



Det helsevitenskapelige fakultet, institutt for psykologi

Bør rusavhengige kvinner tilbys kjønnsesifikk behandling?

En kvalitativ studie av helsepersonells erfaringer med behandlingstilbudet for kvinnelige rusmiddelavhengige

Gender specific treatment – a necessity for women?

Looking at (theoretical background and) status of treatment for drug addiction in Norway

Silje Margrethe Ekanger og Randi Straume

Hovedoppgave i psykologi profesjonsstudium PSY-2901 Desember 2022



Forord

Først og fremst vil vi takke våre informanter for å ha delt åpent og ærlig om deres erfaringer innenfor rusbehandling. Det har vært svært spennende og lærerikt å få mer innsikt i rusfeltet, og kompleksiteten i arbeidet med rusmiddelavhengige.

Ideen til denne hovedoppgaven begynte å ta form høsten 2021, og vi bestemte oss tidlig for å skrive om kvinner og rus. Hensikten med oppgaven har vært å få mer kunnskap om hvordan behandlere tenker om behandlingstilbudet til rusmiddelavhengige kvinner, samt undersøke om det er grunnlag for å si at kvinner har særegne behov i rusbehandling.

Underveis i studien ble vi også oppmerksomme på at kjønn som kategori er i endring. Det er større aksept for, og variasjon, i hvordan vi omtaler og forstår vår egen kjønnsidentitet. Likevel har vi gått inn i studien med en tanke om at kvinner på gruppenivå, kan ha utfordringer og behov som skiller seg fra de hos menn. Selv om vi i dag har en større åpenhet omkring kjønn og seksualitet, så mener vi det er nyttig å også romme at kvinner og menn er ulike. Det er også derfor vi valgte å gjøre en kvalitativ studie, fordi vi ønsket dybdeinformasjon fra deltakerne om de tema vi ville undersøke.

Prosjektet ble til i samarbeid med veilederen vår, Svein Bergvik, som er førsteamanuensis ved Universitetet i Tromsø. Han har veiledet oss i formulering av oppgaven, hjulpet oss med å sende inn nødvendige søknader og dokumentasjon og fungert som en god ressurs gjennom hele prosessen. Vi har også hatt jevnlig kontakt med psykologspesialist og forskningsstipendiat Elisabeth Cecilie Klæbo-Reitan ved UNN Åsgård, og hun har fungert som en viktig sparringspartner og støttespiller.

Bør rusavhengige kvinner tilbys kjønns spesifikk rusbehandling?

Samarbeidet mellom oss to har fungert godt og vi har gjort både litteratursøk, intervjuer og skriving sammen hele veien. Det er derfor ikke mulig å identifisere den enkeltes arbeid i oppgaven. Det har vært utfordrende, gøy og lærerikt å stå i denne prosessen, og vi tenker det har vært nyttig for oss i arbeidet med å forberede oss på å bli psykologer.

Sammendrag

Denne hovedoppgaven er en kvalitativ, semi strukturert intervjustudie av 8 behandleres erfaringer med behandlingstilbudet til rusmiddelavhengige kvinner og menn. Hovedfokus var hvordan de opplever at rusmiddelavhengige kvinner har det i døgnbehandling for rusmiddelavhengighet. Underveis i studien ble vi klar over at rusmiddelavhengige er en svært heterogen pasientgruppe, med mange og sammensatte behov og at dette er noe det må tas hensyn til i forskning.

Vi fant at det i døgnbehandling for rusmiddelavhengighet er en skjevhet i kjønnsbalansen, der kvinner ofte er i mindretall. Denne skjevheten er en utfordring for kvaliteten på behandlingstilbudet som gis. Skjevheten svekker også rusmiddelavhengige kvinners lovfestede rett til brukermedvirkning, ved at de ikke har reell mulighet til å velge behandlingstilbud med en jevnere kjønnsbalanse.

Rusmiddelavhengige kvinner med vold og overgrepserfaringer har, i større grad enn de uten slike erfaringer, behov for å skjermes fra menn under hele eller deler av behandlingen. For å fange opp hvilke kvinner dette gjelder, må tidligere traumer kartlegges bedre ved oppstart av behandling. Det anbefales å tilrettelegge for at kvinnene som ønsker det, får mulighet til ta reelle, informerte valg om behandlingstilbudet de tilbys.

Bør behandlingstilbudet til for rusavhengige kvinner være kjønns spesifikt?

En kvalitativ studie av helsepersonells erfaringer med behandlingstilbudet for kvinnelige rusmiddelavhengige.

Innledning

I følge tall fra Folkehelseinstituttet (Bramnes, 2022a) sliter 5-8% av den voksne befolkningen med en rusmiddellidelse. I Norge er alkoholbrukslidelse den vanligste formen for rusmiddelavhengighet, og 175-300 000 nordmenn strever årlig med avhengighet og/eller skadelig bruk av alkohol (Bramnes, 2022a). Rusmiddelavhengighet er et folkehelseproblem med store individuelle og samfunnsmessige kostnader, samt sosiale og økonomiske konsekvenser, eksempelvis i form av psykiske problemer og utenforskap (Bramnes, 2022b). Avhengighet defineres som «noe en ikke klarer seg uten eller er overdrevent, nærmest tvangspreget opptatt av (Bachs, 2022) Det finnes mange ulike avhengighetsskapende rusmidler, men selv om de er avhengighetsskapende er det ikke nødvendigvis slik at bruk automatisk fører til avhengighet. Intensitet av bruk, sårbarhet hos individet og andre faktorer vil ha betydning for utvikling av avhengighet (Bachs, 2022). Ved gjentatt bruk av et avhengighetsskapende middel vil en kunne utvikle toleranse, som medfører behov for økte doser for å oppnå samme effekt (Jellestad, 2012, s. 81).

ICD-10 (10. utg.; ICD-10: Verdens helseorganisasjon, 2019, s. 72-23) definerer rusbruk som gir somatiske eller psykiske skader for F1x.1 Skadelig bruk (x= siffer som angir hvilken substansgruppe det dreier seg om). Dersom personen fremstår med sterk lyst/tvang til å innta rus, har problematikk relatert til abstinens og toleranseutvikling og substansbruken

oppretholdes på tross av åpenbare negative konsekvenser, kan diagnosen F1x.2

Avhengighetssyndrom anses som passende (10. utg.; ICD-10; Verdens helseorganisasjon, 2019, s. 73-74)

På bakgrunn av tall fra Norsk Pasientregister (Indergård et al., 2019, s. 23) leverte Helsedirektoratet i 2019 en rapport som beskriver de mest brukte rusmidlene og medikamentene i Norge; alkohol (50%), Cannabis (16%), amfetamin (11%), Benzodiazepiner (6%), heroin/opium(5%), metadon/andre opiater/opioider (4%). Bramnes (2022b) melder at det i Norge dør mellom 250-300 mennesker hvert år, som følge av skadelig bruk av ett eller flere rusmidler, og at det kan anses som et alvorlig folkehelseproblem.

Ose & Pettersen (2012, s. 25) gjennomførte en kartlegging av døgnpasienter i rusbehandling, som viser til at kjønnsfordelingen blant de som mottar hjelp fra det offentlige og private for sin rusmiddelavhengighet er omtrent 70/30, hvorav 70% menn og 30% kvinner. I Norge er jevn kjønnsbalanse et selvstendig politisk mål, og det er ønskelig med jevn representasjon av kjønnene i arbeidslivet (Teigen & Reisel, 2017, s. 11). Dette blant annet fordi menn og kvinner, på gruppenivå, er noe ulike og at de utfyller hverandre på en god måte (Jensen & Øistad, 2019, s. 6-7). En mastergradsavhandling av Berg (2020, s. 2, 41-42) viser til at kvinner i større grad føler på avmakt, og oftere utsettes for seksuell trakassering på arbeidsplasser der de er i mindretall. Det samme er ikke tilfelle når menn er minoritet, noe som tyder på at det er mer belastende for kvinner å være i mindretall, enn det er for menn.

Selv om kvinner i døgnbehandling for rusmiddelavhengighet er i mindretall, ser det likevel ut som at de sosiale og økonomiske konsekvensene av kvinners rusmiddelavhengighet er større enn de av menn. Christoffersen & Sothill (2003) fant at barn av mødre med en alkoholisbrukslidelse er assosiert med høyere forekomst av langtidskonsekvenser som arbeidsledighet, tidlig graviditet, risikoatferd, sykehusopphold som følge av vold, selvmordsforsøk og bruk av rusmidler sammenlignet med om far står for misbruket. Dette kan indikere at kvinner med rusproblemer er en gruppe som det også vil være samfunnsøkonomisk viktig å behandle, selv om de er i mindretall.

I 2004 ble det vedtatt en Rusreform som innebar at rusmiddelavhengige fikk rettigheter på lik linje med andre pasienter, innenfor spesialisthelsetjenesten (Lundberg, 2012, s. 40). Ansvar for behandling av rusmiddelavhengige ble overført fra fylkeskommunene til staten, blant annet for å sikre at behandlingstilbudet ble likt, uavhengig av hvor i landet du bor (Det Kongelige Helsedepartementet, 2004, s. 15-16). Det ble samtidig stilt strengere krav til kvaliteten på behandlingen (Det Kongelige Helsedepartementet, 2004, s. 4-9). Etter "Lov om endringer i Pasientrettighetsloven" fra 2007, ble rusmiddelavhengige sikret pasientstatus, for å sikre bedre behandling av rusmiddelavhengige (Pasientrettighetsloven, 2007, § 2-1 & § 2-2). Dagens tilbud til rusmiddelavhengige er i tråd med pakkeforløp for psykisk helse og rus, som ble innført 01.01.2019. Formålet er en mer individuelt tilpasset behandling, med fokus på økt brukermedvirkning og kortere ventetid (Helsenorge, 2020).

Brukermedvirkning er en samlebetegnelse på flere ulike rettigheter som anses som viktig for pasientene, og disse rettighetene er forankret i norsk lov. Dette innebærer blant

annet at pasientene skal ha reelle muligheter til å ta gode, informerte valg om egen behandling (Helsedirektoratet, 2017a). En kartlegging fra 2014 undersøkte hvorvidt ledere i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) opplever at pasientene har reell brukermedvirkning, noe kartleggingen avdekket at de i stor grad ikke har (Torjussen, Hawiss & Havnes, 2014).

Helseforetakene er pliktig å tilby TSB til de med en rusmiddellidelse. Med tverrfaglig menes at behandlingen skal bestå i, og være forankret i både medisinsk faglig, psykologfaglig og sosialfaglig kompetanse (Lundberg, 2012, s. 42). Dette gjelder for pasienter i poliklinisk behandling eller dagbehandling, så vel som de som mottar døgnbehandling (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-1).

Det finnes ulike terapeutiske programmer som benyttes i behandling av rusmiddellidelser. Et mye brukt program er 12-trinnsmodellen som bygger på en avholdsfilosofi, der totalavhold fra alle typer rusmidler er en sentral del av behandlingen. I løpet av behandlingen er det fokus på at deltakerne skal finne sin form for «høyere kraft», som skal hjelpe dem på veien til et rusfritt liv (Vederhus & Høie, 2018, s. 124-125). Den høyere kraften trenger ikke ha religiøst innhold, men kan eksempelvis være styrken i et gruppefelleskap eller et stort ønske om å bli en bedre versjon av seg selv. Den åndelige siden har vært den mest kontroversielle og vanskelige å forstå (Halvorsen, 2012, s. 281).

Et annet viktig aspekt ved 12-trinnsprogrammet er at rusavhengighet defineres som en sykdom, og modellen har dermed en medisinsk forståelse av avhengighet i tråd med WHO (Unicare, 2022). Behandlingen vil derfor også innebære en gjennomgående

livsstilsendring, der den rusmiddelavhengige må lære seg å endre og håndtere atferd, tanker og følelser. Avhengighet er en livslang sykdom den rusmiddelavhengige må lære seg å håndtere, og programmet tilbyr verktøy for å gjøre pasientene bedre rustet til å møte sin avhengighet.

AA (anonyme alkoholikere) og NA (anonyme narkomane) er selvhjelpsbevegelser, der medlemmene i gruppa skal støtte og lære av hverandre på veien mot et rusfritt liv. De har regelmessige møter som har likhetstrekk med gruppeterapi basert på 12-trinnsmodellen (Unicare, 2022). På rusfeltet integreres 12-trinnsmodellen med behandlingen de rusavhengige tilbys, og det oppfordres til deltakelse i selvhjelpsgrupper både under og etter endt behandling. Bruk av denne type selvhjelpsgruppe samvarierer med ønsket behandlingsresultat (Kristensen & Vederhus, 2005). Det anbefales at pasienten til en viss grad opplever å ha et problem før en 12-trinnsbehandling utprøves. Ved å besøke institusjonen først, kan det bli klart for pasienten hvorvidt tilbudet er passende (Halvorsen, 2012, s. 293).

En annen terapeutisk modell er terapeutiske samfunn (TS). Utgangspunktet for TS er at sen rusavhengige trenger en total livsstilsendring og identitetstransformasjon (Gueta & Addad, 2014, s. 81). Behandlingen foregår gjennom miljøterapi og gruppeterapi. «Beboeren» skal følge reglene og gjøre sin del av «arbeids-strukturen» og må forholde seg til aktivitetsplikten. Målet er et felleskap der deltakerne hjelper hverandre å bryte uønskede mønster. «Her får jeg jobbe med folk som vil ut av rusen. Ikke bare sy puter under armene på klientene og gi omsorg. Det er mer «tough love», sier Solbakken» (Hilsen, 2021). En masteroppgave av Nygård (2021, s. 3) etterlyser mer informasjon om potensielt negative

utfall av rusbehandlingen som tilbys. Hun poengterer at det både eksisterer lite forskning på feltet, samt at interessen for å belyse problematikken er lav.

De nasjonale faglige retningslinjene anbefaler på bakgrunn av kunnskapsoppsummeringen til Dalsbø et al. (2009) og Smedslund et al. (2013) ivaretagelse av kjønnsdelte behandlings- og oppfølgingsbehov (Helsedirektoratet, 2017b). Det oppfordres til at pasienten skal ha mulighet til å reflektere over hva som vil være best tilnærming for en selv, og at det bør foreligge reelle tilbud som ivaretar den enkeltes behov for kjønns spesifikk tilnærming. Selv om anbefaling av kjønns spesifikke aktiviteter og/eller behandling ser ut til å være gjeldende, er signalene fra klinikere og behandlere at behandlingstilbudet er mangelfullt/mangler, og at det tilbys svært få kjønns spesifikke behandlingstilbud (Lossius, 2012a).

