen kjønnsdelt rusbehandling. Jeg har valgt å bruke begrepet *informant* om de jeg skal intervjuer, da en informant er en person som har god kunnskap om grupper man undersøker, men som selv ikke representerer gruppen (Jacobsen, 2010, s. 114).

Jeg begynte med å undersøke hvilke behandlingssteder i Norge som faktisk tilbyr kjønnsdelt rusbehandling, og fant fort ut at listen er ganske kort. Jeg tok kontakt med to ulike behandlingssteder på ulike steder i landet, og fikk en informant fra hver av disse behandlingsstedene. Jeg anså det som en styrke for oppgaven om jeg kunne snakke med noen med lengre erfaring innen feltet, og på begge behandlingsstedene var det lederne som hadde mest erfaring. Jeg har dermed gjort et *strategisk utvalg*, da jeg har valgt personer med bestemte erfaringer og kunnskaper (Dalland, 2020, s. 79). Jeg har valgt å kalle informantene mine for informant 1 og informant 2 for å bevare personvern hensynet.

Informant 1 er en kvinnelig sosionom som er leder for avrusingsavdelingen på et kjønnsdelt rusbehandlingsopplegg for kvinner, og har lang erfaring i feltet. Til tross for at oppgaven i hovedsak dreier seg om rusbehandling, var det et bevisst valg at den ene informanten er teamleder for avrusingsavdelingen. Dette er fordi informant 1 har erfaring både fra døgnopphold og avrusing, og rusbehandling sjelden begynner uten en avrusingsperiode først. Det ville da bli interessant å snakke med noen som har kunnskap om hele den kjønnsdelte rusbehandlingsprosessen. Informant 2 er også en kvinnelig sosionom, og er daglig leder for et rusbehandlingssted for kvinner. Også informant 2 har lang erfaring fra feltet.

#### 4.4 Fremgangsmåte for intervju

I starten av februar meldte jeg prosjektet til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Da intervjuene jeg hadde planlagt skulle tas opp på lydbåndopptaker, var jeg meldepliktig til NSD. Til tross for at navnene til informantene ikke kommer frem av lydopptaket, regnes stemmer som personidentifiserende, og er dermed persondata. Jeg utformet et informasjonsskriv der en samtykkeerklæring var inkorporert (vedlegg 1) og en intervjuguide (vedlegg 2). I midten av februar fikk jeg godkjent søknaden min hos NSD, og kunne da planlegge gjennomføring av intervju.

Jeg sendte informasjonsskrivet og samtykkeskjema til informantene, og fikk tilbake signerte samtykkeskjema før jeg hadde intervjuene. Intervjuene ble holdt i midten av mars, og intervjuene varte i ca. 45 minutter hver. Da jeg ringte informant 1 på det avtalte klokkeslettet, svarte hun at hun var «midt i en situasjon» og skulle ringe meg tilbake om 30 minutter. Da hun ringte meg opp, virket hun stresset og litt ukonsentrert. Dette kan ha påvirket kvaliteten på svarene jeg fikk, da hun ved noen anledninger svarte ganske kort. Informant 2 fremstod langt

mer rolig, og kom med lange og reflekterte svar på spørsmålene mine. Jeg brukte intervjuguiden for å forsikre meg om at de viktigste spørsmålene ble besvart, men enkelte tema og spørsmål varierte på intervjuene. Dette var på informantenes initiativ, og er forventet i et semistrukturert intervju.

Intervjuene ble tatt opp på lydbåndopptaker Olympus VN-541PC, og transkribert over på datamaskinen uten navn og andre personopplysninger. Begge informantene mine hadde en dialekt, men jeg valgte å skrive det om til bokmål for leservennlighetens skyld. Jeg har da vært veldig opptatt av å bevare innholdet i de svarene de ga, til tross for at de ble oversatt til bokmål. Selve lydopptaket ble slettet rett etter jeg var ferdig å transkribere intervjuene.

#### 4.5 Analyse

Dalland (2020, s. 94) skriver at en analyse skal hjelpe oss å finne ut hva intervjuet forteller. Formålet med en analyse er altså å få frem innholdet i intervjuene på en mest mulig saklig måte, finne underliggende mønstre og forstå ting på nye måter ved bruk av teori. Som en del av analysen til intervjuene delte jeg spørsmålene inn i ulike hovedtema allerede i intervjuguiden. Mange av svarene jeg fikk overlappet hverandre, og informantene mine berørte ofte flere ulike tema i hvert svar. For å analysere svarene jeg fikk har jeg forsøkt å fargekode svarene, og organisert dem etter tema og teori. For eksempel har jeg valgt «stigma» som et tema, og samlet alle uttalelser som omhandler stigmatisering under én. Dette er sånn at jeg skal få oversikt og lettere kunne drøfte funnene mine på en ryddig måte. Før intervjuene hadde jeg noen teorier og tema som hadde gitt meg noen pekepinner, men jeg var allikevel på jakt etter at det kunne dukke opp helt andre tema. Ifølge Dalland (2020, s. 94) vil en oppdeling av intervjuet i mindre deler hjelpe oss å få tak i de ulike sidene av det informanten har sagt.

#### 4.6 Studiens troverdighet

##### 4.6.1 Validitet og reliabilitet

Ifølge Dalland (2020, s. 43) må kravene til reliabilitet og validitet være oppfylt for at metoden skal gi troverdig kunnskap. Reliabilitet er et annet ord for pålitelighet, og handler om at målinger må være korrekt utførte, og at eventuelle feilkilder oppgis. Validitet er et begrep som brukes om relevans og gyldighet (Dalland, 2020, s. 43).



For å oppfylle kravet til reliabilitet må funnenes konsistens vektlegges gjennom de tre sentrale stadiene i forskningsprosessen: intervjuene, transkriberingen og analysen. Når det kommer til utvalgets relevans er det kun disse informantene som kan gi svar på problemstillingen, da det omhandler deres erfaringer med kjønnsdelt rusbehandling. Jeg har forsøkt å stille de samme spørsmålene til begge informantene, noe som kan kontrolleres ved å høre på lydbåndopptakene. I tillegg hadde jeg mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål siden jeg hadde valgt å ha et semi-strukturert intervju. Dette gjør at studien har en høy reliabilitet, da det gis mulighet å gå dypere inn i problematikken.

Når det kommer til studiens replikasjonsverdi er det en kjent problemstilling at kvalitativt intervju avhenger av en subjektiv tilstedeværelse, særlig i analysedelen. I analyseringen av intervjuene har jeg, som alle andre, en forforståelse med meg. Blant annet har jeg jobbmessig erfaring fra rus og psykiatri. Jeg har gjennom oppgaven forsøkt å ikke la meg styre av min forforståelse, og etterstrebet å være så objektiv som mulig. Under intervjuene opplevde informantene ambivalens til noen av temaene, og det kan tenkes at det ved replikasjon kan være vanskelig å få de nøyaktig samme resultatene. Dette er naturlig i kvalitative intervju, men da historiene til informantene er relativt like, vurderer jeg at oppgaven ikke har lav reliabilitet.