En systematisk gjennomgang utført av McCrady et al. (2020) konstaterer at kvinner opplever større grad av barrierer for å søke behandling for sin alkoholavhengighet enn menn. Skyld og skam er barrierer som nevnes, og psykologspesialist og pioner på rusfeltet Kari Lossius (2017) har argumentert for at skammen og stigmatisering kvinner ofte kjenner, henger sammen med konstruerte normer omkring morsrollen (Fagrådet – rusfeltets hovedorganisasjon, 2017). Å etterstrebe en ikke-dømmende holdning ovenfor rusmiddelavhengige kvinner anbefales for å redusere skam og stigma (Hines, 2013; Joshi et al., 2021). Frykt for barnevernet er også en viktig årsak til at kvinner unngår å søke seg inn til rusbehandling (Small et al., 2010). Giftige kvinner med barn, som misbruker alkohol, opplever mer skyld og skam i forhold til misbruket, enn fedre (Thurang et al., 2010, s. 215).

I følge en artikkel av Beckman & Amaro (1986) rapporterer kvinner om større sosiale kostnader assosiert med det å gå inn i behandling og opplever større grad av motstand fra familie og venner. Sosialt stigma er også et hinder som står i veien for kvinnene (Khan, 2013). Green (2006) fant at kvinner med alkoholproblem synes å foretrekke å søke hjelp i psykisk helsevern heller enn i spesialiserte rusbehandlingstilbud. McCrady et al. (2020, s. 5) presiserer at kvinner som oppsøker behandling har en mer alvorlig alkoholavhengighet og derfor har andre og mer komplekse behov enn det som gis i standard AUD (Alcohol use disorder) behandlingsprogram.

Virker kjønnsespesifikke behandlingsintervensjoner?

Tilbud som gis rusavhengige kvinner varierer mellom hvorvidt det gjennomføres kjønnsblandet eller kjønnsdelt og om innholdet er tilpasset kvinner spesifikt eller ikke (McCrady et al., 2020, s. 6). Niv & Hser (2007, s. 200) gjennomgikk 43 behandlingsprogram, og fant at kvinner i kjønnsdelte tilbud hadde færre arrestasjoner og mindre rusbruk i året etter endt behandling, sammenliknet med kvinner i kjønnsblandede tilbud. Dette på tross av at kvinnene hadde en mer alvorlig rusmiddellidelse og mer alvorlige komorbide psykiatriske lidelser, enn kvinnene de sammenliknet med fra kjønnsblandede behandlingsprogrammer. Dette var ikke en randomisert kontrollert-studie, og det kan derfor ikke utelukkes at andre faktorer kan ha påvirket resultatene. I en retrospektiv analyse fant Bride (2001) derimot ingen signifikant forskjell i behandlingseffekt mellom kjønnsdelt og kjønnsblandet behandling av kvinner.

Forskningen spriker når det gjelder sammenlikning av effekt av kjønnsdelt og kjønnsblandet behandling. Greenfield et al. (2007) utviklet et kvinnespesifikt manualbasert behandlingstilbud for å se om de fant forskjell i behandlingseffekt når kjønnene ikke bare ble delt, men også mottok kjønns-spesifikke behandlingsintervensjoner. I pilot-testing av dette tilbudet fant de i oppfølgingsmåling en signifikant forskjell i reduksjon av inntak av rusmidler mellom kvinnene som mottok tilbudet og kvinnene i gruppen som fikk kjønnsblandet behandlingstilbud uten kvinnespesifikt innhold. Funnene ble derimot ikke replikert i oppfølgingsstudiet der resultatene viste ingen forskjeller mellom kvinnene i delt vs blandet behandling, der nedgang i rusbruk ble brukt som utfallsmål (Greenfield et al., 2014).

McCrary et al. (2020, s. 12-13) argumenterer for at kvinne-spesifikk behandling kan være aktuelt av andre grunner enn nedgang i rusbruk som utfallsmål. De argumenterer for at sekundære utfallsmål som psykososial velbefinnende og psykiatrisk helse vil kunne gi interessant informasjon om tilbudet som gis kvinner. McCrary et al. (2020, s. 13) problematiserer at svært få kvinner (15 %) med alkoholproblem faktisk søker seg til behandling og understreker at det vil være viktig å finne ut om et bedre tilpasset helsetilbud vil øke antall kvinner som søker rusbehandling.

Greenfield, Cummings, Kuper, Widgerson et al. (2013, s. 750) fant i kvalitative analyser av kjønnsdelt vs kjønnsblandet tilbud at kvinner uttrykte tilfredshet og i større grad følte seg trygge, i stand til å omfavne seg selv, få ivaretatt sine behov, følte intimitet, empati og ærlighet i de kjønnsdelte tilbudene. Lignende funn er rapportert av Neale et al. (2018) hvor semi-strukturerte intervju av kvinner med voldserfaringer begått av menn ble utført i forkant av et kjønnsdelt behandlingsopphold. Før behandlingsstart beskriver kvinnene en skepsis til

kjønnsdelt behandling som attribueres til tidligere dysfunksjonelle forhold til andre kvinner. På tross av denne skepsisen, rapporterte kvinner etter endt behandling positive erfaringer som trygghet, støtte og forståelse, selv om det også oppstod konflikter og mistillit i kvinnegruppen.

Kornfield (2014) utførte en kvalitativ studie av en gruppe kvinner som mente de selv hadde funnet veien til suksess. Dette innebar blant annet en ren kvinnegruppe basert til dels på AA sine prinsipper. At kvinnene skulle ha noe eget handlet om at de sensurerte seg selv foran menn når de hadde behov for å snakke om seksualitet og relasjoner (Kornfield, 2014, s. 425). Behovet stammet fra en frykt for misforståelser, hvor menn kunne tolke deres promiskuøse historie som en invitasjon, eller fordømme deres tidligere handlinger.

Possic & Itzick (2018) søkte et innblikk i rusavhengiges kvinners opplevelse av tilstedeværelse på et behandlingstilbud hovedsakelig basert på mannlige behov. Institusjonen det henvises til var et terapeutisk samfunn. På tross av kvinnenenes opplevelse av at kjønnsblandet tilbud var viktig for et mer naturalistisk behandlingsmiljø, beskrev kvinnene de rene kvinnegruppene som de eneste plassene de trygt kunne dele tanker rundt sin feminine identitet (Possic & Itzick, 2018, s. 504).

Gruppeterapi er anbefalt som metode for behandling av mennesker med rusmiddellidelser (Helsedirektoratet, 2017c). Karterud et al. (2020, s. 292) presiserer at det tar lenger tid for personer med ruslidelser å etablere en god og tillitsbasert gruppekultur. Videre beskriver han en pasientgruppe som lever på lovens ytterkant i miljøer preget av vold og tvang. «Man må passe seg vel for hva man sier til hvem og når» (Karterud et al., 2020, s. 292). Karterud et al. (2020, s. 293) etterlyser en RCT studie basert på samme prinsipper som

pilotstudiet utført ved Bergensklinikken. Studien har referert til viste lovende resultat av mentaliseringsbasert terapi på mennesker med ruslidelse og samtidig personlighetsforstyrrelse, fortrinnsvis borderline type, når rusbruk ble brukt som utfallsmål (Arefjord et al., 2014). Personlighetsforstyrrelser er utbredt blant rusmiddelavhengige, med en prevalens på 70% hos polikliniske pasienter (Landheim et al., 2002).

En studie som målte gruppeprosesser i kjønnsdelt vs. Kjønnsblandet gruppebehandling fant at kvinner gir mer støtte til menn i den kjønnsblandede gruppen enn noen annen relasjon (kvinne-kvinne, mann-kvinne og mann-mann) (Greenfield, Kuper, Cummings, Robbins et al., 2013, s. 1). I rene kvinnegrupper var kvinnene like aktive som både givere og mottakere av støtte, noe som kan gi kvinnene en bedre opplevelse av gruppeformatet (Greenfield, Kuper, Cummings, Robbins et al., 2013, s. 13).

Ifølge Lossius (2012b, s. 34) finnes det ikke noen entydig forståelse av hvem som har nytte av kjønns spesifikk behandling, og hun forslår å ta hensyn til relasjonelle vansker og traumatiske opplevelser når man vurderer dette behovet. «For pasienter med intakte relasjoner og få psykiske problemer kan korte intervensjoner i mer kjønnsblandede behandlingsmiljøer være tilstrekkelig» (Lossius, 2012b, s. 34).

Kunnskap om det tradisjonelle rusmiljøet

I et mannsdominert miljø ser maskuliniteten ut til å verdsettes i større grad og kvinner ses på som mindreverdige (Ericson, 2019, s. 36). Kvinnene er i mindretall i rusmiljøet, og de

forteller at det er vanskelig å gjenopprette og/eller opprettholde kontakt med det rusfrie nettverket fordi de sosiale kodene er så ulike de i rusmiljøet. (Ericson, 2019, s. 34).

Egeland et al. (2019), viser til en tversnittundersøkelse av den norske befolkningen der 33,6 % av kvinnene rapporterte at de hadde vært utsatt for seksuelle overgrep, mot 11,3 % av spurte menn. Tall fra statistisk sentralbyrå (Barstad, 2022) understøtter dette, der de referer til at 22% av kvinner mellom 18-24 år har vært utsatt for minst ett seksuelt overgrep. Det er grunn til å anta at rusmiddelavhengige kvinner ikke er mindre utsatt for vold og seksuelle overgrep, enn norske kvinner for øvrig. Kvinner i rusbehandling har i følge (Börjesson et al., 2021, s. 8), ofte flere, og mer alvorlige, vold og overgrepserfaringer enn i normalbefolkningen. I følge Egeland et al. (2019, s. 2) er det et problem at traumeerfaringer ikke kartlegges godt nok ved oppstart av behandling i psykiatrien. Tall fra Sluttrapport Helsedirektoratet, «prosjekt rus og vold» (2017, s. 22) oppgir at 85% av kartlagte menn, mot 54% av kvinnene, sier de har utøvd fysisk vold mot andre. Den samme rapporten er opptatt av at erfaringer med å utøve vold også må kartlegges bedre i rusbehandling (2017, s. 34).

Det er også vanlig at kvinner i rusmiljøet har erfaring med å prostituere seg, noe som igjen øker risikoen for voldserfaringer (Vo, 2017). Dette er erfaringer kvinnene tar med seg inn i behandling, og som kan være et hinder for å nyttiggjør seg gruppebaserte behandlingstilbud i kjønnsblandede institusjoner. I en voldsundersøkelse utført av Thereses hus i Oslo i samarbeid med Oslo Krisesenter i 2018, fremkom det at for 18 av de 24 kvinnene som ble spurt, dreide voldserfaringene seg om partnervold (V. Øverland, personlig kommunikasjon, 9. februar 2022). Korrelasjonen mellom interpersonlig vold (IPV) og rusmisbruk er veletablert (Ogden et al. 2022, s. 8) og forfatterne presiserer i sin systematiske

oversikt at rusbehandlingstilbudet bør innebære screening for IPV for å kunne bedre behandlingen for kvinner med denne kombinasjonen av erfaringer.

Det er også vist til at i et mannsdominert rusmiljø, vil noen kvinner kunne tilpasse seg ved å utvikle en fremtoning med en promiskuøs undertone for å lettere hankses med situasjoner som oppstår (Ericson, 2019, s. 65-66, 69). Dette kan blant annet handle om tilgang på rusmidler eller beskyttelse. For rusmiddelavhengige kvinner kan det å være i et destruktivt/voldelig forhold også være en ressurs, fordi partneren også er i stand til å gi henne beskyttelse fra andre potensielle voldsutøvere. Dette skaper en forutsigbarhet som kvinnen da foretrekker heller enn uforutsigbar vold fra andre (Ericson, 2019, s. 53-56, 70). Når en kvinne deretter kommer i rusbehandling med andre menn, kan dette mønsteret videreføres og påvirke behandlingsutfallet negativt. I slike tilfeller kan det stilles spørsmål ved om det er etisk forsvarlig med et kjønnsblandet rusbehandlingstilbud. (Ericson, 2019, s. 53-56).

En svensk studie fra 2015 (Samuelsson, s. 201) undersøkte hvorvidt behandleres egne tanker om maskulinitet og femininitet påvirket deres holdninger i møte med, og i behandlingen av, rusmiddelavhengige kvinner og menn. Studien fant at behandlerne opplevde det som et etisk dilemma å skulle ivareta kvinners behov for egne tilbud, samtidig som vi lever i et samfunn der lik behandling av kjønnene verdsettes. Den problematiserer både det å ikke ta hensyn til kjønn, og det å bli for opptatt av kjønn. For å unngå fastlåste kjønnsstereotypiske behandlingstilnærminger, foreslo de en større grad av fleksibilitet i behandling av rusmiddelavhengige, der kjønn er en av flere variabler som det bør tas hensyn til.

Begrensning og presisering av problemstilling

Vi har valgt å fokusere på rusmiddelavhengige knyttet til det tradisjonelle rusmiljøet, med bruk av illegale rusmidler. Dette handler blant annet om at rusmiddelavhengige er en svært heterogen gruppe, fra pasienten som drikker alkohol i skjul hjemme, til de som er avhengig av illegale stoffer i de mer tradisjonelle rusmiljøene. Ved å avgrense til det tradisjonelle rusmiljøet, vil det være enklere å generalisere eventuelle funn til pasientpopulasjonen.

Vi har ikke funnet studier som undersøker behandleres opplevelser av dagens behandlingstilbud til rusmiddelavhengige i Norge. Fordi rusmiddelavhengighet er et alvorlig folkehelseproblem, med en svært heterogen pasientgruppe, ønsket vi å snakke med behandlere med klinisk erfaring fra rusfeltet. De kan gi oss et innblikk i deres opplevelser av dagens behandlingstilbud til rusmiddelavhengige, et perspektiv som er mangelfullt i forskning. Våre problemstillinger var som følger: Hvilke opplevelser har hjelpere av kvinners behov, skiller disse seg fra menns behov, hvordan følges dette eventuelt opp, og hva kunne vært gjort for å forbedre tilbudet til rusmiddelavhengige kvinner?

Metode

Design:

Vi valgte å belyse problemstilling ved hjelp av kvalitativ metode. Når man formulerer forskningsspørsmålet med et *hvordan* vil det i følge Kvale og Brinkman (2019, s. 135-136) være bedre å bruke kvalitativ enn kvantitativ metode. Av forskning har vi sett i innledning at dette feltet er komplekst sammensatt og at forskningen spriker. Under veiledning kom vi frem til at problemstillingens var av en sånn art at kvalitativt intervju ville være en egnet metode for å besvare våre forskningsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 140).

Intervjumetodikken bygger på fenomenologisk metode, der vi har forsøkt å få tilgang på informantenes egne perspektiver og forståelse av problematikken vi belyser (Kvale & Brinkmann, 2019, s.45). Videre valgte vi en semi-strukturert tilnærming, dette også for å få utdypende informasjon om hver enkelt informants egne beskrivelser. I praksis betyr dette at alle deltakerne ble stilt de samme spørsmålene, men de fikk ulike oppfølgingsspørsmål basert på besvarelsene. Intervjuguiden besto primært av åpne innledende spørsmål om hovedtemaer og en vektlegging av oppfølgende, utdypende og avklarende spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 156-157).