Når man skal vurdere validiteten til denne oppgaven, må man se om dataene som er samlet inn er relevant i forhold til problemstillingen (Dalland, 2020, s. 43). Da problemstillingen omhandler erfaringene til ansatte i kjønnsdelte rusbehandlingsinstitusjoner, og informantene mine var nettopp dette, vil jeg argumentere for at dataene er relevante til oppgaven. Informantene ble oppfordret til å komme med tema og ting de anså som viktige, uavhengig av mine spørsmål. Jeg har tilstrebet å fremstille informantenes beskrivelser på en mest mulig korrekt måte.

Når man skal vurdere validitet må man også vurdere overføringsverdien studien har til andre populasjoner og settinger (Dalland, 2020, s. 43). At studien min kun har to informanter kan kritiseres for å gjøre overføringsverdien mindre enn om jeg hadde hatt flere informanter. Allikevel vil jeg argumentere for at studien har nytteverdi da den belyser en side av rusbehandling det tidligere har vært lite fokus på. Begge informantene mine har lang fartstid innen kjønnsdelt rusbehandling for kvinner, og har mye kunnskap om rusmiddelavhengige kvinner og rusbehandling.

#### *4.6.2 Kritiske bemerkninger og etisk refleksjon*

Det kreves etisk refleksjon i de fleste av forskningsprosessens stadier; Under planleggingen til intervjuene må man innhente informert samtykke og sikre anonymisering, under selve intervjuet skal man ta hensyn for aktuelle konsekvenser for informantene og under behandling og transkribering av intervjuene må man sikre anonymiteten til informantene og gjengi det de svarer på intervjuet på en korrekt måte (Kvale et al., 2009, s. 97).

Oppgaven har noen svakheter, som i stor grad er knyttet til rammene for oppgaven. For det første kan det være en svakhet for oppgaven at jeg kun har intervjuet to personer. Som tidligere nevnt valgte jeg å kun intervjuer to personer da oppgavens omfang er begrenset, og intervju som metode er tidkrevende. Dette kan føre til at informantenes personlige meninger former oppgaven i stor grad, og muligens ikke er representativ for fagfeltet. Dette er et dilemma man står ovenfor ved alle kvalitative forskningsprosjekt, men jeg velger å anse mine informanter som troverdige da de er sikret anonymitet og forteller om egne erfaringer. Videre er begge mine informanter kvinner og ledere av kjønnsdelte rusbehandlingssteder for kvinner. Dette kan også bety at de muligens maler et urealistisk positivt bilde på kjønnsdelt rusbehandling, da de begge er sterke tilhengere av kjønnsdelt rusbehandling.

Jeg har gjennom utformingen av intervjuguiden prøvd å være forsiktig med å stille spørsmål der informantene mine må uttale seg på vegne av rusavhengige kvinner. Allikevel er det noen spørsmål som oppfordrer informantene mine til å reflektere rundt hvordan det er å være rusavhengig kvinne i dagens samfunn, og hvordan de opplever kjønnsdelt rusbehandling. Jeg har prøvd å tolke svarene på disse spørsmålene på kritisk måte, med bevissthet over problemene det medfører å få informanter til å «svare på andres vegne». Jeg har i drøftingen valgt å bruke disse spørsmålene ikke som sannheter, men som informantens opplevelser av de kvinnene som er i behandling.

## 5. Presentasjon av funn og drøfting

I dette kapittelet vil funnene fra intervjuene bli presentert og drøftet etter tema. Temaene kom jeg frem til gjennom mine valgte teorier og intervjuene. I intervjuene var mye av fokuset til informantene å komme med begrunnelser for hvorfor de anser kjønnsdelt rusbehandling som den beste tilnærmingen for rusbehandling for kvinner. Dermed ble det første drøftepunktet «begrunnelse for kjønnsdelt rusbehandling», og erfaringene til informantene vil bli sammenlignet og drøftet opp mot teori og tidligere forskning. Videre la informantene stor vekt på stigmatiseringen kvinnelige rusmiddelavhengige står ovenfor, og punktet «kvinnelige rusmiddelavhengige, stigma og skam» vil da drøfte hvilke erfaringer de har med stigma og skam hos kvinnene som er i behandling, og hvordan de jobber for å motvirke dette. For å forhindre at kjønnsdelt rusbehandling blir fremstilt urealistisk positivt, ble informantene presentert med kritikken som foreligger mot kjønnsdelt rusbehandling. Dette drøftepunktet kalles «kjønnsdelt rusbehandling i et offerperspektiv». Til slutt vil effektene av kjønnsdelt rusbehandling bli drøftet i punktet «effekter av kjønnsdelt rusbehandling», da dette er sentralt i hvilke erfaringer ansatte har i kjønnsdelt rusbehandling for kvinner.

Problemstillingen til oppgaven er som tidligere nevnt «*Hvilke erfaringer har ansatte i kjønnsdelte rusbehandlingsinstitusjoner med kjønnsdelt rusbehandling for kvinner?*». På bakgrunn av at oppgavens tema er relativt ukjent, valgte jeg å ha en åpen problemstilling for å skrive en mest mulig informativ oppgave.

### 5.1 Begrunnelse for kjønnsdelt rusbehandling

Informant 2 peker på at det er store kjønnsforskjeller i norsk rusbehandling. Hun sier:

*«Kvinner utgjør knapt en tredjedel av dem som er i behandling, og dette er ikke på grunn av at det er flere mannlige rusmiddelavhengige enn kvinnelige. Dette er på bakgrunn av at rundt 70% av kvinnene som har rusproblemer, heller velger å søke seg til psykiatrien for sine rusproblemer».*

Informant 2 sine erfaringer stemmer overens med tall fra Helsedirektoratet, der man ser at kvinner utgjør en tredjedel av pasientene i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Helsedirektoratet, 2020, s. 18). Dette kan tyde på at det ikke er sosial likhet i norsk rusbehandling. Når rundt halvparten av de rusmiddelavhengige i Norge er kvinner, ser man

tydelig at det er en skjevfordeling i norsk rusbehandling. Som sosialarbeider har man et etisk ansvar for å jobbe mot diskriminering og urettferdig forskjellsbehandling av mennesker på grunnlag av etnisitet, kultur, språk, seksuell orientering og *kjønn* (Fellesorganisasjonen, 2019).

Overført til kjønn og rusbehandling skal man jobbe for sosial likhet mellom kvinner og menn. Informant 1 påpekte at *«selv om alle rusmiddelavhengige har samme rett til behandling, ser vi tydelige kjønnsforskjeller i hvem det er som mottar behandlingen. Slik vi anser det er det nødvendig med ulik behandling om vi skal klare å gi alle de samme mulighetene til å bli rusfri»*. Dette kan ses i sammenheng med studien «A woman left lonely» der Mellingen (2012, s. 11) forklarer at kvinner i større grad søker seg til hjelp i andre sektorer enn rusbehandling i spesialisthelsetjenesten. Mellingen forklarer denne skjevfordelingen ut ifra mange mulige faktorer, blant annet skam, stigma, eller at behandlingsopplegget for rus ikke passer for mange kvinner.