I denne eksplorerende studien utforsket vi et tema uten å formulere en definert hypotese i forkant (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 141). Formålet med dette var å få fram erfaringer og synspunkter fra en gruppe behandlere med førstehåndserfaring på en tematikk som er relativt lite utforsket, samt få kjennskap til hvordan de begrunner og forklarer disse. Problemstillingen var siktet på å få frem både hvordan dagens tilbud er utformet og hvorvidt dette svarer til behovene hjelperne opplever at rusmiddelavhengige kvinner har.

Rekruttering

Rekruttering av deltagere baserte seg på et bekvemmelighetsutvalg, der vi valgte ut deltakere basert på tilgjengelighet og relevant faglig kompetanse. Inklusjonskriteriene var personer med klinisk erfaring og/eller relevant forskningskompetanse fra behandling av rusmiddelavhengige. Det søktes å inkludere deltakere av begge kjønn, med ulik faglig bakgrunn, og fra ulike institusjoner og flere geografiske regioner i Norge.

Tretten potensielle informanter ble kontaktet, informert om studien og forespurt om deltakelse. Av de som takket ja var 4 av informantene noen vi kjente til personlig, 2 fant vi ved å søke opp ulike rusinstitusjoner for å finne aktuelle informanter, og 2 fikk vi kontakt med etter anbefaling fra andre informanter, såkalt «snøball sampling». Hensikten med en slik tilnærming er å finne informanter som har interesse for temaet og dermed kan berike studien. En ulempe med et slikt ikke-sannsynlighetsutvalg er at eventuelle funn ikke kan generaliseres til hele befolkningen. Vi endte til slutt med 8 deltagere som alle ønsket å bidra med sine betraktninger. Tidsbegrensning gjorde at vi ikke gikk aktivt inn for å rekruttere ytterligere deltagere, selv om det kunne beriket studien ytterligere. Likevel kan antallet forsvares på bakgrunn av at Kvale & Brinkmann (2019, s. 148) anbefaler at man har et mindre utvalg, og heller fokuserer på å bruke godt med tid på forberedelse og analysering av intervju.

Gjennomføring

Intervjuguiden besto av en introduksjon hvor vi presenterte oss selv, takket for at de

ville delta, informerte om formålet og bakgrunnen for studien, at dette var et felt som er lite belyst, og presenterte forskningsspørsmålene. Vi oppfordret deltakerne til å dele det de mente selv var relevant om kvinner og rusbehandling. Deltakerne framstod åpne og godt forberedt. Det ble vektlagt å stille oppfølgings spørsmål der det ble usikkerhet rundt hva deltakeren egentlig mente, eller for å få ytterligere informasjon omkring ett eller flere av problemstillingene.

Databehandling:

Vi intervjuet 6 av 8 deltakerne via Skype/Zoom, da den geografiske avstanden ble for stor til at intervju ansikt til ansikt lot seg gjennomføre. To av intervjuene ble gjennomført ved fysisk oppmøte. Det var satt av én time til gjennomføringen av hvert intervju. Det ble gjort lydopptak av intervjuene som deretter ble transkribert. Opptakene ble oppbevart på kryptert minnepenn og slettet når transkribering og analysing var ferdigstilt. Både direkte og indirekte personidentifiserbar informasjon ble anonymisert slik at ingen av intervjuobjektene eller tredjepersoner kan indentifiseres.

Analyser:

De ferdig transkriberte intervjuene ble analysert kvalitativt, og vi benyttet programvaren NVivo 12 (QSR International, 2020) i analysearbeidet. Vi gjennomførte en fenomenologisk analyse med koding som utgangspunkt basert på Kvale og Brinkmanns (2019, s. 226) bruk av disse begrepene. Først leste vi gjennom intervjuene for å danne oss en oversikt, deretter begynte vi å trekke ut sentrale tema og sortere i mulige kategorier. Disse

kategoriene hadde vi med oss når vi gikk i gang med meningskondensering. I denne prosessen forsøkte vi å konsentrere deltakernes mer omfattende beskrivelser til kortere setninger som ikke mistet sitt meningsinnhold. Vi valgte å analysere deltakernes mening på det uttalte nivået, altså at vi tok utgangspunkt i at den enkeltes eksplisitte uttalte meninger var det som var viktig å få tak på (Kvale og Brinkmann, 2019, s. 239). Vi gikk frem og tilbake mellom oversikt og detaljert koding for å sørge for å ikke gå glipp av viktige beskrivelser. Kode-kategoriene vi brukte for å beskrive innholdet var en kombinasjon av deltakernes valg av ord og vår forståelse av informasjonen som ble gitt, og analysen var i så måte datastyrt heller enn teoristyrte (Kvale og Brinkmann, 2019, s. 230).

Koding og meningskonsentrering ble utgangspunkt for et stort og detaljert kodetre. Hensikten med kompleksiteten var å ivareta nyanser og unngå at vår personlige forutinntatthet skulle lede resultatene i en bestemt retning, noe som ville truet studiens validitet (Kvale & Brinkmann, s. 268). Kodetreet var utgangspunktet som ble brukt når vi formulerte resultatene. I denne prosessen forsøkte vi å restrukturere resultatene i en meningsfull struktur basert på våre fortolkninger av det som ble sagt. «Mens koding bryter ned en tekst i mindre enheter, kan meningstolkning utvide den opprinnelige teksten ved å legge til hermeneutiske lag som muliggjør forståelse» (Kvale og Brinkmann, 2019, s. 230).

Basert på det vi tolket som relevant for oppgaven, laget vi ett nytt kodingstre. Kvale og Brinkmann understreker at fortolkernes forutsetninger er med å påvirke meningsinnholdet som gis den enkeltes bidrag og derfor også den helhetlige vurderingen. Med dette i mente var det flere ganger vi gikk tilbake til de opprinnelige intervjuene for å forsikre oss om at sitatene ikke var tatt ut av sin meningskontekst når vi formulerte en mer

helhetlig forståelig tekst basert på deltakernes besvarelser. Underveis i intervju- og analyseprosessen ble det tatt feltnotater. Feltnotatene ga viktig informasjon om personlige refleksjoner i løp av intervjuprosessen og var nyttige når vi forsøkte å forme et helhetlig bilde av deltakernes erfaringer og forståelse av våre problemstillinger (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 299).

Vi valgte å beholde informasjon om deltakernes utgangspunkt slik som lengde på arbeidserfaring innen feltet, hvilken utdanning de har og annen relevant informasjon. Vi brukte denne informasjonen for å berike forståelsen av deltakernes utsagn samt øke muligheten for leseren å evaluere funnenes troverdighet ved selv å kunne vurdere kontekst (Kvale og Brinkmann, 2019, s. 298).

Etikk:

Studien er vurdert av SIKT (Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, tidligere NSD – Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste). Studien undersøkte hvordan klinikere vurderte nåværende behandlingstilbud til rusmiddelavhengige kvinner. Vi snakket derfor ikke direkte med de rusmiddelavhengige som mottok behandling, og anså derfor ikke temaet for studien som særlig sensitivt. Gjennom kvalitative intervju kom det likevel frem data der personer direkte eller indirekte kunne identifiseres blant annet gjennom omtale av behandlingssituasjoner, personer og steder. Det har derfor vært viktig å anonymisere navn og informasjon i den grad det var mulig uten å miste viktige poeng.

Fordi informantene indirekte kunne identifiseres gjennom lydopptak ble opptakene lagret på krypterte enheter og slettet etter endt studie. Intervjuobjektene kunne når som helst kreve innsyn i de data vi hadde på den enkelte, og fram til data ble anonymisert be om å få dette ekskludert fra studien. Informert, skriftlig samtykke ble innhentet fra alle deltakere. Begge forfattere deltok sammen i alle intervjuene og samarbeidet tett i analyseprosessen og i skrivearbeidet. Dette, samt løpende veiledning i alle deler av arbeidet bidro til å styrke kvaliteten i arbeidet.

Resultater

Totalt ble det intervjuet 8 deltakere, hvorav 6 kvinner og 2 menn i alderen 33 til 66 år. Sju av deltakerne hadde mellom 15 og 33 års yrkeserfaring fra rusfeltet, der en av deltakerne også hadde relevant brukererfaring. En av deltakerne hadde under 5 års erfaring fra feltet. Rent geografisk fikk vi rekruttert deltakere fra Nord-Norge, sørlandet, østlandsområdet og Hedmark. Helse Vest og Helse Midt-Norge er dermed ikke representert. Deltakerne representerer ulike helseforetak, og ulike behandlingstilnærminger, inkludert 12-trinnsinstitusjon og terapeutisk samfunn.

Tabell 1

Karakteristikk av utvalgene

Deltakere	Alder	År med erfaring	Region	Yrke/utdanning
Linda	55-60	30-35	Sør/øst	Sosionom
Anna	50-55	30-35	Sør/øst	Familieterapeut
Dag	45-50	15-20	Nord	Psykologspesialist
Jan	40-45	20-25	Sør-øst	Psykologspesialist
Heidi	65-70	25-30	Sør-øst	Psykolog & brukererfaring
Astrid	55-60	35-40	Sør-øst	Relevant høyere utdanning
Eva	50-55	20-25	Sør-øst	Psykologspesialist
Cecilie	30-35	3-4	Sør-øst	Sykepleier

Deltakerne formidlet mye informasjon og det framkom mange tema som framstod viktige for deltakerne å få formidlet. Gjennom analyseprosessen var det noen tema som stakk seg ut som særlig relevante for våre problemstillinger, og det er disse temaene vi har valgt å ta med oss videre.

Våre funn:

Kvinner er i mindretall i døgnbehandling for rusmiddelavhengighet, og dette blir trukket fram som utfordrende. Rusmiddelavhengige kvinner har utfordringer knyttet til vold og overgrepserfaringer, og gjentakelse av destruktive relasjonelle mønstre i behandling. Det etterlyses større fokus på problematikk knyttet til kvinnelige erfaringer, og problematikk knyttet til det å være biologisk kvinne. Det er fremdeles mye skam knyttet til rusmiddelavhengighet, og dette gjør kvinners terskel for å søke hjelp høy. Selv om kjønn anses for å være en nyttig kategori, er det ikke den eneste. Det stilles spørsmål ved behandlingstilbudet til rusmiddelavhengige, med vekt på utfordringer knyttet til gruppeterapi og 12-trinnsbehandling.

«... fordi det å tilhøre den gruppa det er færrest av er jo alltid utfordrende» (Eva).

Deltakernes refleksjoner rundt kvinner som minoritetsgruppe i rusbehandling.

Samtlige deltakere oppga at de har erfart at kvinner er i mindretall i døgnbehandling for rusmiddelavhengighet. «16 menn og 2 kvinner, så vil jo uansett det være vanskelig fordi du er i minoritet» (Eva). Å tilhøre en minoritetsgruppe kan i seg selv være en sårbarhetsfaktor som gjør at det må tas særlige hensyn til denne gruppen. «Det i seg selv er en grunn til å ivareta damene ekstra». (Dag om kvinner som minoritet i rusbehandling).

Deltakerne nevnte flere utfordringer knyttet til den skjeve kjønnsbalansen i døgnbehandling for rusmiddelavhengighet, slik som «de har færre å identifisere seg med (...) de mister jo den dimensjonen i å dele erfaringer seg imellom (...) større press i forhold til

seksualitet fra de mennene som er her» (Anna). Astrid sa videre at en institusjon som i utgangspunktet hadde kjønnsblandet tilbud for rusmiddelavhengige, så seg nødt til å spesialisere seg på menn på bakgrunn av utfordringer knyttet til kjønnsbalansen. «Men grunnen til at de slutta med kvinner og valgte å spesialisere seg på menn, var jo nettopp det at de blir trippelt sårbare når de er færrer».

Jan beskrev et urolig og bråkete miljø, der menn får mye av oppmerksomheten. Han nevnte at institusjonene fort ender opp som små demokrati, der flertallet avgjør hvilke aktiviteter pasientgruppen skal delta på. I grupper med få kvinner og mange menn, vil dette medføre at kvinner mister muligheten til å delta på typiske kvinneaktiviteter. Jan og Astrid beskrev også at de har erfart at kvinner oftere enn menn, søker seg til aktiviteter med elementer av omsorgsoppgaver og/eller egenomsorg.

«...Mens jentene var jo veldig opptatt av at hesten den skulle også ha kos og stell og jeg vil ordne den selv (..) var mye mer opptatt av de helhetlige omsorgsoppgavene rett og slett» (Astrid)

og Jan om det å dra på spa;

«... Og det skal være plass til de tingene der og, og i det så ligger jo da sånn egenomsorg. Som er mer en sånn kvinnelig måte å gi seg selv egenomsorg på. Ikke så

viktig for menn, men for kvinner så ser det ut som det er viktig.»

Jan var opptatt av at det er viktig «å gyldiggjøre de kvinnelige erfaringene som noe annet enn de mannlige erfaringene», og at det er viktig å legge til rette for at kvinner får muligheten til å delta i aktiviteter/tilbud sammen med kun andre kvinner. Han utdypet dette med å si.

«At man har et sted å liksom trekke seg litt tilbake til, bare lukke døra og si at her er det ingen menn» og «Det er helt åpenbart at det er kvinnelige erfaringer som man best kan ta i et eget rom. For det er jo litt sånn at skal du bli kjent med erfaringene så må du på en måte klare å trekke de frem et sted der det er trygt»

Linda løftet fram behovet både kvinner og menn har for bekreftelse og oppmerksomhet fra det andre kjønn, og at kvinner og menn «trekkes som magneter mot hverandre». Dette mente Linda er svært uheldig, spesielt når kvinnene er i så klart mindretall i rusbehandling; *«hvis du er en kvinne og det er 17 menn rundt deg som alle søker bekreftelse, og det gjør du også, så blir det et ganske usunt miljø.»* Astrid sa noe av det samme: *«Du kommer inn i en blandingsinstitusjon, alle kjønn er representert, men mye færre kvinner. Kanskje det er enda verre enn at det ikke er kjønnsdelt?»*

Både Dag, Jan og Astrid beskrev det klassiske rusmiljøet som hardt, voldelig og som et sted «der makta rå» (Dag). Der blir kvinnen fort annenrangs, og også brukt som et middel

for å oppnå innflytelse, penger, rus eller «*De er bare en ting. De er noe som noen bestemmer over, som noen kan bytte bort*» (Linda). Jan og Astrid beskrev at deres erfaring var at menn og kvinner har veldig klare og tydelige kjønnsroller i det tradisjonelle rusmiljøet.

«...kjønnsrollene i det klassiske tunge rusmiljøet de er jo veldig veldig tydelige. Og det er menn som styrer der, i veldig stor grad. Og kvinner må tilpasse seg det» (Jan).

Anna mente at noen kvinner med vold og overgrepserfaringer kan profitere godt på et kjønnsblandet tilbud, selv når de er eneste kvinne i en større gruppe med menn.

«I terapeutiske grupper med overvekt av menn, så var hun eneste kvinne, men hun sa hun fikk utrolig hjelp av at det var menn som hørte på, og hadde forståelse og delte, og både kunne forstå og bringe videre fra sitt liv, tilbakemeldinger som har vært utrolig viktige for henne».

Linda derimot kom med et eksempel som belyser samme tematikk på en annen måte, der hun beskriver at det for noen kvinner kan være vanskelig å forstå at den behandlingssituasjonen de står i er uheldig for dem før det har gått en stund;

«Ei som fortalte om at hun hadde vært en plass med 17 menn, i 6 måneder eller noe sånt (...)så hun var nok den gangen, opplevde nok at det gikk bra, men da vi snakket

med henne om det nå, så var hun litt mer tvilende.»

Eva var opptatt av at det er viktig å ha flere tanker i hodet samtidig. Hun sa at noen kvinner vil håndtere det å være i mindretall godt, mens andre ikke gjør det. *«Jeg tror noen kvinner tåler det og har andre tema enn akkurat kjønn å jobbe med, men de som har særlige utfordringer med det burde ha et tilbud å søke seg til».*

Et annet aspekt flere av deltakerne trakk fram når det kommer til kvinner som minoritet i rusbehandling, er hvilket rusmiljø de kommer fra. Eva sa en noe om hvor stor forskjell det er på rusavhengige fra det klassiske rusmiljøet, og de rusmiddelavhengige som aldri har vært i nærheten av miljøet på gata.

«Jeg tror det er litt sånn forskjellig, fra hvilket rusmiljø kommer disse kvinnene og mennene fra? (..) aktive rusmiljø der hvor det er veldig mye rusmidler, illegale rusmidler, hvor kanskje dynamikken mellom mann og kvinne har vært at mannen skaffer rusmidlene, kvinnene skaffer pengene gjennom å selge sex. (...) Men så har vi også den høyt utdannede businesskvinnen som har drukket for mye alkohol.»

Jan sa noe tilsvarende, men var opptatt av å ivareta de kvinnene som har vokst opp med rusavhengige foreldre, omsorgssvikt og/eller overgrep. Disse kvinnene har kanskje levd i det mer klassiske rusmiljøet hele livet, og bærer i større grad på erfaringer som gjør at de trenger noe eget;

«Og for en del kvinner som har vært utsatt, eller har levd i dette kanskje hele livet, hvordan skal de få rom til å bryte det mønsteret med at det er menn som styrer (...) veldig mange har vokst opp i dette her»,

Linda hadde tanker rundt hvem som kanskje ikke har behov for kjønnsdelt rusbehandling, og nevnte de som ikke har så alvorlig problematikk:

«Så er det jo mange som begynner å ruse seg uten å ha opplevd incest eller overgrep (...) Sånn at hvis du da begynner å ruse seg, og ruser deg i noen år, og så får hjelp, så vil kanskje det å da være på et ruskollektiv med aktivitet og mestring, sammen med gutter, ikke være noe problematisk for mange av dem»

Deltakerne var uavhengig av hverandre opptatt av den store skjevheten i kjønnsbalansen hos de rusmiddelavhengige i døgntilrettelagt behandling, der kvinner er i klart mindretall. De malte et bilde av et maskulint og kjønnsstereotypisk miljø, der de tok utgangspunkt i det klassiske rusmiljøet. For noen kvinner blir den skjeve kjønnsbalansen i kombinasjon med det maskuline miljøet en utfordring. Kvinnelige rusavhengige er likevel en heterogen pasientgruppe, og noen kvinner opplever ikke det som like problematisk å være i mindretall.

Destruktive relasjonelle mønstre

«Jeg har noen erfaringer med det at det blir for vanskelig, man har etablerte mønstre der man inngår i relasjoner med menn fordi man søker en type beskyttelse og at det gjentar seg stadig den typen mønstre i behandling» (Dag)

Linda, Dag og Astrid har erfaring med at noen kvinner trenger å skjermes fra menn under hele eller deler av behandlingen for å klare å nyttiggjøre seg den. En av hovedårsakene til dette er en tendens til at kvinner tar med seg relasjonelle mønstre inn i rusbehandlingen, og at disse mønstrene blir et hinder for kvinnenes vei ut av rusen. Disse mønstrene kan handle om at kvinnen forelsker seg i en av sine medpasienter, og at hun velger å skrive seg ut av institusjonen «*når han blir lei*». (Dag), eller at forelskelsen går på bekostning av den selvutviklingen man tenker pasienten skal ha i behandling. Om selvutvikling og behandlingseffekt, sa Astrid;

«Altså, hvis du skal være i gruppe hvor poenget er, nå skal jeg ha utvikling, nå skal jeg hjelpe meg selv til å forstå meg selv bedre og helst andre også. Sette mine behov litt foran nå, men så ta inn den andres. Og så er du vel faktisk litt betatt av den som sitter ved siden av deg, det går jo ikke».

Anna delte oppfatningen, og sa «vi tenker jo at noe er en utfordring, det å faktisk kunne skille dem (kjønnene) i behandlingshverdagen, slik at hver enkelt får jobbe med sitt eget følelsesliv og sine egne relasjoner».

Linda sammenliknet forelskelsen med en ny type rus som erstatter rusen du får behandling for, mens Astrid var opptatt av at forelskelsen kan fungere som en uheldig trygghetsstrategi; «der er den forelskelsen veldig trygg og god og du har noen å holde i og det er kanskje skummelt der og tema som kommer opp og det kan være godt å ha en kjæreste, eller en forelskelse, men når du kommer ut igjen da er kanskje ikke den så nyttig.»

Anna om samme tema;

«Og da tror jeg at med litt sånn store sjablonger at kvinner søker trygghet og tilhørighet og skjerming ifra de andre (andre menn) i parforholdet for eksempel, mens mannen kanskje er mer opptatt av status»

Resultatene antyder at enkelte kvinner gjentar uheldige relasjonelle mønster når de kommer i behandling for sin rusmiddelavhengighet. Forelskelse kan bli et substitutt for rus, og/eller at de søker menn for beskyttelse. Disse mønstrene vil kunne bli forstyrrende i behandlingen.

Vold og overgrepserfaringer.

«... kvinner som har overgrep og voldshistorikk, der tenker jeg at det skal ganske mye til for at de skal profitere på et behandlingsmiljø hvor det også er menn...»

(Linda).

Nesten alle deltakerne var tydelige på at kvinner med vold og overgrepserfaringer har behov som skiller seg fra de uten slike erfaringer. Behovene som skildres var mange, men de tre som ble nevnt mest var at disse kvinnene oftere trenger å skjermes fra menn i behandling, at de trenger et sted der de kan luften utfordringer knyttet til intimitet og seksualitet, og at det er viktig at de ikke retraumatiseres i løpet av behandlingen.

Jan, Dag og Linda var tydelige på at denne gruppen kvinner har et særlig behov for å skjermes fra menn i hele eller deler av behandlingen. Jan sa; *«Hvis du har veldig mye traumer, veldig mye prostitusjonserfaring, veldig mye sånne ting, at det kan være godt å slippe menn fullstendig»*, og Dag; *«... kanskje kan man si det sånn at for enkelte så er det nesten umulig å få en god behandlingseffekt hvis man ikke skjermes fra det andre kjønn»*.

Jan og Astrid mente også at vold og overgrep er vanlig i det klassiske rusmiljøet, og det er erfaringer mange av kvinnene de møter bærer med seg. *«Det er veldig mange fysiske overgrep som skjer ute i ruslivet hver eneste dag. Det er voldtekter, det er vold, sånne ting skjer jo hele tiden» (Jan).* Og;

«Kvinnene blir mer voldtatt enn menn (...) du får andre behov i rusbehandling hvis du har blitt grensekrenka på inngangen til kroppen din, enn om du har blitt lappa til fordi du var en tilfeldig drittsekk.» (Astrid)

Astrid var også opptatt av at kvinner med disse erfaringene har behov for å skjermes fra menn for å unngå retraumatisering i behandlingen;

«Kvinner som har blitt forgrepet på, skal ikke sitte å høre sterke menn, som kanskje er små inni seg, fortelle om hva de har gjort mot gamle damer eller kjæresten sin og sånn. Det er ikke bra (...) så man kan komme i sånne situasjoner at hvis man kjønnsblander sånne grupper, så kan man risikere ganske mye dårlig retraumatisering».

Linda var opptatt av at disse kvinnene trenger trygge rom for å styrke selvfølelsen, å tørre å gå fra «objekt til subjekt» i eget liv;

«Kvinner i rusmiljøet er veldig mye objekt og de har ikke noen egen vilje (...) og egenverdet så lite at veldig mange har også noen tanker om seg selv som at jeg er ikke verdt noe mer. Jeg fortjener det. Overgrepsofre for eksempel, veldig lav selvfølelse».

Både Heidi og Astrid var opptatt av at også menn kan ha erfaringer med vold og overgrepssproblematikk, og at de derfor kan ha de samme behovene som kvinner med disse erfaringene. «Men så er det jo ikke sånn at menn ikke blir grovt seksuelt misbrukt. Hvis de først blir det så er det jo ikke grenser for hva folk er villig til å gjøre med menns både kroppsåpninger og øvrig» (Astrid).

Jan trakk fram at det er for lite fokus på å kartlegge vold og overgrepserfaringer hos både menn og kvinner, og om de blir kartlagt, blir de ikke nødvendigvis tatt på alvor. «Veldig ofte så blir det ikke et tema (...) og hvis det hadde vært en vanlig person da som ikke ruser seg, så hadde man tatt det veldig på alvor, sant?».

Kvinner med vold og overgrepserfaringer, er en pasientgruppe som oftere har behov for å skjermes fra menn i døgntilbud. Denne gruppen står fram som særlig viktig å ivareta, og det er disse kvinnene som potensielt blir retraumatisert i kjønnsblandede tilbud. Vold og overgrepserfaringer, både hos menn og kvinner, må tas på alvor i rusbehandling.

Kvinnelige erfaringer. «Ja. Fødepersoner, sant». (Heidi)

Deltakerne var opptatt av kvinnespesifikke utfordringer knyttet til det å være biologisk kvinne. Heidi og Astrid snakket om tilgang til prevensjonsveiledning, kunnskap om seksuelt overførbare sykdommer og hvordan de smitter og/eller utfordringer knyttet til graviditet, fødsel eller morsrollen;

«Noe av det som jeg syns er helt sentralt det er prevensjon, det er informasjon om seksuell helse i det hele tatt som også er en stor mangelvare. Altså om smittevei om kjønnsykdommer om uønskede graviditeter altså alle de fenomener mener jeg er kvinnespesifikt. Og jeg mener det ikke blir prioritert i behandling på det omfang som det burde.» (Heidi)

Astrid fortalte om en klinikk der de hadde grupper med kvinnespesifikke tema; «... altså sånn typiske kvinnetema da; underlivsstyr, aborter, utsatthet for vold, ja, sånne ting da». Hun nevner også kvinner som har opplevd å bli fratatt et barn kort tid etter fødsel, og sier noe om hvor traumatiserende det kan være for en kvinne;

«... men hele den der fødsels og gravide skapet og det å ha barnet sitt så tett på kroppen som veldig mange kvinner har opplevd, og i dette feltet at det kan bli så ekstremt traumatisk enten fordi barnet ikke, graviditeten ikke var villet, eller at det var veldig villet og så mister man barnet sitt omtrent ved fødsel, eller før.».

Videre sier hun om å bli fratatt barnet rett etter fødsel; «... jeg ville ha slått fra meg som en gærning. Altså, jeg hadde blitt voldelig, jeg hadde blitt rabiatt ...» Disse erfaringene mener hun er «kvinnekjønnnet», og at de må tas på alvor i behandling.

Stigma. «... og at du som mor ruser deg fra omsorgen til barnet ditt» (Eva)

Flere av deltakerne reflekterte rundt hva som kan være årsaken til den skjeve representasjonen av kjønnene i døgnbehandling. Cecilie og Linda sa begge at de opplever at kvinner i større grad enn menn vegrer seg for å søke hjelp;

«Det er jo en kjensgjerning at i rusbehandling er det 70% menn og 30% kvinner, i psykiatrien er det omvendt, så for kvinner er det mer skambelagt å ha rusproblemer. Det betyr også at ofte så tar det lang tid før de ber om hjelp og går inn i behandling. Så da har de rukket å selvskade, hatt mye negative opplevelser i rusmiljøet, og eventuelt familie der de har kastet alt på båten. Så jeg tror at veldig mange kvinner har mer trøblete ting i sekken på grunn av det enn menn. Menn søker tidligere hjelp i forhold til rus»

Dag snakket om at det tradisjonelt sett er kvinnen som har «*det primære omsorgsansvaret*», og at det da kan medføre større konsekvenser for barn hvis mor ikke holder seg rusfri. «*Som mann, så ja så kan man dra litt ut og leve livet sitt, mens hvis en mor skulle gjøre det samme så ville det bli møtt med større grad av fordømmelse*». Eva hadde lignende beskrivelser som Dag;

«Men jeg tror tradisjonelt sett så er det jo mer skambelagt for kvinner å ruse seg. Fordi tradisjonelt sett er det forbundet med at de er omsorgspersoner.»

Selv om kvinner og menn i Norge er likestilte på de fleste områder, antyder resultatene at kvinner som ruser seg skammer seg mer enn menn som ruser seg. Det er viktig å gi kvinner et sted der de kan dele disse erfaringene uten å bli påført ytterligere skam;

«Og vi er jo også en del av samfunnet, kanskje vi moraliserer mer overfor mødre som ruser seg enn vi gjør i forhold til fedre (...) Jeg tror det ligger så i oss og kanskje er det riktig, men det vil i alle fall være viktig å hjelpe hverandre å ikke agere på de holdningene. For det er mer enn nok skam, enn at vi skal påføre de skam» (Eva)

Det virker til å være kvinnespesifikke utfordringer som det må tas høyde for, slik som prevensjonsveiledning, graviditet og fødsel. Resultatene tyder på at det er en vesens forskjell i hvordan samfunnet og behandlingsapparatet forholder seg til rusavhengige kvinner og menn, og det er viktig å redusere skam knyttet til det å være rusavhengig kvinne.

Kjønn som kategori. «Men alle kvinner er ikke like, og alle menn er ikke like heller» (Anna)

Alle deltakerne ga uttrykk for at rusmiddelavhengige først og fremst har allmennmenneskelige, kjønnsuavhengige behov for omsorg, trygghet, nærhet, mestring og gode relasjoner. Linda beskrev det på denne måten;

«... vi mennesker trenger mye av det samme, vi trenger å bli sett, å bli anerkjent, å erfare at vi ikke er håpløse, at vi er verdifulle, vi trenger å erfare mestring og bli glad i oss selv (...) Jeg har jobba mye med sårbare menn, og det er ikke mye forskjell altså».

Deltakerne var likevel delt i spørsmålet om disse behovene skal møtes likt hos menn og kvinner. Heidi argumenterte for å skille på erfaring heller enn kjønn; *«I forbindelse med sex-arbeid, så syntes jeg det var mer relevant å sette sammen menn og kvinner som alle hadde solgt sex, framfor bare kvinner sammen»* Astrid fryktet at det å dele grupper basert på kjønn, potensielt kan medføre at noen pasienter mister et behandlingstilbud som de ville hatt nytte av; *«I det øyeblikket du sier at dette er kun for kvinner, så kan du miste noen kvinner».*

Deltakerne var også opptatt av de som ikke definerer seg som mann/kvinne, eventuelt de som ikke passer inn i de stereotypiske kjønnsrollene;

«Når vi velger å si at du er i denne gruppa primært fordi du er kvinne, så highlighter vi det biologiske kjønnnet. Hva skal du gjøre med personen som føler seg verken som kvinne eller mann? Jeg lurar på om vi er i fare for å ekskludere mer enn å inkludere da» (Eva).