Hvordan skal man da finne ut hvilken type rusbehandling som fungerer best for kvinner?  
Informant 2 sier:

*«Jeg tror at både kvinner og menn har godt av kjønnsdelt rusbehandling. De fleste rusmiddelavhengige kvinner jeg har truffet, forteller at de hadde foretrukket å være på et kjønnsdelt rusbehandlingssted. De kan da møte andre damer som er i liknende situasjon som dem, og man får mulighet til å fokusere på seg selv. Dette gjør det igjen lettere for dem å oppsøke behandling, da det ikke oppleves like skummelt. I tillegg har jeg erfart at det da blir enklere for dem å holde seg i behandling»*.

Ashley, Marsden & Brady (2003) har lignende funn i sin studie, der de skriver at kjønnsdelt rusbehandling fører til at kvinner i større grad fullfører behandlingen og dermed drar nytte av den. Til tross for at denne aktuelle studien er amerikansk, ser den ut til å kunne oversettes til erfaringene ansatte har i kjønnsdelte rusbehandlingsinstitusjoner i Norge.

Informant 1 sier at hun anser det som en nødvendighet for et suksessfullt behandlingsopplegg at den aktuelle rusmiddelavhengige kvinnen klarer å holde seg lengst mulig i behandling. Når man skal bli kvitt en avhengighet er det svært store endringer som må gjøres, noe som fremstår vanskelig å få gjort på et par uker. Man skal ikke bare bli kvitt en fysisk og psykisk avhengighet

på rusen, men man skal bygge opp et selvbilde, lære å mestre hverdagslige situasjoner og følelser og danne helt nye vaner. Dette er ting som tar tid, og for rusmiddelavhengige kvinner kan det være lettere å fokusere på disse endringene uten menn til stede. Ashley, Marsden & Brady (2003) påpeker også at fraværet av menn i rusbehandling for kvinner kan bidra til større sannsynlighet for å lykkes med behandling og å forbli i behandling. De forklarer dette på bakgrunn av at kvinner får fokusere på seg selv, får bygge opp en trygg kvinnelig identitet og bearbeide traumer uten menn til stede.

Videre fremgår det av intervjuene at en stor grunn til å ha kjønnsdelt rusbehandling er at det i kjønnsdelt behandling lettere kommer frem samtaletema om spesifikke kvinneproblem. Informant 1 sier:

*«Paradoksalt nok er det ikke det kjønns spesifikke behandlingsopplegget som jeg ser på som hovedfordelen med kjønnsdelt rusbehandling. Innen selve rusbehandling er det mye av den samme behandlingen for kvinner og menn. Allikevel ser man i rene kvinnebehandlingsposter at man snakker mye mer om kvinnerollen og kjønns spesifikke problem i hverdagspraten, og i behandlingsposter for menn blir det snakket mer om det spesifikke med å være mann og forventningene som tilhører».*

For kvinner kan dette være alt fra kvinnerollen, morsrollen, at man ikke har vært hos gynekologen på mange år, at man har blitt utsatt for overgrep eller lignende.

Informant 2 sier at *«ofte er det slik at man enten begynner å ruse seg fordi man har blitt utsatt for overgrep, eller så bli man utsatt for overgrep når man er i rusmiljøet. Det er nesten ingen av de kvinnene som kommer til oss som ikke har opplevd en eller annen form for overgrep»*. Dette viser også informant 2 til når hun sier *«når det kommer til vold og overgrep så anser vi det som essensielt at kvinnene skal slippe å møte menn»*. Informant 2 begrunner dette med at når kvinnene snakker om noe så sårbart som overgrep, skal de slippe å møte på menn. Det at man sitter i en gruppe der det er flere som har opplevd det samme, og det ikke sitter noen utøvere, er viktig for at kvinnene skal klare å åpne seg. Man ser at posttraumatisk stresslidelse etter seksuelle overgrep reduserer effekten behandlingen har for kvinner (Mellingen, 2012, s. 12-15). Det kan dermed tenkes at ved å plassere kvinner som har opplevd overgrep i kjønnsblandet behandling, med menn som kan «representere» overgriperen til kvinnen, kan

behandlingen virke retraumatiserende og ha dårlig effekt. Lossius (2007, s. 46) understreker at man i kjønnsdelte rusbehandlingsgrupper lettere kan snakke om emner som man ofte er ukomfortable å snakke om i kjønnsblandede grupper, deriblant overgrep.

## 5.2 Kvinnelige rusmisbrukere, stigma og skam

Noe jeg bet meg merke i under intervjuene var da informant 1 sa *«det er klart at når du ser på bildet over hvordan en kvinne skal være i dag, så passer dette dårlig overens med rollen som rusmisbruker»*. Da jeg ba henne utdype, dukket egenskaper som *empatisk, velstelt og rolig opp*. Informant 1 mener at dette er relativt sterke forventninger til hvordan kvinner skal være i dagens samfunn, og at rusmiddelavhengige kvinner ofte sliter med å møte disse forventningene. Mellingen (2012, s. 9) påpeker at til tross for at det å være «kvinne» er en dynamisk rolle som har endret seg mye de siste tiårene, er det fremdeles forventninger om hvordan en kvinne skal være i dag. Judith Butler (1999, s. 10) understreker at hvordan man fremfører femininitet eller maskulinitet er kulturelle normer i et sosialt samfunn. Altså er ikke rollen som kvinne en fastsatt biologisk sannhet, men en internalisert kjønnsidentitet.

Informant 1 sier at kvinnene som kommer fra tunge rusmiljø *«snakker med et langt grovere språk enn det damer vanligvis gjør, de ser ofte rufsete ut, er livredde for å være sårbare og viker generelt langt fra det samfunnet forventer av dem som kvinner»*. Ifølge Goffman (2014, s. 44) blir man redusert fra et «vanlig menneske» til noe mindreverdige om man bryter med de normative forventningene til samfunnet. Rusmiddelavhengige kvinner bryter ofte med dette sosialt skapte bildet på «kvinnen», og kan da bli ansett som mindreverdige. Å bli stemplet på denne måten kan ses på som et stigma.

Informant 2 argumenterer for at kvinnelige rusmisbrukere er langt mer utsatt for stigmatisering enn mannlige rusmisbrukere, da det ofte strider med hva man forventer av kvinner. Hun viser til et eksempel:

*«Hvis man for eksempel går på gata og ser enn mann som «sover ut rusen» på en benk, vil man tenke andre tanker enn hvis man ser en kvinne som gjør det samme. Mange vil nok tenke langt mer skammelige tanker om kvinnen som ligger på banken enn mannen. Generelt blir det for menn sett på som litt «tøffere» å ruse seg, mens for kvinner anses det som skammelig»*.