Astrid sa også; «Å være homoseksuell mann og komme inn i et mannsmiljø hvor man snakker om rævpulingsaktiviteter, hvordan skal du være ærlig om hvem du er, det går jo ikke»

Resultatene antyder at selv om kjønn er en nyttig kategori, så er det også andre faktorer å ta hensyn til, slik som seksuell legning, erfaringer og individuelle forskjeller.

Utfordringer med behandlingsformatet.

Flere av deltakerne var opptatt av utfordringer knyttet til dagens behandlingstilbud for rusmiddelavhengige. Gruppeterapi, mangel på nyanser i behandlingstilbudet og kritikk av 12-trinnsbehandling var noe av det som ble nevnt.

Gruppeterapi.

Deltakerne beskrev det tradisjonelle rusmiljøet som et miljø hvor kunnskap er makt og hvor den moralske taushetsplikten er det eneste som skiller din livshistorie fra å spres videre til andre som ikke ønsker deg vel. Både Dag, Jan og Heidi fortalte at dette ikke er noe de selv hadde ønsket å være med på, og var derfor usikre på om det er riktig å pålegge pasientene gruppebehandling. Jan sa det på følgende måte;

«Du kan si uansett, hvis vi snakker om traumatiske ting, så er det et stort tankekors for rusbehandling. Det har ofte vært en sånn ideologi at her kan du dele alt, og her har alle taushetsplikt i denne gruppen (...) Kan du være sikker på at folk ikke bryter taushetsplikten? Veldig mange som er i rusbehandling de havner utpå rus igjen, hva forteller den personen om det som skjedde inni rusbehandlingen der?»

Jan, Linda og Cecilie beskrev fordelene med gruppeterapi og gjerne rene kvinnegrupper: «... at det fort kan innvirke veldig sterkt på hvordan man tenker om sin egen situasjon når man hører liknende historier fra andre» (Jan). Cecilie fortalte at hun har et ønske om å få til en kvinnegruppe på jevnlig basis, og tenker det ville vært heldig for de kvinnene det gjelder; «Så det er jo derfor jeg har vært litt nysgjerrig på om vi hadde vi klart å rekruttere flere kvinner til behandling hvis det hadde vært en åpen kvinnegruppe?» Videre beskrev hun at enkelte pasienter har mye motstand mot gruppeterapi. Ofte opplever disse i etterkant at «det var akkurat det de trengte for å få det bedre».

Eva sa noe om det kan være sårbart å dele sensitive ting i grupper med rusavhengige du kanskje kjenner fra miljøet; «Derfor tenker jeg at i gruppeterapien så skal du jo dele fra deg selv, men du skal ikke jobbe med de innerste hemmelighetene dine. Det gjør du individuelt.» Astrid sa også noe om at kvinner og menn kan ha ulikt utgangspunkt når de kommer i behandling, og at det ikke er hensiktsmessig å be dem dele disse erfaringene i grupper;

«Så jeg tror sånne sensitive grupper hvor det er sensitivt innhold, hvor du blander utsatte kvinner og voldelige menn, og for så vidt også utsatte menn, er ikke bra. Altså det mener jeg å tørre å påstå at ikke er bra»

Heidi var opptatt av at det finnes de med antisosiale trekk, som ofte forstyrrer og ødelegger gruppeprosessene. Disse skulle hun helst sett at det var mulig å skjerme fra resten, både av hensyn til pasienten med disse trekkene, og av hensyn til medpasientene. *«Det vil være psykopater, ikke mange, men det er alltid noen med sterke antisosiale trekk. Det kan være menn og det kan være kvinner».* Eva beskrev at noen pasienter blir skrevet ut fordi de er destruktive for felleskapet. Da er det best for alle at denne pasienten får en annen type behandling; *«Og hvis du er en som fungerer veldig dårlig, antisosial, narsissistisk, så er det veldig vanskelig å ha i et felleskap.»*

Deltakerne var opptatt av at gruppeterapeutene må være metodisk sterke, og at de må være trygge nok i rollen som terapeut til å håndtere de utfordringene som oppstår på en faglig forsvarlig måte. Astrid sier blant annet;

«Behandlerne må være så veldig bevisste (...), så de må kunne svitsje, hva skal jeg gjøre nå? (...) Skal vi isolere den, snakke masse med vedkommende eller skal vi ta gruppa?» (Astrid)

Eva trakk fram hva behandlere må være ekstra oppmerksomme på i kjønnsblandede grupper;

«At hvis du som kvinne alltid er den som sørger for at mannen har det bra, og du tilpasser deg mannens behov, og sånn sett ikke er opptatt av dine egne behov, og hvis vi som behandlere ikke avslører det mønsteret, så gjør det jo, altså, da gjør vi en

dårlig jobb. At vi synes det er deilig å ha noen beroligende kvinner inn i en gruppe med litt sinte menn. Altså vi bruker kvinnens tilbøyelighet til å ta vare på menn fordi det passer oss. Altså sånne mønster må vi unngå».

Linda var opptatt av at det i grupper med overvekt av menn, så ender kvinnene opp med å ta ansvar for kommunikasjonen. Hun eksemplifiserte dette ved å si at også behandlere er opptatt av å ha kvinner i gruppene, og kom med et eksempel på hva et argument for en velfungerende gruppe kan være; «vi må jo ha noen damer med i gruppa, hvis ikke så blir det ikke noe».» Videre sa Linda at hun tenkte at både kvinner og menn kan ha utbytte av å delta i kjønnsdelte grupper, og at menn har noe å tjene på å ikke ha kvinner som tar seg av pratingen; «...så må mennene, og jeg tror de har fryktelig godt av det».

Deltakerne var stort sett enige om at gruppebehandling er et godt tilbud til mennesker med rusmiddelavhengighet, dersom gruppeterapeutene er metodisk sterke og gruppedeltakerne bidrar. Det kom likevel fram noen ulemper med gruppeformatet som det må tas hensyn til. Det virket likevel å være enighet om at både kjønnsblandede og kjønnsdelte grupper bør inngå det offentlige og private tilbudet til rusmiddelavhengige.

Behandlingstilbud

Deltakerne var opptatt av at behandling av rusmiddelavhengige er komplekst, og at de savner nyanser i behandlingstilbudet. Det må være rom for individuelle forskjeller hos

pasientene.

«Kunne man tenke seg en integrert behandling hvor man heller fokuserte på felt i behandlingsforløpet hvor kvinner og menn fikk forskjellig, etter hva de ga uttrykk for? (...) For jeg tenker at det er altfor lite nyanser» (Astrid).

Dag sa også noe om at nyanser er viktig, men at vi må passe oss for å lage for mange kategorier av mennesker med særskilte behov;

«Men man skal bruke ressursene på en effektiv måte, sånn at man får behandlet flest mulig pasienter. Og hvis man skal ha ett tilbud til gravide kvinner og ett tilbud til kvinner og til unge, så blir det veldig fragmentert».

Økonomi og ressurser var også noe Jan trakk frem;

«Det som kanskje er en annen føring her, er nok at alle blir veldig presset på penger, ressurser, og innenfor byråkratiet så finnes det ingen kjønnsforskjeller (...) Faglige hensyn må vike for økonomiske hensyn. Det vil jeg si er et vel så stort problem for å holde oppe kvinneperspektivet som det andre».

Anna om å være åpen for at mennesker er forskjellige, og at også behandlere må være romslige i sin forståelse av rusavhengige;

*«Men at vi har en forskjellighet og at ikke vi går oss bort i for bastante meninger (...)
Og at de møter fremtidig helsepersonell som har litt romslighet da. I forhold til hvilke
behandlingstilbud som passer for hvem».*

Eva mente også at det må være aksept for forskjellighet, men opplever at det ikke er like stort rom for alle;

«Det er litt urettferdig for kvinner mtp rustilbud for det er lettere for en mann å finne et tilbud hvor det er flest menn. Det er urettferdig syns jeg. For en kvinne, når du søker deg inn til et blanda tilbud, så vil du stort sett være i mindretall. Og de omkostningene det har. Jeg tror noen kvinner tåler det og har andre tema enn akkurat kjønn å jobbe med, men de som særlig utfordringer med det burde ha et tilbud å søke seg til.»

Flere av deltakerne kommenterte debatten rundt 12-trinnsbehandling, som blant annet handler om hvilket ideologisk grunnlag behandlingsmodellen bygger på. Elementer som trekkes frem er at metoden er for konfronterende, samt at den ekskluderer de som mottar legemiddelassistert behandling (LAR) eller har foreskrevet benzodiazepiner fra legen. Jan beskrev det på denne måten;

«Det er mange av de institusjonene der som har veldig sterk ideologi på at det skal gjøres sånn og sånn. Da øker jo faren for behandlerovergrep i betydningen av at folk blir presset til å si ting for fort. Så veldig mange av de pasientene som jeg jobber med,

mye sånn tunge psykiske lidelser, gjerne i LAR. De kan jo ikke bruke sånne typer institusjoner. En ting er at de ikke får lov, men det er ikke sunt heller tror jeg. Det er for konfronterende».

Heidi beskrev 12-trinnsideologien som en sosialiseringssprosess, hvor man skal subjektiveres inn i en spesifikk moralsk forståelse av hva det vil si å være et godt menneske. Hun trakk frem at det er behov for å utforske mer potensielle skadevirkninger denne behandlingsmetoden kan ha for mennesker som ikke får til å passe inn i denne modellen;

«Det er problematisk fordi det har skadepotensiale ... Hvis du ikke kan tilpasse deg, hvis ikke du kan bli sosialisert som den pasienten som vi kan forme ut fra vår moralske forståelsesramme, så er du beyond help.»

Cecilie fortalte oss at hun har god erfaring med 12.trinnsbehandling, og var opptatt av at en av modellens hovedpoenger er å hjelpe pasienten å bli kjent med de sider av seg selv som pasienten ikke er bevisst. For å få dette til vil det være behov for å konfrontere pasienten med disse sidene;

«...noen påstår jo at det er veldig sånn konfronterende. Jeg vil jo heller si tydelighet da. At vi kaller en spade for en spade fordi vi har et veldig ønske om at de skal få et bedre liv. Og da må vi speile de på de blindfeltene som ikke de har. Og der syns jeg at 12-trinnsmodellen fungerer veldig bra. For det er utrolig mye omsorg i den. Veldig veldig mye.»

Diskusjon

Formålet med denne studien var å få mer kunnskap om klinikers erfaringer med døgnbehandlingstilbudet til rusmiddelavhengige kvinner. Siden forskningen på feltet varierer, ble det viktig for oss å undersøke dette nærmere. Rusmiddelavhengighet er et alvorlig folkehelseproblem, og resultatene våre antyder at det fremdeles er uenighet knyttet til hva som er god behandling av ruslidelser. Våre hovedfunn er at kvinner er en sårbar minoritet i døgnbehandling for rusmiddelavhengighet, at vold og overgrepserfaringer ikke kartlegges tilstrekkelig og at gruppeterapi som behandlingsformat byr på noen utfordringer. Oppsummert betyr dette at rusmiddelavhengige kvinner i døgnbehandling står i fare for å ikke få ivaretatt sine pasientrettigheter, slik som reell brukermedvirkning og individuelt tilpasset behandling.

Kvinner som minoritet

Utfordringer knyttet til kvinner som minoritetsgruppe både i døgnbehandling, og i det klassiske rusmiljøet, var et tema som gikk igjen hos samtlige informanter. Det klassiske rusmiljøet beskrives av informantene som hardt og maskulint, der menn og kvinner raskere etablerer tydelige kjønnsrollemønstre. En masteroppgave av Vo (2017) fant at kvinner i rusmiljøet søker en mannlig partner for beskyttelse, særlig hvis de har erfart at det er nødvendig for å overleve i miljøet, eller redusere faren for overgrep av andre menn. Våre funn antyder at dette stemmer, og at kvinner også bruker sin seksualitet for å få tilgang på rusmidler.

Dette understøttes også av Possic & Itzick (2018, s. 503-504), som fant at det for noen kvinner opplevdes som en suksessfaktor å inngå i en seksuell relasjon med en mann med tilgang på rusmidler. Den samme studien fant at det maskuline rusmiljøet, gjør at kvinner står i en skvis mellom det å hevde seg, eller å underkaste seg. Dette tar de gjerne med inn i rusbehandling, som fører til at kvinner står mellom valget å fremstå som dominerende og lite feminine, eller underdanig og maktesløs (Possic & Itzick, 2018, s. 504). Forfatterne presiserer at særlig sistnevnte vil kunne føre til begrenset behandlingseffekt for rusmiddelavhengige kvinner.

Våre funn understøttet dette, og flere av informantene var opptatt av utfordringer knyttet til at rusmiddelavhengige kvinner gjentar uheldige relasjonelle mønstre når de kommer i behandling. Kari Lossius har også problematisert dette, og sier at disse mønstrene gjerne misforstås av behandlere, der kvinnene blir møtt med fordømmelse når de bruker sin seksualitet som overlevelsesstrategi (Bu, 2020). Vi tenker det er viktig å ha bevissthet rundt hvor kvinnene kommer fra, og hvordan man tolker deres atferd.

Våre funn antyder at den skjeve kjønnsbalansen er en av de største utfordringene med dagens behandlingstilbud til rusmiddelavhengige kvinner. Som nevnt innledningsvis, er det ønskelig med jevn kjønnsbalanse for å sikre et godt arbeidsmiljø (Jensen & Øistad, 2019, s. 6-7), og at det oppleves mer belastende å være kvinnelig minoritet (Berg, 2020, s. 2). Selv om dette handler viktigheten av kjønnsbalanse for å bedre arbeidsmiljøet, er det grunn til å anta at det også kan gjelde andre arenaer hvor kvinner og menn samles. På bakgrunn av dette, samt informantenes refleksjoner, mener vi at det bør etterstrebes en jevnere kjønnsfordeling i døgntilbud av rusmiddelavhengige.

Vold og overgrepserfaringer

Resultatene våre viser at rusmiddelavhengige kvinner med vold og overgrepserfaringer er en spesielt sårbar gruppe. Å ha vært utsatt for vold og overgrep øker risikoen for å utvikle posttraumatisk stressyndrom (PTSD) (Oslo Universitetssykehus, 2022a), noe det er viktig å ivareta i behandling. Funnene våre antyder at disse kvinnene i større grad har behov for skjermes fra menn mens de mottar døgnbehandling for sin rusmiddelavhengighet. Dette for å gi kvinnene ro til å arbeide med seg selv, uten forstyrrelser fra menn. Vo (2017) viser til tilsvarende funn, der noen kvinner har behov for å skjermes fra menn som representerer tidligere overgripere for å nyttiggjøre seg behandlingen.

Informantene våre etterlyser mer fokus på kartlegging av traumehistorikk, noe som støttes av Egeland et al. (2019, s.2-3) der mangel på systematisk kartlegging av traumehistorikk trekkes fram som en risikofaktor for dårlig behandling. Kvinner i rusbehandling har en prevalens opp mot 80 % på fysisk, seksuell eller emosjonelt misbruk og traumer (McCrary et al. 2020, s. 3). Ogden et al. (2022) argumenterer for at også kartlegging av erfaring med interpersonlig vold (IPV) er viktig for å kunne tilpasse behandlingen for de kvinnene det gjelder.

På bakgrunn av den høye forekomsten av traumer og voldserfaringer blant rusmiddelavhengige kvinner, ble det foreslått at kvinner i rusbehandling skal få traumesensitiv behandling (McCrary et al. 2020, s. 3). I den samme artikkelen presiserer McCrary et al. (2020, s. 9) at dette ikke trenger bety at man jobber med traumet, men at

man tar hensyn til dette i planleggingsfasen, og går aktivt inn for å unngå «triggere» og retraumatisering i rusbehandling. Det er derfor svært viktig å kartlegge vold og overgrepserfaringer hos rusmiddelavhengige, for å sikre kvaliteten på det tilbudet som gis dem.

Særlig det å snakke om seksuelle traumer er noe som kan oppleves vanskelig dersom det motsatte kjønn er tilstede (Salter & Breckenridge, 2013, s. 170). Dette støtter våre funn, om at kvinner med vold og overgrepserfaringer har behov for en arena der de kan møte andre kvinner med liknende erfaringer. Som nevnt innledningsvis beskriver Kornfield (2014, s. 425-426) hvordan kvinner sensurerer seg selv foran menn, for å unngå fordømmelse og/eller misforståelse. Kvinnene hadde ikke den samme frykten ovenfor andre kvinner, da de opplevde at de hadde mer liknende erfaringer.

Funnene våre antyder at det er en bevissthet rundt disse temaene, og en forståelse av kompleksiteten i behandling av rusmiddelavhengige kvinner. I et kvinneperspektiv forsøker institusjonene å skape rom der kvinnene kan utforske seg selv og sine utfordringer, kun sammen med andre kvinner. Eksempel på slike grep kan være rene kvinneaktiviteter og tilbud, egne oppholdsrom eller egne kvinnedager. Noen kvinner beskriver kvinnegrupper som den eneste plassen de virkelig kunne utforske sin feminine identitet (Possic & Itzick 2018, s. 504). Informantene nevnte flere praktiske utfordringer knyttet til gjennomføringen av disse tiltakene, da kvinner ofte er i såpass mindretall at tiltakene fort ikke lar seg gjennomføre. Dette på tross av at det er et åpenbart behov for kvinnespesifikke tilbud.

Kvinnelige erfaringer

Våre funn antyder at det eksisterer kvinnespesifikke utfordringer som må tas på alvor i behandlingen av rusmiddelavhengige kvinner. Problematikk knyttet til seksualitet og kvinners underliv, prevensjonsveiledning, graviditet og fødsel nevnes av flere informanter. Dette er særlig sensitive tema, som i følge våre informanter også er forbundet med mye skam.

Resultatene våre viser også til at det er mer skambelagt at kvinner ruser seg, enn at menn ruser seg. Denne skammen nevnes som en av de største barrierene for kvinner når de søker seg til rusbehandling (McCrary et al., 2020). Som nevnt innledningsvis fant Green (2006) at rusmiddelavhengige kvinner foretrekker å søke seg til behandling i psykisk helsevern framfor rusbehandling, da dette oppleves som mindre stigmatiserende.

Resultatene våre antyder også at mødre med en rusmiddellidelse har behov for å bli møtt med større grad av aksept og romslighet, noe som støttes av en systematisk gjennomgang utført av Joshi et al. (2021). Gjennomgangen etterlyser en pasient-behandler relasjon som i større grad fokuserer på tillit mellom behandler og pasient, mindre stigma og større grad av brukermedvirkning for gravide kvinner. Hines (2013) anbefaler at helsepersonell i møte med rusavhengige mødre streber å opprettholde en ikke-dømmende holdning for å være i stand til å motivere for behandling. Dette er i tråd med våre funn, der informantene våre antyder at kanskje ville kvinneandelen i døgnbehandling for rusmiddelavhengighet økt, dersom skammen knyttet til det å være mor og rusmiddelavhengig ble redusert. Å redusere det sosiale stigmaet ved å være bevisst sine holdninger som helsepersonell kan gjøre det lettere for kvinnene å snakke om sin rusmiddelavhengighet, og dermed få hjelp i riktig instans.

Kjønn som kategori

Informantene var opptatt av at rusmiddelavhengige er en svært heterogen gruppe, med ulike erfaringer og behov. Selv om kvinner kan ha kvinnespesifikke behov, antyder resultatene våre at kjønn som eneste kategori blir for snevert. Våre funn tyder på at det å dele pasientgruppen inn på bakgrunn av felles erfaringer, kan være vel så hensiktsmessig som å dele på kjønn. Dette kan særlig gjelde for kvinner og menn som ikke kjenner seg igjen i den mer dikotome kjønnsforståelsen. Resultatene våre antyder også at det er grunnlag for å anta at homofile menn, og ikke-binære med bakgrunn som menn, vil kunne ha utfordringer knyttet til å være i mindretall i en gruppe med overvekt av heterofile menn

Informantene våre presiserer at også menn har vold og overgrepserfaringer. Tall fra sluttrapporten til Helsedirektoratet etter rus og voldsprosjektet (2017 s. 8), i regi av alternativ til vold (ATV) og Tyrilistiftelsen, viser til at rusmiddelavhengige menn oftere enn rusmiddelavhengige kvinner utsettes for *fysisk vold*. Den samme rapporten sier at behandlingen av rusmiddelavhengige «undervurderer rusens betydning for volden» (2017, s. 34), og viktigheten av å tørre å arbeide systematisk med denne problematikken i behandling. Å være utsatt for vold og overgrep er ikke kvinnespesifikt, og våre resultater antyder at også menn har behov for å bearbeide vold og overgrepserfaringer.

Gruppeterapi

Når informantene våre reflekterte rundt hva som vil være et optimalt tilbud for rusmiddelavhengige kvinner, framkom også mye informasjon om behandlingstilbudet til

både rusmiddelavhengige kvinner og menn. En ting våre informanter var opptatt av, er gruppeterapi som behandlingsformat. De fleste var enige i at grupper kan fungere svært godt, da spesielt med tanke på å bli sett, møtt og få en opplevelse av samhold og tilhørighet. Informantene var opptatt av de positive sidene av fellesskapet som formes gjennom å dele felles erfaringer. Kari Lossius (2012c, s. 303-304), skriver at gruppebehandling kan være en arena der pasienter får sin første erfaring med å bli møtt av gjensidighet og respekt, og at de får være med å skape et fellesskap med likesinnede. Videre trekker hun fram at gruppene kan fungere som et miljø der rusmiddelavhengige kan trene opp nye sosiale ferdigheter sammen.

Informantene våre var opptatt av at gruppeterapeutene må være mer bevisste på hva som deles og ikke i gruppeterapi. I det klassiske rusmiljøet er kunnskap makt, noe Karterud et al. (2020, s. 292) også har problematisert ved å presisere at rusmiddelavhengige kommer fra et miljø der de må passe seg for hva de sier, og til hvem. Deltakerne i gruppeterapi er ikke bundet av formell taushetsplikt, og de mest sensitive tingene bør, ifølge våre informanter, derfor tas i individualsamtaler. Noen av informantene våre går så langt at de sier de ikke nødvendigvis ville ønsket å delta i gruppeterapi, dersom de selv befant seg i tilsvarende situasjon. Dette mener vi er problematisk, da vi tenker vi bør etterstrebe å tilby behandling vi selv hadde ønsket å motta i tilsvarende situasjon.

Psykiater Sigmund Karterud sier til magasinet Psykisk Helse (Thoresen, 2016) at mennesker med rusmiddelavhengighet oftere strever med alvorlig personlighetsproblematikk, og at dette er underkommunisert i rusfeltet. Hyppigst forekommer antisosial og borderline personlighetsforstyrrelse hos denne pasientgruppen

(Karterud et al., 2020, s. 290). Våre funn antyder også at pasienter med personlighetsproblematikk kan forstyrre gode gruppeprosesser, og viktigheten av å sette klare grenser i gruppene når det er nødvendig. For å klare å sette nødvendige grenser, viser våre funn til at det krever at gruppeterapeuten er trygg og metodesterk.

Behandlingstilbud

Ideologiske behandlingsprogrammer, slik som 12-trinn og terapeutisk samfunn, problematiseres av noen informanter. Modellene beskrives som for konfronterende, og med for lite rom for individuelle forskjeller. Noen ruspasienter med sammensatt traumbakgrunn kan ha problemer med sosiale situasjoner, og Halvorsen (2012, s. 294) beskriver at denne pasientgruppen oftere strever med å være i kontakt med egne følelser. Karterud et al. (2020, s. 254) skriver også om denne pasientgruppen at de kan ha vanskelig for å finne sin plass i gruppen, og at dette kan medføre varierende oppmøte. For disse pasientene kan kravene som stilles i behandlingsprogrammer som 12-trinn bli utfordrende, og i verste fall bli enda et nederlag, og nok en ting de ikke mestrer (Halvorsen, 2012, s. 294).

En av våre informanter var også opptatt av hvilke moralske verdier behandlere forfekter, og hvilke ideologiske verdigrunnlag rusbehandling er fundamentert på. Det kan tenkes at behandling av rusmiddelavhengige, i verste konsekvens, blir en feilslått sosialiseringssprosess inn i en for trang forståelse av hva som er et godt menneske. Nygård (2021, s. 23-24) nevner at det for noen oppleves som utfordrende å delta i behandlingsprogrammer, der den sosiale påvirkningen fra de andre medlemmene blir svært intens. For noen oppleves dette som en form for sosial kontroll, som kan ha uheldige

psykologiske konsekvenser. Vi tenker at det kanskje kan være ekstra utfordrende for kvinner som minoritet i et behandlingsprogram, der gruppepåvirkningen står sterkt.

TSB er i gang med å lage et oversiktskart av behandlingstilbud i Norge, for å gjøre det enklere for behandlere og pasienter å navigere i behandlingstilbudene til rusmiddelavhengige (Oslo Universitetssykehus, 2022b). Det hadde kanskje vært enda bedre om TSB også implementerte data om behandlingsmodellens ideologiske verdigrunnlag, og kjønnsbalansen på de ulike institusjonene. Dette for at kvinner som ønsker det, skal ha muligheten til å søke seg til ønsket institusjon med større kvinneandel. Vi tenker at en slik oversikt ville vært svært hensiktsmessig, og at det samtidig hadde styrket rusmiddelavhengige kvinners forutsetninger for å ta gode, informerte valg om behandlingssted.

Implikasjoner for forskning

Studien indikerer at rusmiddelavhengige kvinner er en minoritet i døgnbehandling for rusmiddelavhengighet, noe som gjør denne pasientgruppen spesielt sårbar. Det er lite forskning som beskriver kvinnespesifikke utfordringer med dagens behandlingstilbud til rusavhengige kvinner, eller hvordan møte disse på en god måte. Behandlingstilbudet til rusmiddelavhengige kvinner er i så måte lite evidensbasert. Det er lite forskning på betydningen av vold, overgrepserfaringer og stigma for rusmiddelavhengige kvinner, og i hvilken grad det påvirker deres evne til å nyttiggjøre seg dagens behandling. Dette er noe som bør undersøkes nærmere, både gjennom kvalitative og kvantitative studier. Dette ville også vært interessant å undersøke om andelen kvinner som søker seg til døgnbehandling for

rusmiddelavhengighet hadde økt, om kvinner hadde mulighet til å søke seg til institusjoner med jevnere kjønnsbalanse.

Validitet og Reliabilitet

Vi intervjuet 8 deltakere, noe vi tenker var tilstrekkelig for å få belyst mange deler av vår problemstilling, selv om vi gjerne skulle intervjuet flere. På grunn av begrenset tid, og noe lav respons, fikk vi ikke rekruttert flere deltakere, noe vi ville gått aktivt inn for hvis vi hadde hatt mer tid til rådighet. Vi opplevde likevel at det ikke var nødvendig å opprette nye koder i løpet av de siste intervjuene, og vurderte derfor datagrunnlaget som tilstrekkelig.

Dette er første gang vi har gjennomført en kvalitativ studie av et så stort omfang, og vi er uerfarne på feltet. Vi har underveis i intervjuene forsøkt å være åpen og interessert i det informantene har trukket fram, og har fokusert på å skape en trygg atmosfære der deltakeren har fått tid og rom til å dele det som var ønskelig. Vi har forsøkt å holde på spørsmålene fra intervjuguiden, men ble raskt oppmerksomme på at vi måtte tilpasse spørsmål og tilleggsspørsmål til den enkelte informantens kommunikasjonsstil. I retrospekt skulle vi ønske vi hadde gjort avgrensning til rusmiddelavhengige kvinner fra det klassiske rusmiljøet tidligere, da vi ser at vi muligens hadde fått tydeligere tilbakemeldinger i de første intervjuene om disse rammene var satt på forhånd.

Reliabilitet handler blant annet om sannsynligheten for at informanten ville sagt tilsvarende til en annen forsker, med de samme spørsmålene (Kvale & Brinkman, 2019, s. 276). I dette ligger også en bevissthet omkring maktsymmetrien i relasjonen mellom

deltaker og intervjuer. I kvalitative intervjustudier kan være hensiktsmessig å reflektere rundt rollen makt spiller i produksjonen av intervjukunnskap (Kvale & Brinkman, 2019, s. 53). Som utgangspunkt er maktforholdet asymmetrisk i kvalitative intervjustudier, blant annet fordi intervjueren sitter på vitenskapelig kompetanse deltakeren ikke har tilgang på (Kvale & Brinkman, 2019, s. 52). I vårt tilfelle har vi ikke intervjuet pasienter, og har vurdert maktsymmetrien til å være jevnere enn i andre kvalitative intervjustudier. Dette fordi vi er studenter som har intervjuet erfarne klinikere på feltet. Selv om vi vurderer maktsymmetrien som jevnere, er vi bevisst på at det er vi som har hatt myndighet til å velge hvilke svar vi fulgte opp, og hvordan vi fortolket informasjonen vi fikk (Kvale & Brinkman, 2019, s. 52).

For å styrke validiteten, og generaliserbarheten av funnene, har vi forsøkt å gjøre forskningsprosessen så åpen og transparent som mulig. Vi har etter beste evne beskrevet de ulike leddene av analyseprosessen, og hva vi har tenkt underveis. Vi har også belyst studiens potensielle begrensninger og svakheter, og har valgt å være åpen om de utfordringene vi har støtt på underveis.