Det kan tenkes at både kvinnelige og mannlige rusmisbrukere opplever å bli utsatt for stigmatisering, men det virker som at kvinnelige rusmisbrukere blir ytterligere stigmatisert da man som kvinne møter andre forventninger enn det menn gjør.

Begge informantene viser til at selv om kvinnelige rusmisbrukere utgjør rundt halvparten av rusmisbrukere i Norge, utgjør de knapt en tredjedel av personene som mottar tverrfaglig spesialisert rusbehandling. På spørsmål om hvorfor de tror denne statistikken ser ut som den gjør, svarer begge *stigma*. Informant 2 sier:

*«For kvinner er det ofte lettere å søke seg til psykiatrien enn russektoren for hjelp til sine rusproblemer, da det er mer allment akseptert for kvinner å være psykisk syke enn rusmisbrukere. Til tross for at avhengighet er en sykdom, blir det av mange sett på som en karakterbrist».*

Dette kan støttes av studien til Sallup et al. (2016), der forfatterne peker til stigma som en av hovedårsakene for skjevdelingen i rusfeltet med følgende sitat: «The stigma associated to substance use is often a hindrance for addiction treatment for women. Stigma may discourage women from admitting substance use and further raise an obstacle to the diagnosis of substance use disorders in women using acute psychiatric services» (Sallup et al., 2016, s. 5).

Informant 1 var tydelig på at stigma ikke var et fenomen som utelukkende møtte kvinnene i storsamfunnet, hun sier også *«kvinnene er også en del av et rusmiljø der de møter andre former for stigma. I rusmiljøet møter disse kvinnene noen helt andre forventninger enn de gjør i storsamfunnet. Dermed sier mange at de føler seg stigmatisert fra mange kanter, noe som ender med en sterk skamfølelse hos kvinnene»*. Når man snakker om stigmatisering, trenger det altså ikke alltid å handle om en dypt diskrediterende egenskap. Erving Goffman (2014, s. 45) påpeker at det er egenskapens relasjon til omgivelsene som bestemmer om det er stigmatiserende eller ikke. Altså kan egenskaper som er verdsatt i et tøft rusmiljø være uønsket i samfunnet generelt. Informant 1 bruker som eksempel at man ofte må være ganske brutal og voldelig for å få respekt i rusmiljøet, men om man er brutal og voldelig i storsamfunnet blir dette sett ned på.

Informant 2 sier at *«kvinner i rusbehandling får ofte et sterkt behov for å hjelpe andre, da det mange ganger er enklere enn å fokusere på seg selv. Når det ikke er menn til stede, ser vi dette*

*i langt mindre grad*». Man kan undre seg over om dette er en måte for kvinnene å ta tilbake sin «kvinnelighet» på. Som tidligere nevnt er det fremdeles klare forventninger i samfunnet at kvinner skal være omsorgsfulle og ta vare på andre, og det kan tenkes at det sterke omsorgsbehovet kommer fra kvinnenens ønske om å bli oppfattet som kvinner igjen. Gjennom intervjuene viste informantene stadig til ulike måter de rusmiddelavhengige kvinnene prøver å «ta tilbake sin kvinnelighet» på, både gjennom store og små tiltak. Særlig interessant var det da informant 1 sa:

*«For en stund siden hadde vi en dame hos oss i behandling som lærte seg å strikke. Hun var 45 år, og fortalte at hun endelig følte seg som en «skikkelig kvinne» på bakgrunn av noe så enkelt som å lære seg å strikke. Det er mange slike små ting som gjør at damene endelig føler at de mestrer kvinnerollen».*

### 5.2.1 Å bære skammen

Med stigmatisering følger ofte skam, noe som går igjen mange ganger under intervjuene. Informant 1 sier:

*«Å være rusmiddelavhengig er generelt veldig skambelagt, og for kvinner gjelder dette i enda større grad. De kvinnene som er til behandling hos oss er i alle aldre, alle hudfarger, alle etnisiteter og alle slags religioner, og det eneste fellestrekket som gjelder for dem alle er skamfølelsene de føler på».*

Informant 2 forteller at kvinnene føler på sterk skam knyttet til det å ikke mestre morsrollen, kvinnerollen, kjæresterrollen, at de ruser seg, de skammer seg over ting de har gjort og de dårlige relasjonene de har. Det blir med andre ord svært lite i livet som man ikke skammer seg over.

Når man skammer seg på så mange arenaer i livet, forklarer informant 2 at skammen kan bli «(...) *altovergripende, altoverskyggende og selvdestruktiv*». Dette kan ses i sammenheng med Teigen & Kennairs (2019) definisjon av skam som «en sterkt ubehagelig følelse av å ha vist en nedverdiggende side av seg selv, og dermed avslørt seg selv som et mislykket, udugelig eller umoralsk individ». Informantene forteller at når kvinnene kommer inn til behandling har de et lavt selvbilde og skammer seg over de fleste aspekt i livet. Informant 2 sier «*vi har erfaring av at kvinnene klarer å senke skuldrene litt når de kommer inn i kjønnsdeltbehandling. De møter*



*andre som har opplevd mye av det samme som dem, og finner mye styrke i det kvinnelige fellesskapet».* På denne måten kan det tenkes at noe av skamfølelsene kan dempes, da de ser at de ikke er alene om å være i en slik situasjon.

Begge informantene er tydelige på at kjønnsdelt rusbehandling kanskje ikke klarer å minske det generelle stigmaet og skammen som er rundt kvinnelige rusmiddelavhengige, men at det kan lære dem å bære skammen. Ved å komme i en kjønnsdelt behandlingsplass kan kvinner fokusere på seg selv, bygge opp en selvtillit og oppleve mestring. Dette kan ses i sammenheng med en større sammenlikningsstudie utført av Ashley, Marsden & Brady (2003), der det kom frem at kjønnsdelt rusbehandling for kvinner fører til et forminsket rusbruk og økt psykisk mestring. Informant 2 peker på sammenhengen mellom psykisk mestring og å bære skammen:

*«Når damene mestrer å stå i et behandlingsopplegg, å åpne seg for andre og å snakke om skammen, klarer de i større grad å jobbe med de skamfulle følelsene. De vet at de har et helt felt og et fellesskap i ryggen, som gjør at de enklere klarer å bære det stigmaet samfunnet legger på de. De bytter ut stigma med stolthet».*

Informantene er tydelige på at man som ansatt i en rusbehandlingsinstitusjon er nødt til å jobbe aktivt med denne skammen, da den kan være «altovergripende» for de kvinnelige rusmiddelavhengige. De mener også at det hadde vært vanskelig å jobbe med denne skammen i en kjønnsblandet rusbehandlingsinstitusjon.

### *5.2.2 Rusreform 2021*

Da informantene ble spurt «tror du rusreformforslaget vil påvirke situasjonen til kvinnelige rusmiddelavhengige?», svarte begge *nei*. Informant 2 sa «*jeg tror ikke det er noe hjelp i den reformen. Skal du fjerne stigma så er det ikke straffen av rusmidlene som stigmatiserer, men livet som rusavhengig*». Informant 1 sa «*jeg tror dessverre ikke storsamfunnet kommer til å få et særlig endret syn på rusmiddelavhengige kvinner, til tross for at de skal hjelpes og ikke straffes*». Interessant nok var en av hovedforklaringene bak den foreslåtte reformen at den skulle minske stigmatiseringen av rusmiddelavhengige. Allikevel tyder det på at stigmatiseringen av rusmiddelavhengige, og da særlig kvinnelige rusavhengige, stikker dypt når til og med de som jobber i rusfeltet ikke har tro på at reformen ville endret stort. Dette til tross for at reformen ble forslått for å bekjempe stigma. Til tross for at reformen ble skrotet en

stund etter intervjuene ble avholdt, anså jeg det som interessant å ha med et eget punkt om rusreformen, da det fremhever graden av stigmatisering kvinnelige rusmiddelavhengige står ovenfor.

### 5.3 Kjønnsdelt rusbehandling i et offerperspektiv

Som nevnt i kapittel 2.3.1 er det noen kritiske stemmer til kjønnsdelt rusbehandling. Astrid Renland mener at kjønnsdelt rusbehandling er med på å stemple kvinner som stakkarslige, irrasjonelle og passive marionetter styrt av patriarkalske strukturer. Ved å skille mellom kvinner og menn i rusbehandling ser man på kvinner som offer som må beskyttes fra store farlige menn, og kvinnene blir redusert til stereotyper av sitt kjønn. Dette var en problemstilling jeg tenkte var interessant å utforske i intervjuene mine, og spurte dermed hva informantene tenkte om denne kritikken.

Informant 2 sier:

*«De fleste kvinnene som kommer i rusbehandling er offer ja, men offer like mye for omstendighetene, for dysfunksjonelle familier og offer for sin egen selvdestruktivitet. Det bunner i at samfunnet har stemplet dem som offer, og at de også selv har puttet seg i denne kategorien».*

I et sosialkonstruktivistisk perspektiv ser man at denne offerstemplingen er interaksjonell, da det både er kvinnene selv og samfunnet som stempler dem som offer. Kritikken mot kjønnsdelt rusbehandling bunner i at en slik deling mellom kjønnene er med på å forsterke denne offerstemplingen, men her er informantene mine uenige. Informant 1 sier *«poenget med kjønnsdelt rusbehandling er ikke å beskytte kvinnene fra farlige menn, men at de skal kunne fokusere på seg selv. For der kvinner gjerne føler de ikke strekker til, er gjerne ikke på områder definert av menn, men av andre kvinner»*. Informant 2 sier *«kjønnsdelt rusbehandling stempler ikke kvinner som stakkarslige, men anerkjenner det at kvinnene trenger hverandre for å bli sterke»*. Begge informantene er tydelig på at å sette et likhetstegn mellom offerstenkning og kjønnsspesifikk behandling er en feilslutning, da kjønnsdelt rusbehandling ikke har offerrollen som sitt fokus.

Videre presiserte informantene at selv om de driver med kjønnsdelt rusbehandling for kvinner, anerkjenner de viktigheten av å se alle de ulike rollene kvinnene har. Informant 1 sier:

*«Mange kvinner som kommer ut av behandling sliter veldig med å balansere de ulike forventningene de møter. På den ene siden skal de etablere seg som «streite», men på den andre siden forventer rusmiljøet at de skal være den samme som de alltid har vært. De møter altså forventninger som kvinner, som streite, som tidligere medlem av rusmiljøet, som mødre, som døtre og så videre».*

Dette fenomenet kan knyttes til begrepet interseksjonalitet, som betyr det at man hører til ulike kategorier samtidig. Informantene gjorde det tydelig at de ikke bare ser en kvinne for sitt kjønn, men også som individer med ulike roller, erfaringer og verdier. Det er altså mange forhold som virker inn på utfallet av en rusbehandling, deriblant psykisk og fysisk helse, alder, økonomi, kognitive evner og familiekontakt (Lossius, 2011, s. 36).

Allikevel påpeker informant 1 at menn og kvinner viser seg å ha en ulik tilknytning til sin rusproblematikk, og mener at det er åpenbart at mange kan trenge kjønns spesifikk behandling. Det kan tenkes at interseksjonalitet ikke trenger å stå i veien for kjønnstilpasset behandling, men at det kan hjelpe sosialarbeidere å se forskjeller kvinner imellom. Det er dermed gode argumenter mot kritikken om at kjønnsdelt rusbehandling reduserer kvinner ned til en homogen gruppe passive marionetter, da man anerkjenner individuelle forskjeller selv om man er i kjønnsdelt behandling. Videre kan kjønnsdelt rusbehandling gjøre det enklere å se kvinnen for alt hun er, da man slipper de store kontrastene som finnes i kjønnsblandet rusbehandling.

#### 5.4 Effekter av kjønnsdelt rusbehandling

Som tidligere nevnt har informantene erfart at kjønnsdelt rusbehandling fører til at kvinner holder seg lenger i behandling, noe som igjen støttes av forskning fra blant annet Sallup et al. (2016). Det at kvinner holder seg lenger i behandling er trolig ikke den eneste effekten kjønnsdelt rusbehandling har, og det er dermed interessant å finne ut hvilke konsekvenser kjønnsdelt rusbehandling har opp mot målet for det meste av rusbehandling: nemlig rusfrihet.

Informant 2 forteller at rundt 70% av kvinnene som kommer til dem, fullfører behandlingen, og av disse er 80% rusfri etter endt behandling. Disse tallene er basert på den siste brukerundersøkelsen de hadde. Lignende funn er det hos informant 1 som sier:

*«Jeg merker at det er stor forskjell på resultatene vi har her og resultatene vi hadde da jeg jobbet på et kjønnsblandet behandlingssted. Jeg husker ikke de konkrete tallene, men vi ser oftere at kvinnene som er hos oss klarer å holde seg rusfri etter de er ferdig med behandlingen»*

Man kan sammenligne dette med resultatene til Prendergast et al. (2011) og Greenfield et al. (2007) der det kommer frem at kvinner som har vært i kjønnsdelte behandlingsopplegg har betraktelig mindre rusbruk seks måneder etter endt behandling enn dem som har vært i kjønnsblandet behandling, og er generelt sett mer fornøyde med behandlingen. Forfatterne av disse studiene peker på at kjønnsdelt behandling har gode resultater siden de i større grad tar hensyn til at menn og kvinner har ulike veier inn i rus, ulike rusvaner, ulike opplevelser og ulike behandlingsbehov.

#### *5.4.1 Gode erfaringer, dårlig tilgjengelighet*

Når det er gode erfaringer med kjønnsdelt rusbehandling, og det allikevel er såpass lite utbredt i Norge, kan man lure på hvorfor det ikke blir tatt i bruk som behandlingsform oftere. Informant 1 tror at kjønnsdelt rusbehandling er lite utbredt siden det generelt har vært lite snakk om kjønnes plass i rusbehandling. Hun forteller at den meste kunnskapen vi har om rusbehandling i Norge er basert på forskning og klinisk erfaring fra rusmiddelavhengige menn. Dette viser også Lossius (2011, s. 30) når hun skriver «erfaringer og kunnskap fra menn klarer ikke å favne det særegne med å være kvinne med rusproblemer». At kjønnsdelt rusbehandling er lite utbredt kan da ses på som en naturlig konsekvens av at det er lite interesse og kunnskap på området.