Studiens begrensninger

Omfattende bruk av sitater, slik vi har gjort i denne oppgaven, kan være en begrensning. I noen tilfeller er sitatene som er brukt, en del av en lengre refleksjon, og noen nyanser vil derfor kunne forsvinne (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 218). En av informantene våre ønsket å lese egne sitater som ble brukt i oppgaven, og gav tilbakemelding på det vi hadde skrevet. Informanten kjente igjen sitatene, men opplevde at de var tatt ut av en

lengre refleksjon, og at de ikke nødvendigvis var beskrivende for pasientgruppen denne informanten arbeider med. Vi ble oppmerksomme på den store variasjonen i pasientpopulasjonen, og valgte derfor å avgrense til rusmiddelavhengige fra det klassiske (illegale) rusmiljøet.

I denne prosessen ble vi bevisst vår egen stereotypiske forforståelse av hva en «ekte rusmiddelavhengig» er, og så at dette hadde påvirket utformingen av forskningsspørsmålene. I kvalitativ metode, står forforståelse helt sentralt, og er noe vi som forskere må være klar over for å unngå at det påvirker hvordan vi analyserer og tolker i alle deler av forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 268). Hvis vi hadde vært bevisst denne forforståelsen tidligere, er det noe vi ville tatt hensyn til tidligere i prosessen. Selv om forforståelse tradisjonelt sett har vært ansett som noe som må unngås for enhver pris, kan det å være klar over sine bias gjøre at man oppnår høyere grad av innsikt ved å åpent reflektere rundt egne potensielle fallgruver (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 268-269).

Vi forsøkte å rekruttere deltakere av begge kjønn, samt deltakere fra ulike geografiske områder, men endte opp med en majoritet av kvinnelige deltakere fra Østlandet. Dette kan påvirke generaliserbarheten av funnene våre, noe vi ikke har lagt mye vekt på, da funn fra kvalitative studier kan være vanskelig å generalisere (Kvale & Brinkman, 2019, s. 289). Likevel kan det være nyttig å tenke at funnene skal kunne bidra til å øke forståelsen og kompetansen omkring temaet, noe vi vurderer at våre funn gjør.

Studiens styrker

Informantene våre var klinikere, med mange års erfaring fra rusfeltet. Valg av kvalitativ intervjustudie som metode, muliggjorde innsamlingen av et rikt og mangfoldig

datagrunnlag vi kunne arbeide videre med. Det at begge forfatterne deltok i samtlige intervjuer, og tok selvstendige feltnotater, gjorde analyseprosessen mer nyansert. Dette fordi vi kunne justere hverandres fortolkninger av det ferdig transkriberte intervjuet, redusere faren for bekreftelsesbias, og økte dermed studiens perspektiviske subjektivitet (Kvale og Brinkmann, 2019, s. 239).

Konklusjon

Kvinner er i mindretall i døgnbehandling for rusmiddelavhengighet, og dette er utfordrende på flere områder. Det må i større grad fokuseres på å kartlegge eventuelle traumeerfaringer, slik at de kvinnene som har behov for kjønnsdelt behandling fanges opp. Det bør være mulig for disse kvinnene å velge et behandlingssted bedre tilpasset deres behov, enten i form av bedre kjønnsbalanse eller fravær av det motsatte kjønn. I dag eksisterer det ingen god oversikt over de ulike behandlingstilbudene, og rusmiddelavhengige kvinner har ikke gode forutsetninger for å kunne ta informerte valg om behandlingssted. Dette er problematisk da det svekker rusmiddelavhengige kvinners lovfestede rett til brukermedvirkning. Funnene våre antyder også at helsepersonell må være varsomme i møte med rusavhengige kvinner, og tilstrebe å ikke påføre kvinnene ytterligere skam i møte med helsevesenet. Rusmiddelavhengige kvinner bør tilbys kjønns-spesifikk behandling.

Referanser:

Alternativ til vold & Tyrilistiftelsen (2010): *Prosjekt Rus & Vold – et samarbeid mellom Tyrilistiftelsen og Stiftelsen Alternativ til vold*. Sluttrapport til Helsedirektoratet. Oslo.

<https://atv-stiftelsen.no/wp-content/uploads/2017/02/sluttrapport-rus-og-vold-prosjektet.pdf>

Arefjord, N., Karterud, S. & Lossius, K. (2014). Mentalisering i rusklinikk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(6), 461-464 <https://psykologtidsskriftet.no/frapraksis/2014/06/mentalisering-i-rusklinikk>

Bachs, L. (2022, 8 november). *Avhengighet*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/avhengighet#:~:text=Avhengighet%20brukes%20i%20dagligspr%C3%A5ket%20om,overdrevent%2C%20n%C3%A6rmest%20tvangspreget%20opptatt%20av.>

Barstad, A. (2022, 14. september). *Negative livshendelser – hvem rammes mest?*. SSB. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/negative-livshendelser--hvem-rammes-mest>

Beckman, L. J., & Amaro, H. (1986). Personal and social difficulties faced by women and men entering alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 47(2), 135–145. <https://doi.org/10.15288/jsa.1986.47.135>

Berg, M. A. (2020). *Læringer som velger utradisjonelt. Kjønn og makt på arbeidsplassen*. [Masteroppgave Norges teknisk-naturvitenskapelige Universitet]. NTNU open. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2781817>

Bør rusavhengige kvinner tilbys kjønnsespesifikk rusbehandling?

Bu, K. (2020, 10.februar). *Kari hudfletter norsk rusomsorg*. ERLIK.

<https://www.erlik.no/kari-hudfletter-norsk-rusomsorg/>

Börjesson, P. Eriksson, E-L., Larm, P., Hellström, C. & Rödlund, A. (2021). Vem ser oss? En studie om kvinnor i missbruk och deras upplevelser av våld i nära relation (Diariennr. 6107-2021). Länsstyrelsen Västmanlands län.

<https://catalog.lansstyrelsen.se/store/23/resource/19>

Bramnes, J., G. (2022a, 15. juni). *Rusmiddellidelse i Norge*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/rusmiddellidelse/>

Bramnes, J., G. (2022b, 15. juni). *Samfunnsmessige konsekvenser*.

Folkehelseinstituttet. [https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-](https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/rusmiddellidelse/#samfunnsmessige-konsekvenser)

[helse/rusmiddellidelse/#samfunnsmessige-konsekvenser](https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/rusmiddellidelse/#samfunnsmessige-konsekvenser)

Bride, B. E. (2001). Single-gender treatment of substance abuse: Effect on treatment retention and completion. *Social Work Research*, 25(4), 223-232.

<https://doi.org/10.1093/swr/25.4.223>

Christoffersen, M. N. & Soothill, K. (2003). The long-term consequences of parental alcohol abuse: a cohort study of children in Denmark. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(2), 107-116. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(03\)00116-8](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00116-8).

Dalsbø, T. K., Steori, A. & Høie, B. (2009). *Er kjønnssegregert rusbehandling det beste for rusavhengige kvinner?* Notat Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

<http://hdl.handle.net/11250/2485514>

Det Kongelige Helsedepartementet (2004). *Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven (I-8/2004)* [Rundskriv].

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

Egeland, K., Endsjø, M., Laukvik, E. H., Peters, N., Babaii, A. & Bækkelund, H. (2019). *Nytt kartleggingsverktøy for traumer*. Tidsskriftet Den Norske Legeforening.

<https://tidsskriftet.no/2019/04/debatt/nytt-kartleggingsverktoy-traumer>

Ericson, Ø. B. (2019). *Kvinner I rusmiljøet: Levde liv, marginalisering og mestringsstrategier*. [Masteroppgave]. Universitetet I Oslo. DUO vitenarkiv.

<http://urn.nb.no/URN:NBN:no-73767>

Fagrådet- Rusfeltets hovedorganisasjon. (2017, 27. Februar). *Kari Lossius til ruspolitisk seminar 12. mai!*. <https://www.rusfeltet.no/arkiv/kari-lossius-til-ruspolitisk-seminar-12-mai>

Green C. A. (2006), Gender and use of substance abuse treatment services. *Alcohol Research & Health* 29(1). 55-62. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6470905/>

Greenfield, S. F., Trucco, R., McHugh, 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 drug counseling. *Drug and Alcohol Dependence* 90(1), 39-47. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.02.009>.

Greenfield, S. F., Cummings, A. M., Kuper, L. E., Widgerson, S. B. & Koro-Ljungberg, M. (2013). A Qualitative Analysis of Women`s Experiences in Single-Gender Versus Mixed-Gender Substance Abuse Group Therapy. *Substance Use & Misuse*, 48(9), 750-760.

<https://doi.org/10.3109/10826084.2013.787100>

Greenfield, S. F., Kuper, L. E., Cummings, A. M., Robbins, M. S. & Gallop, R. J. (2013). Group Process in the single-gender Women`s Recovery Group compared with mixed-gender Group Counseling. *J Groups Addict Recover* 8(4).

<https://doi.org/10.1080/1556035X.2013.836867>

Greenfield, S. F., Sugarman, D. E., Freid, C. M., Bailey G. L., Crisafulli, M. A., Kaufman, J. S., Wigderson S., Connery, H. S., Rodolico, J., Morgan-Lopez, A. A. & Fitzmaurice, G. M., (2014) Group therapy for women with substance use disorders: Results from the Women's Recovery Group Study. *Drug and Alcohol Dependence* 141, 245-253.

<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.06.035>

Gueta, K. & Addad, M. (2014). Recovering Drug-Dependent Mother`s Perspective on Gender-Sensitive Therapy: An Israeli Case. *Journal of Women and Social Work* 29(1), 78-91.

<https://doi.org/10.1177/0886109913510658>

Halvorsen, J. S. (2012). AA (Anonyme Alkoholiker), 12-trinnsprogrammet og rusbehandling. I K. Lossius (Red.) *Håndbok I rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2. utg., s. 275-301). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsedirektoratet (2017a, 24.januar). *Brukermedvirkning i rusbehandling*.

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

Bør rusavhengige kvinner tilbys kjønns spesifikk rusbehandling?

[rusmiddelproblemer-og-avhengighet/brukermedvirkning-i-rusbehandling#valg-av-behandlingsmetode-i-rusbehandling-forskningsgrunnlag](#)

Helsedirektoratet (2017b, 24. januar). *Kjønns spesifikk tilnærming, minoriteter og seksuell orientering 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-referanser>

Helsedirektoratet (2017c, 24. januar). *Terapeutiske tilnærminger i rusbehandling.*

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

Helsenorge. (2020, 09. 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/>

Hilsen, M. (2021, 28. desember). *Min jobb som miljøterapeut: Et helt liv skal stables på beina i løpet av 12 måneder.* Sykepleien. <https://sykepleien.no/2021/12/et-helt-liv-skal-stables-pa-beina-i-lopet-av-12-maneder>

Hines, L. (2013). The treatment views and recommendations of substance abusing women: A meta-synthesis. *Qualitative Social Work* 12(4). 473-489.

<https://doi.org/10.1177/1473325011432776>

Indergård, P. J., Fuglset, A. S. & Urfjell, B. (2019). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2018. Norsk pasientregister* (Rapport IS-2819). Helsedirektoratet.

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%202018.pdf/_/attachment/inline/ca3b7261-ab30-4585-9a84-aab9c98d5d2e:de8b846d8fb172ebac5a1ed193bacbc33737f908/

Jellestad, F. K. (2012). Hjernen og rusavhengighet. I K. Lossius (Red.) *Håndbok I rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2. utg., s. 75-88). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Jensen, R., S. & Øistad, B., S. (2019). *Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet på virksomhetsnivå*. (Fafo-rapport 2019:17) <https://www.faf.no/images/pub/2019/20714.pdf>

Joshi, C., Skeer, M. R., Chui, K., Neupane, G. & Koriala, R. (2021). Women-centered drug treatment models for pregnant women with opioid use disorder: A Scoping review. *Drug and Alcohol Dependence* 226. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108855>.

Karterud, S., Folmo, E. & Kongerslev, M. T. (2020). *MBT Mentaliseringsbasert terapi*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Khan, S., Okuda, M., Hasin, D.S., Secades-Villa, R., Keyes, K., Lin, K.-H., Grant, B. & Blanco, C., (2013). Gender Differences in Lifetime Alcohol Dependence: Results from the

National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37(10), 1696-1705. <https://doi.org/10.1111/acer.12158>

Kornfield, R. (2014). (Re)Working the Program: Gender and Openness in Alcoholics Anonymous. *ETHOS Journal of the Society of the Psychological Anthropology* 42(4), 413-439. <https://doi.org/10.1111/etho.12062>

Kristensen, Ø. & Vederhus, J-K. (2005). Selvhjelpsgrupper i rusbehandling. *Tidsskrift den Norske Lægeforening* 20. 2798–2801. <https://tidsskriftet.no/2005/10/aktuelt/selvhjelpsgrupper-i-rusbehandling>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. (3. utg) Gyldendal Norsk Forlag AS

Landheim, A. S., Bakken, K. & Vaglum, P. (2002). Sammensatte problemer og separate systemer: Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk Epidemiologi*, 12(3), 309-318. <https://doi.org/10.5324/nje.v12i3.383>

Lossius, K. (2012a). Kvinnerettede tiltak virker best. *Psykologtidsskriftet* 49(4). <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2012/04/kvinnerettede-tiltak-virker-best>

Lossius, K. (2012b). Om å ruse seg. I K. Lossius (Red.) *Håndbok I rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (2. utg., s. 275-301). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lossius, K. (2012c). Gruppebehandling. I K. Lossius (Red.) *Håndbok I rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2. utg., s. 302-323). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lundberg, A. (2012). Hva er det med rusmiddelavhengighet som krever tverrfaglighet?. I K. Lossius (Red.) *Håndbok I rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2. utg., s. 302-323). Gyldendal Norsk Forlag AS.

McCrary, B. S., Epstein, E. E. & Fokas, K. F. (2020). Treatment interventions for women with alcohol use disorder. *Alcohol Res.* 40(2), <https://psycnet.apa.org/doi/10.35946/arcr.v40.2.08>

Neale, Tompkins, C. N. E., Marshall, A. D., Treloar, C., & Strang, J. (2018). Do women with complex alcohol and other drug use histories want women-only residential treatment? *Addiction (Abingdon, England)*, 113(6), 989–997. <https://doi.org/10.1111/add.14131>

Niv, N. & Hser, Y. I. (2007). Women-only and mixed-gender drug abuse treatment programs: Service needs, utilization and outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 87(2-3), 194-201. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.08.017>

Nygård, M. (2021). «Fordi ..altså man .. man blir veldig påvirka» Om behandling, læring og indoktrinering i norsk rusbehandling. [Masteroppgave, VID vitenskapelige høyskole]. VID: Open. <https://hdl.handle.net/11250/2767501>

Ogden, S. N., Dichter, M. E. & Bazzi, A. R. (2022). Intimate partner violence as a predictor of substance use outcomes among women: A systematic review. *Addictive Behaviours* 127. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107214>.