Informant 2 peker på en administrativ og ressurs-rettet forklaring på hvorfor kjønnsdelt rusbehandling er lite utbredt:

*«Når kvinner knapt utgjør en tredjedel av dem som er i rusbehandling, blir det naturligvis langt flere menn i behandling enn kvinner. Det blir da et problem hvis man skal ha egne kvinne-avdelinger med mange ledige plasser, og manne-avdelinger som er overfylte».*

I små fylker og kommuner kan det være utfordrende å ha et tilstrekkelig rusbehandlingstilbud hvis all rusbehandling skulle vært kjønnsdelt, og det kreves mye av det aktuelle behandlingsstedet. Målet for informantene var heller ikke at all rusbehandling skal være kjønnsdelt, men at det er et tilbud som burde vært mer utbredt, mer informert og mer tilgjengelig for dem som måtte ønske det. For når man som sosialarbeider skal jobbe for å bedre situasjonen til marginaliserte grupper, og kjønnsdelt rusbehandling virker som å være bedre for rusmiddelavhengige kvinner, kan det tenkes at man burde jobbe for å informere om dette.

## 6. Oppsummering og konklusjon

I denne oppgaven har jeg sett på hvilke erfaringer ansatte i kjønnsdelte rusbehandlingsinstitusjoner har med kjønnsdelt rusbehandling for kvinner. På bakgrunn av at oppgavens tema er relativt ukjent og lite utbredt i norsk rusbehandling, valgte jeg å ha en åpen problemstilling som utforsket erfaringene til dem som jobber i det kjønnsdelte rusfeltet. På denne måten fikk oppgaven frem hvilke begrunnelser det er for kjønnsdelt rusbehandling, hvilke resultater en slik deling har, og hvordan ansatte i kjønnsdelte institusjoner møter kvinnespesifikke utfordringer.

Jeg utforsket oppgavens problemstilling gjennom den egenvalgte teorien og intervjuene. Når det kommer til hvilke begrunnelser informantene hadde for å drive med kjønnsdelt rusbehandling, kom det fram flere forklaringer. Informantene forklarte at rusbehandling tradisjonelt har en kjønnsnøytral tilnærming, men at kvinner og menn ofte er ulike i sin rusproblematikk, og at behandling burde gjenspeile de ulike behovene. Blant annet begrunnet informantene kjønnsdelt rusbehandling med at de rusmiddelavhengige kvinnene får møte andre damer som er i liknende situasjon som dem, at de i større grad får mulighet til å fokusere på seg selv, får bygge opp en trygg kvinnelig identitet, bearbeide traumer og enklere snakke om spesifikke kvinneproblem.

Gjennom oppgaven har mye av fokuset vært på at kvinnelige rusmiddelavhengige er en gruppe som er særlig utsatt for stigmatisering. Rusmiddelavhengige kvinner bryter ofte med det sosialt skapte bildet på hva en kvinne skal være, og skammen dette medfører virker ofte som en barriere for kvinner i rusbehandling. Informantene mente at kjønnsdelt rusbehandling ikke forminsker det generelle stigmaet rundt rusmiddelavhengige kvinner, men at det kan hjelpe kvinnene å jobbe med de skamfulle følelsene, og ikke la seg hindres av dem.

Videre erfarte informantene at kjønnsdelt rusbehandling resulterer i at kvinner klarer å holde seg lenger i behandling, at de får en økt psykisk mestring og reduksjon av rusproblemer. Disse erfaringene samsvarer med forskningen som er gjort på området. Til tross for gode erfaringer med kjønnsdelt rusbehandling, og internasjonale studier som også gir gode resultat, drives mesteparten av norsk rusbehandling kjønnsnøytralt. Dette kan føre til at individuelle og kjønnsespesifikke behov kommer mindre til syne.

Alt i alt er det mye som tyder på at kjønnsdelt rusbehandling er et gunstig behandlingstiltak for rusavhengige kvinner. Allikevel gjør mangelen på norsk forskning det vanskelig å finne et svar man kan sette to streker under. Denne oppgaven er dermed ment som en oppfordring til de politiske styringsmaktene om å utrede kjønnets plass i norsk rusbehandling. Videre steg kunne dermed blitt å utvide datagrunnlaget og sett på både menn og kvinners utbytte av en kjønnsdelt behandlingstilnærming. Å utforske kvinnespesifikk rusbehandling i et kjønnsløst rusfelt har vært en givende oppgave, og det blir spennende å se om kjønnet får en større plass i norsk rusbehandling i tiden fremover.

**Litteraturliste**

Amundsen, E. J. (2010). *Hva er misbruk og avhengighet?: Betegnelser, begreper og omfang* (SIRUS-Rapport nr.4/2010). Statens institutt for rusmiddelforskning. (s. 7-73\*)

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2010/sirusrap.4.10.pdf>

Ashford, R. D., Brown, A. M., Canode, B., McDaniel, J. & Curtis, B. (2019). A mixed-methods exploration of the role and impact of stigma and advocacy on substance use disorder recovery. *Alcoholism treatment quarterly*, 2019 (37), s. 462 - 480\*.

<https://doi.org/10.1080/07347324.2019.1585216>

Ashley, O. S., Marsden, M. E. & Brady, T. M. (2003). Effectiveness Of Substance Abuse Treatment Programming For Women: A Review. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(1), s. 19-53\*.

<https://doi.org/10.1081/ADA-120018838>

Askheim, O. P. (2012). *Empowerment I helse- og sosialfaglig arbeid: Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Gyldendal Norsk Forlag. (s. 10 – 46\*)

Berger, P. L. & Luckmann, T. (2000). *Den samfunnsskapte virkelighet*. Fagbokforlaget. (s. 7 – 187\*)

Brown, B. (2006). Shame resilience theory: A grounded theory study on women and shame. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 87(1), 43- 52\*.

<https://doi.org/10.1606/1044-3894.3483>

Butler, J. (1999). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. Routledge. (s. 1 – 25\*)

Center for Substance Abuse Treatment. (2009). Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women. *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 51* (SMA 09-4426). (s. 1 – 335\*)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83252/>



Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Gyldendal. (s. 17 – 261\*)

Dietrich, E. S. & Mørland, J. (2020, 17. juli). *Rusmidler*. Store medisinske leksikon.  
<https://sml.snl.no/rusmidler>

Direktoratet for e-helse. (2021, 1. januar). *ICD-10 - Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Direktoratet for e-helse.  
<https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2596289>

Farstad, M. (2016). *Skam: eksistens, relasjon, profesjon*. Cappelen Damm. (s. 15 - 75\*)

Fellesorganisasjonen. (2017). *Global definisjon av sosialt arbeid*. (s. 3 – 8\*)  
[https://www.fo.no/getfile.php/1315392-1552640737/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Global%20definisjon%20av%20sosialt%20arbeid\\_NO.pdf](https://www.fo.no/getfile.php/1315392-1552640737/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Global%20definisjon%20av%20sosialt%20arbeid_NO.pdf)

Fellesorganisasjonen. (2019). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. (s. 3 – 15\*)  
<https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1585635696/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>

Goffman, E. (2014). *Stigma: Om afgiverens sociale identitet* (2.utg.). Samfundslitteratur. (s. 7 – 181\*)

Greenfield, S. F., Trucco, E. M., McHugh, R. K., Lincoln, M. & Gallop, R. J. (2007). The women's recovery group study: A stage I trial of women-focused group therapy for substance use disorders versus mixed-gender group counseling. *National institute of health*, 90(1), s. 39-47\*.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.02.009>

Gundersen, D. (2019, 23.mars). *Stigma*. Store norske leksikon.  
<https://snl.no/stigma>

Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet: En innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Cappelen akademisk forlag. (s. 17 – 264\*)

Helsedirektoratet. (2016, 13. mai). *Kjønnsdelt behandling*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler/psykososial-behandling-ved-avrusning/kjonnsdelt-behandling#paragraf-0002-0004-jlJoRn>

Helsedirektoratet. (2017a, 24. januar). *Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>

Helsedirektoratet. (2017b, 24. januar). *Kjønnsdelte aktiviteter i rusbehandling*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/kjonns spesifikk-tilnaerming-minoriteter-og-seksuell-orientering-i-rusbehandling/kjonnsdelte-aktiviteter-i-rusbehandling#null-begrunnelse>

Helsedirektoratet. (2017c, 24. januar). *Kjønnsespesifikke behandlings- og oppfølgingsbehov i rusbehandlingen*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/kjonns spesifikk-tilnaerming-minoriteter-og-seksuell-orientering-i-rusbehandling#kjonnsespesifikke-behandlings-og-oppfolgingsbehov-i-rusbehandling-sammendrag>

Helsedirektoratet. (2020, mars). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2019*. (s. 2-37)

[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-voksne-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20voksne%20og%20tverrfaglig%20spesialisert%20rusbehandling%202019.pdf/\\_attachment/inline/a0b3ceff-58b4-46fd-ac85-55ba7200d47f:0a9c65ac8300ac1ca4705dcf41d0a3bbb349b2bb/Aktivitetsdata%20for%20psy](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-voksne-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20voksne%20og%20tverrfaglig%20spesialisert%20rusbehandling%202019.pdf/_attachment/inline/a0b3ceff-58b4-46fd-ac85-55ba7200d47f:0a9c65ac8300ac1ca4705dcf41d0a3bbb349b2bb/Aktivitetsdata%20for%20psy)

[kisk%20helsevern%20for%20voksne%20og%20tverrfaglig%20spesialisert%20rusbehandling%202019.pdf](#)

Helse Norge. (2020, 9. juli). *Hva er pakkeforløp for psykisk helse og rus?*

<https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/hva-er-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2004). *Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesten* (Nr. I-8/2004) [Rundskriv]. Regjeringen. (s.4-36\*)

<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hd/rus/2004/0017/ddd/pdfv/205998-runds067.pdf>

Helse Stavanger. (2020, 20. september). *Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser, TSB.*

<https://helse-stavanger.no/behandlinger/tverrfaglig-spesialisert-behandling-av-ruslidelser-tsb>

Hutchinson, G. S. & Oltedal, S. (2017). *Praksisteorier i sosialt arbeid*. Universitetsforlaget. (s. 84 – 136\*)

Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring: Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Høyskoleforlaget. (s. 113-123\*)

Kraft, P. (2016). *Rusmiddelavhengighet: Et psykologisk perspektiv*. Universitetsforlaget. (s. 19-39\*)

Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Gyldendal akademisk. (s. 18 – 39, 95 – 111\*)

Lossius, K. (2007). Kvinner, rus og behandling. I Klyve, A. (Red.), *Kjønnheten og udyret* (s. 45-48). Stiftelsen Bergensklinikkene. (s. 5 – 67\*)

Lossius, K., Duckert, F., Ravndal, E. & Sandvik, B. (2008). *Kvinner og alkohol*. Universitetsforlaget. (s.9-165\*)

Lossius, K. (2011). Kapittel 1: Om å ruse seg. I Lossius, K (Red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (s. 21-36\*)

Lundal, S. O. & Tjora, A. (2018, 20. februar). *Stigma (samfunnsvitenskap)*. Store norske leksikon.

[https://snl.no/stigma\\_-\\_samfunnsvitenskap](https://snl.no/stigma_-_samfunnsvitenskap)

Lundgren, E. (1992). *Det må da være grenser for kjønn*. Universitetsforlaget (s.13-91\*)

Mellingen, S. (2012). *A woman left lonely: En studie av kvinner og alkohol, avhengighet og relasjon i behandling*. KoRus Vest Bergen. (s.7-51\*)

<https://www.korusbergen.no/nyheter/publikasjoner/a-woman-left-lonley-2012/>

Nieweglowski, K., Corrigan, P. W., Tyas, T., Tooley, A., Dubke, R., Lara, J., Washington, L., Sayer, J. & Sheehan, L. (2017). Exploring the public stigma of substance use disorder through community-based participatory research. *Addiction research & theory*, 2017(26), s. 323 - 329\*.

<https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1409890>

Nikolaisen, H. (2019, 4. juli). *Empowerment - hjelp til selvhjelp*. Nasjonal Digital Læringsarena.

<https://ndla.no/nb/subject:4/topic:1:172816/topic:1:173908/resource:1:143310?filters=urn:filter:8ee2047e-d1f1-495c-9c19-0a42384dfd81>

Oltedal, S. (2013). *Kjønnsperspektiv i sosialt arbeid*. Universitetsforlaget (s. 79 – 127\*)

Postholm, M. B. (2020). *Kvalitativ metode: En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2. utg.). Universitetsforlaget (s. 68 – 85\*)

Prendergast, M. L., Messina, N. P., Hall, E. A. & Warda, U. S. (2011). The relative effectiveness of women-only and mixed-gender treatment for substance-abusing women. *Journal of substance abuse treatment*, 40(4), s. 336-348\*.

<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2010.12.001>

Prop. 92 L (2020-2021). *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform - opphevelse av straffansvar m.m.)*.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-92-l-20202021/id2835248/?ch=6>

Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *JAMA The journal of the American medical association*, 264(19), s. 2511-2518\*.

<http://dx.doi.org/10.1001/jama.1990.03450190043026>

Renland, A. (2012). Om rus og kvinnelige stereotypier. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 49(3), s. 282\*.

<https://psykologtidsskriftet.no/kommentar/2012/03/om-rus-og-kvinnelige-stereotypier>

Sallup, T. V., Vaaler, A. E., Iversen, V. C. & Guzey, C. (2016). Challenges in detecting and diagnosing substance use in women in the acute psychiatric department: a naturalistic cohort study. *BMC Psychiatry*, 16(1), s. 406 - 413\*.