Ose, S.O. og Pettersen, I. (2012). Døgnpasienter i TSB 20. November 2012. Rapport. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn, Avd. Helse og NTNU. Hentet fra <https://www.sintef.no/contentassets/f98d2810156e4dd6b8b7aa1da8174334/endeligrapport/ta26186.pdf?fbclid=IwAR1cG3Eb8YAArfGEoG4gftoSF1VY4bcZZQtzXjBkdG4j4nixmHsYO27hhEQ>

Oslo Universitetssykehus. (2022a, 01. september). *Posttraumatisk stresslidelse, PTSD*. <https://oslo-universitetssykehus.no/posttraumatisk-stresslidelse-ptsd>

Oslo Universitetssykehus. (2022b, 21. november). *Kartet over TSB i Norge*. <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/kartet-over-tsb-i-norge>

Pasientrettighetsloven. (2007). *Lov om pasientrettigheter* (LOV-2007-12-21-123). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2007-12-21-123>

Possick, C. & Itzick, M. (2018). Women`s Experience of Drug Abuse Treatment in a Mixed-Gender Therapeutic Community. *Journal of Women and Social Work*, 33(4). 493-508. <https://doi.org/10.1177/0886109918766674>

QSR International (2020, 25.august). Unlock insights in your data with powerful analysis. <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>

Salter, M. & Breckenridge, J. (2013). Women, trauma and substance abuse: Understanding the experience of female survivors of childhood abuse in alcohol and drug treatment. *International journal of Social Welfare* 23. 165-173.

<https://doi.org/10.1111/ijsw.12045>

Samuelsson, E. (2015). Substance Use and Treatment Need: Construction of Gender in Swedish Addiction Care. *Contemporary Drug Problems* 42(3). 188-208.

<https://doi.org/10.1177/0091450915592912>

Small, J., Curran, G. M., & Booth, B. (2010). Barriers and facilitators for alcohol treatment for women: Are there more or less for rural women? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39(1), 1–13 <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2010.03.002>

Smedslund, G., Steiro, A., Furee, B. & Kirkehei, I. (2013). *Oppdatering av rapporten «Er kjønnssegregert rusbehandling det beste for rusavhengige kvinner?» - systematisk litteratursøk med sortert referanseliste*. Notat 2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. <http://hdl.handle.net/11250/2477577>

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>

Teigen, M. & Reisel, L. (2017). *Kjønnsbalanse på toppen? Sektorvariasjon i næringsliv, akademia, offentlig sektor og organisasjonsliv*. Institutt for samfunnsforskning (11). https://www.regjeringen.no/contentassets/d4497c6f79394330a42c887ddcbbcd20/rapport_11_17_web.pdf

Thoresen, B. (2016). *Personlighetsforstyrrelse – Menn får for lite hjelp*. Psykisk helse. <https://magasinet.psykiskhelse.no/bladet/2016/personlighetsforstyrrelse-menn-far-for-lite-hjelp>

Thurang, G. A., Fagerberg, I., Palmstierna, T., & Tops, A. B. (2010). Women's experiences of caring when in treatment for alcohol dependency. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 24, 700–706. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00766.x>

Torjussen, E., Harwiss, H. L. & Havnes, I. A (2014). *Brukermedvirkning i TSB – en myte?* (TSB skriftserie nr.1). Nasjonal kompetansetjeneste TSB. https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nasjonal-kompetansetjeneste-for-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb/Documents/Skriftserie%20nr%201_Brukermedvirkning%20i%20TSB.pdf

Vederhus, J-K. & Høie, M. (2018). The Pragmatic Believer – Faith Development and Personal Experiences of a 'Higher Power' in Seasoned Members of Narcotics Anonymous. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 29, 123-144. https://doi.org/10.1163/9789004382640_008

Vo, T. (2017) *Å være kvinne i et rusmiljø*. [Masteroppgave, Universitetet i Stavanger] University of Stavanger: <http://hdl.handle.net/11250/2459889>

Unicare. (2022, 24. november). *Det du trenger å vite om 12trinnsmodellen*. Unicare. <https://unicare.no/tjenester/hva-er-12-trinnsmodellen/>

Verdens helseorganisasjon. (2019). *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* (10. utg.). Direktoratet for e-helse. <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/-1>

Appendiks A Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Informasjon om forskningsprosjektet

«Bør behandlingstilbudet for rusavhengige kvinner være kjønns spesifikt?»

Formål

Dette er et spørsmål om å delta i en forskningsstudie. Formålet er å kartlegge helsepersonells erfaringer med behandlingstilbudet til rusmiddelavhengige kvinner, og om det er et behov for kjønns spesifikk rusbehandling for kvinner. Vi søker deltakere med erfaring fra behandling av rusmiddelavhengige kvinner i spesialisthelsetjenesten.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Forskningsansvarlig institusjon er UiT Norges arktiske universitet, og ansvarlig prosjektleder er førsteamanuensis Svein Bergvik ved Institutt for Psykologi.

Hvorfor er du inkludert i studien?

Deltakerne blir rekruttert på bakgrunn av relevant kompetanse og tilgjengelighet, et såkalt bekvemmelighetsutvalg. Bekvemmelighetsutvalg er et ikke-sannsynlighetsutvalg, noe som betyr at eventuelle funn ikke kan generaliseres til hele befolkningen. Du er valgt fordi vi anser deg og din kompetanse av særlig interesse.

Hva innebærer prosjektet for deg?

Dette er en kvalitativ studie der vi benytter semi-strukturert intervju. For deg innebærer deltakelse at du setter av tid til intervjuet. Problemstillingen omhandler helsepersonells erfaringer med dagens behandlingstilbud for rusmiddelavhengige kvinner, og tanker om hvordan behandlingstilbudet til kvinner burde vært utformet. Intervjuet planlegges å vare ca. 45 minutter, og vil foregå digitalt, men kan tilpasses hva som passer best for deg. For å sikre god kvalitet tas det lydopptak av intervjuet. Intervjuet gjennomføres av Randi Straume og Silje Margrethe Ekanger. Resultatene vil benyttes i en forskningsoppgave ved profesjonsstudiet i psykologi, presenteres i faglige fora, og søkes publisert i fagtidsskrift.

Deltakelse er frivillig

Det er frivillig å delta. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle data fra ditt intervju vil da bli slettet. Ved analysing blir data anonymisert, og etter anonymisering vil det derfor ikke være mulig å finne tilbake til og heller ikke slette data fra deg. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har beskrevet her. Vi behandler personopplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Lydopptaket blir lagret på en kryptert minnepenn som oppbevares nedlåst i et skap på UiT Norges arktiske universitet når den ikke er i bruk. Det er kun de to navngitte studentene i dette skrevet og prosjektleder som vil ha tilgang til materialet. Lydopptaket vil transkriberes til

tekst, og i teksten vil alle direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger slettes eller endres. Fordi det nasjonale fagmiljøet innen rusbehandling og antall behandlingsinstitusjoner er begrenset, kan vi likevel ikke utelukke muligheten for indirekte identifisering av deltakerne, på tross av disse tiltakene. Lydopptaket slettes senest ved prosjekt slutt. Navn og kontaktopplysninger vil kun brukes for å avtale gjennomføring av intervjuet. Det signerte samtykkeskrivet (dette skrivet) vil oppbevares nedlåst og atskilt fra øvrige data.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Personopplysninger vil slettes eller anonymiseres senest ved prosjekt slutt, dvs 31.12.2023.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. Prosjektet er godkjent av Regional etisk komite for helsefaglig og medisinsk forskningsetikk (REK-Nord). På oppdrag fra UiT - Norges arktiske universitet har Personverntjenester ved Norsk Senter for forskningsdata (NSD) vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- å protestere
- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- å få rettet personopplysninger om deg,

Bør rusavhengige kvinner tilbys kjønns spesifikk rusbehandling?

- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hvis du har spørsmål til studien, ønsker å vite mer eller vil benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med ansvarlig prosjektleder og veileder Svein Bergvik, førsteamanuensis ved Institutt for psykologi, UiT Norges arktiske universitet, 9037 Tromsø, tlf 776 46323, epost svein.bergvik@uit.no . Prosjektmedarbeidere er Randi Straume, epost rst085@uit.no og Silje Margrethe Ekanger, sek007@uit.no som er studenter ved profesjonsstudiet i psykologi.

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du kontakte Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig Studenter

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Bør behandlingstilbudet for rusavhengige kvinner være kjønns spesifikt?* og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i studien ved å delta i intervju og samtykker til at mine opplysninger behandles slik det er beskrevet i dette informasjonsskrivet frem til prosjektet er avsluttet

Signatur:

Dato:

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg kan kontaktes på telefonfor å avtale tid for intervjuet

Appendiks B Intervjuguide

Introduksjon:

Vi skal snakke sammen i dag om behandlingstilbud for rusavhengige med fokus på kvinner, blant annet med utgangspunkt i at Helsedirektoratets retningslinjer anbefaler kjønnsdelte tilbud og/eller aktiviteter. Vi er takknemlige for at du har takket ja da din ekspertise er med å berike et tema som fra før av er svært lite belyst. Vi har noen spørsmål som vi kommer til å stille, men utover det er det fritt å dele det som du mener er relevant i forhold til forskjeller og likheter mellom kvinner og menn i rusbehandling.

(Det eneste kriteriet er at vi ønsker å opprettholde et kjønns perspektiv, men dette sier vi ikke med en gang, la de først prate fritt, husk at stikkord er kun tema vi gjerne ønsker informasjon om, men deltakerne må aller først få prate fritt så vi kan få innspill på ting vi ikke har tenkt på).

Kjønn:

Antall år med erfaring innenfor rusfeltet:

Annen relevant informasjon (utdanning, annen erfaring):

Opplever du at kvinner og menn har ulike behov under rusbehandling?

Erfaringer fra miljøet, traumer og vold.

Årsak til rusbruk.

Bør rusavhengige kvinner tilbys kjønns spesifikk rusbehandling?

Velger andre behandlingsalternativer.

Hvordan ivaretas kvinner i rusbehandling? Gjøres noen kjønnsstilpassede tiltak særlig for kvinner?

Emosjonelt fokus.

Traume fokus.

Rollen som kvinne i miljøet vs som rusfri.

Aktiviteter utover selve behandlingen.

Bør kvinner og menn være atskilt? I så fall hvorfor/hvorfor ikke?

Ulikt innhold?

Dersom ja - gjelder dette også terapeuter eller bare det motsatte kjønn fra miljøet?

Hva ville et optimalt rustilbud tilpasset kvinner bestå av?

Er det sånn som dere gjør det, eller er det noe annet?

Kvinne-fellesskap.

Hva trengs for å kunne optimalisere behandlingen? (Rammer)

Forskning.

Økonomisk støtte.

Organisering

Bør rusavhengige kvinner tilbys kjønns spesifikk rusbehandling?

Forståelse

Ledelse

Fange opp flere av kvinnene fra ordinære helsetjenester, ved bedre tilpasset behandlingsinstitusjoner.

Er det noe du tenker er relevant som ikke er tatt opp? (Annet?)

Appendiks C kodingstreet

Tabell 2

Tabell over kodingstreet med alle hoved- og underkoder utvunnet i analyseprosess del 1.

Name	Files	References
Kvinner og menns behov i behandling	0	0
Kvinner mer alvorlig forløp	1	1
Rusmiljøet og erfaringer	0	0
Fra objekt til subjekt	1	5
Maskulint miljø, den sterkestes rett, stereotypisk forståelse	7	10
Seksuelle og/eller voldserfaringer	7	10
Selvfølelse og egenverdi	2	4
Smerteuttrykk, sinte menn og sinte kvinner	2	3
Sårbare menn	4	6
Behov i behandling	0	0
Kjønn er ikke eneste kategori, hvilke erfaringer, er viktig	6	10
Samme behov	4	8
Ulike behov	5	12
Kjønn som en viktig kategori	5	8
Fordeler med kjønnsblandet	0	0

Bør rusavhengige kvinner tilbys kjønns spesifikk rusbehandling?

Som kvinne å få støtte av menn	1	1
Å øve seg på en relasjon med det motsatte kjønn	6	8
Fordeler med kjønnsdelt	5	11
Kjæresteri	0	0
Forståelse av tiltrekning mellom to personer	3	4
Som forstyrrende for behandling	6	9
Kvinnene får uønsket oppmerksomhet	2	2
Hvem passer felles for	1	1
Hvem passer delt for	5	8
Kritikk av dagens behandling uavhengig kjønn	0	0
Behandling, hva er riktig påvirkning	1	2
Gruppeterapi	6	16
Potensielt traumatiske opplevelser blir oversett	1	2
Aktivitetsbasert behandling	2	4
Foreldrerollen	5	8
Selvhevdelse	2	2
Stigma	5	7
Hvordan ivaretas kvinner og gjøres noen kjønnsstilpassede tiltak	0	0
Fordeler for kvinner i kjønnsblandet	3	6

Bør rusavhengige kvinner tilbys kjønns spesifikk rusbehandling?

Tiltak spesifikt for kvinner	4	6
Hva vil være et optimalt tilbud	0	0
Behov for mer mangfold, ulike tilbud	4	10
De som ikke passer inn i stereotypisk forståelse av kjønn	3	7
Individfokus vs fellesprogram (bl.a. kritikk 12trinns)	5	19
Hva trengs for å optimalisere	0	0
Økonomi	3	4

Note. «Files» referer til antall personer som har nevnt tema, «references» indikerer hvor mange ganger det er blitt tatt opp. Der det står 0.0 indikerer det en analytisk kode hvor det deskriptive kommer som underkategorier.

Tabell 3

Tabell over kodingstreet med alle hoved- og underkoder utvunnet i analyseprosess del 2

Name	Files	References
Behovet for kjønnsdelt behandling	0	0
Maskulint miljø, kvinner som minoritet	7	23
Destruktive relasjonelle mønstre	6	16
Vold og overgrepserfaringer	7	19

Bør rusavhengige kvinner tilbys kjønns spesifikk rusbehandling?

Kvinnelige erfaringer og stigma	5	13
Kjønn som riktig kategori	0	0
Samme behov	4	8
De som faller utenfor den stereotypiske forståelsen	4	6
Kjønn er ikke eneste kategori, hvilke erfaringer, er viktig	6	10
Ulike behov	5	12
Sårbare menn	4	6
Kritisk blick på dagens behandling	0	0
12trinnsmodellen	5	10
Gruppeterapi	6	16

Note. «Files» referer til antall personer som har nevnt tema, «references» indikerer hvor mange ganger det er blitt tatt opp. Der det står 0.0 indikerer det en analytisk kode hvor det deskriptive kommer som underkategorier.

Appendiks D Vurdering fra SIKT (tidligere NSD)

Vurdering

Dato

08.09.2022

Type

Standard

Referansenummer

786966

Prosjektittel

Er det behov for kjønns spesifikk rusbehandling for kvinner? En kvalitativ studie av hjelperes erfaringer med dagens behandlingstilbud for rusmiddelavhengige.

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for psykologi

Prosjektansvarlig

Svein Bergvik

Student

Randi Straume

Prosjektperiode

15.09.2022 - 31.12.2023

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

Deltagerne i prosjektet har taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres uten at det fremkommer taushetsbelagte opplysninger.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a),

ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål

dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