<https://doi.org/10.1186/s12888-016-1124-y>

Schiefloe, P. M. (2019). *Mennesker og samfunn: Innføring i sosiologisk forståelse* (3. utg.). Fagbokforlaget. (s. 199 – 239, 106 – 119\*)

Smesund, G., Steiro, A., Furee, B & Kirkehei, I. (2013). *Oppdatering av rapporten "Er kjønnssegregert rusbehandling det beste for rusavhengige kvinner?" - systematisk litteratursøk med sortert referanseliste* (Kunnskapsoppsummering - notat).

<https://www.fhi.no/publ/2013/oppdatering-av-rapporten-er-kjønnssegregert-rusbehandling-det-beste-for-rus/>

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata.

<https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-61>

Svabø, A., Bergland, Å. & Hæreid, J. (2000). *Sosiologi og sosialantropologi for helsearbeidere* (2. utg.). Gyldendal akademisk. (s. 220 – 253\*)

Teigen, K. H. & Kennair, L. E. O (2019, 4. september). *Skam*. Store norske leksikon.  
<https://snl.no/skam>

Tjora, A. (2020, 3. desember). *Sosialkonstruktivisme*. Store norske leksikon.  
<https://snl.no/sosialkonstruktivisme>

Vårdal, L. & Sundstrøm, K. (2019, 17. juni). *Ulike perspektiver for å studere samfunnsfenomener*. Nasjonal digital læringsarena.  
<https://ndla.no/nb/subject:43/topic:1:190302/topic:1:197973/resource:1:186157?filters=urn:fil ter:c621fe47-6d28-4ecd-95cb-ad641382d8f4>

**Vedlegg 1 – Informasjonsskriv**

## **Vil du delta i forskningsprosjektet**

### ***”Kjønnsdelt rusbehandling”***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske fordelene og ulempene ved kjønnsdelt rusbehandling. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

**Formål**

Formålet med denne bacheloroppgaven er å utforske hvilke erfaringer ansatte i kjønnsdelte rusbehandlingsinstitusjoner har med å skille menn og kvinner i rusbehandling, og hva som er argumentene bak denne delingen.

**Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Universitetet i Stavanger er ansvarlig for prosjektet.

**Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta i dette prosjektet på bakgrunn av dine erfaringer med kjønnsdelt rusbehandling.

**Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at jeg intervjuer deg over telefon. Intervjuet vil ta deg ca. 30 minutter, og vil bli tatt opp på lydopptaker. Etter intervjuet er ferdig vil opptaket bli transkribert og anonymisert, og selve opptaket vil bli slettet.

**Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Da intervjuet skal anonymiseres, vil det du sier i intervjuet ikke påvirke ditt forhold til arbeidsplassen.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun jeg som student og min veileder på Universitetet i Stavanger som vil tilgang til personopplysninger.

Det transkriberte intervjuet kommer ikke til å inneholde navnet ditt.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når intervjuet transkriberes. Innholdet i intervjuet kommer kun til å være tilgjengelig for meg som student og min veileder.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Stavanger har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.



**Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Stavanger ved Brita Gjerstad ([brita.gjerstad@uis.no](mailto:brita.gjerstad@uis.no))
- Vårt personvernombud: [personvernombud@uis.no](mailto:personvernombud@uis.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Brita Gjerstad  
(Veileder)

Cathrine Idland

---

**Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Kjønnsdelt rusbehandling», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2 – Intervjuguide

### Intervjuguide

#### Bachelor sosialt arbeid 2021

##### Problemstilling

Hva er ansattes oppfatninger av fordeler og ulemper ved kjønnsdelt rusbehandling?

(Foreløpig problemstilling)

##### Introduksjon

- Presentere meg selv
- Informere om prosjektet
- Gjennomgang av hvordan intervjuet dokumenteres og anonymisering
- Informere om samtykke og formidle retten til å avbryte prosessen hvis informant ønsker

##### Informasjon om informant

- Rolle på arbeidsplassen
- Informasjon om arbeidsplassen
- Videreutdanning og kurs om kjønnsperspektivet i rus
- Generelle erfaringer rundt kjønnsdelt rusbehandling (overgang til nøkkelspørsmål)

##### Hoveddel av intervju

###### Hvordan det foregår:

- Hvordan er dere organisert?
  - o Jobber dere tverrfaglig?
- Hva slags aktiviteter har dere?
- Hvordan er det å jobbe med rusmiddelavhengige kvinner
- Er det noe som kjennetegner kvinnene som er i behandling hos dere?
- Ulike tilbud til dem med/uten barn? Ulike tilbud til eldre/yngrer rusmiddelavhengige?
- Er alle som kommer til dere etnisk norske? Hvis nei: Er det noe særegent ved de rusmiddelavhengige som ikke er etnisk norske?

Målsetting/begrunnelse for kjønnsdelt rusbehandling:

- Hvilke begrunnelser er det bak kjønnsdelt rusbehandling?
  - o Stigma, vold, utnyttelse?
  - o Hvilke utfordringer er det ved å ha kvinner og menn i samme rusbehandlingssted?

Effekter:

- Hva er fordelene og ulempene ved å skille mellom kjønnene i rusbehandling?
- Hvilke resultater har ditt arbeidssted?
  - o Rusfrihet, fullføring av behandling, kriminalitet og mestringsfølelse?
- Hva er bra med akkurat deres behandlingsopplegg?

Innvendinger/kritikk:

- Kritikere av kjønnsdelt rusbehandling argumenterer for at en slik delt behandling er med på å stemple kvinner som offer og menn som overgripere, hva er dine tanker rundt en slik kritikk?
  - o Offerperspektiv
  - o Alle kvinner stemplet som svake og trenger å beskyttes?
- Hvordan forbereder dere kvinnene i behandling hos dere på livet etter behandling?
  - o De vil igjen møte menn

Diverse:

- Hvordan ser du på kvinnelige rusmisbrukere?
- Hvilke barrierer er det for kvinner for å oppsøke behandling?
  - o Hva vil du si er problemene ved å være kvinne og rusmisbruker?
- Er det lettere eller vanskeligere å være kvinne og rusmisbruker eller mann og rusmisbruker?
- Er kvinnelige rusmisbrukere ekstra utsatt for stigma/fordommer?
  - o Hvis ja: Motvirker kjønnsdelt rusbehandling stigma?
- Er det vanskeligere å være rusmisbruker og mor?
- Hvorfor tror du at kjønnsdelt rusbehandling er så lite utbredt?

- Det er nå en ny rusreform som kommer opp for stortinget utover våren, hvis denne blir vedtatt - hvilke effekter tror du det kommer til å få for kvinnelige rusmiddelavhengige?
  - o Redusere stigma?

**Avslutningsvis**

- Oppsummer hovedpunkter

Er det noe jeg ikke har spurt om, som du syntes kan bidra til å belyse problemstillingen min?