

Jenny Hellum Jamtli

## Kvinnerettet rusbehandling

Hvordan kan sosialarbeidere bidra til å ivareta kvinner i rusbehandling?

Bacheloroppgave i Sosialt Arbeid

Veileder: Anne Juberg

Mai 2020



## Sammendrag

Temaet i denne oppgaven er kvinnerettet behandling, og hvordan man som sosialarbeider kan utføre et faglig godt arbeid med kvinnelige pasienter i rusbehandling. Problemstillingen i denne oppgaven er «Hvordan kan sosialarbeidere bidra til å ivareta kvinner i rusbehandling?». Kvinner med rusmiddelavhengighet er en sammensatt gruppe, med ulike behov og ønsker for behandling. Samtidig ser man at kjønnspektivet viser seg å være gjeldende i rusbehandling. Sosialarbeideres bevissthet om kvinnespesifikke årsaksforklaringer og behov vil kunne spille en viktig rolle i tilrettelegging av tilbud for kvinner med rusmiddelavhengighet. Tilrettelegging for gode samtalekulturer ved å gi kvinnene mulighet til delta i kvinnenettverk, er et eksempel på dette. Å legge til rette for behandling som tar hensyn til eventuelle tidligere traumatiske opplevelser, og som ivaretar rusmiddelavhengige mødres behov vil også kunne være vesentlig for å kunne tilby en god kvinnerettet rusbehandling.

Sensitivitet ovenfor ulike kvinnespesifikke temaer, årsaker og behov forutsetter at sosialarbeideren klarer å se bort ifra stereotyper og egne forhåndsinnstillinger for å på best mulig måte ivareta kvinner i rusbehandling. Å ta utgangspunkt i kvinnenes endringsressurser, og anerkjenne deres styrker er viktige ledd i arbeid mot en positiv endring for kvinnene.

Sosialarbeiderens er vesentlig i arbeidet med forhold som påvirker kvinnene, også utenfor behandling. Å ta tak i kvinnens livssituasjon utenfor behandling vil kunne gjøre det mulig for kvinnen å delta mer aktivt i sin rusbehandling. Sosialarbeidere vil kunne bidra med støtte, i form av omsorg, håp og rådgiving. At kvinnene får benyttet seg av sine ressurser er viktig i det sosialfaglige arbeidet. Sosialarbeiderens kjønn vil også kunne være av betydning i arbeid med kvinnelige pasienter i rusbehandling. For å sikre kvinner med rusmiddelavhengighet en god behandling kan kjønnspektivet være sentralt.

## Abstract

The topic of this assignment is gender-responsive substance abuse treatment for women. This assignment will focus on strategies for how social workers may contribute in substance abuse treatment for women. Women with substance abuse is a diverse group of individuals with different needs and wishes for their treatment. At the same time the gender perspective turns out to be relevant when it comes to substance abuse treatment. Social workers awareness towards the background and specific needs of women with this disorder could play an important part in providing treatment. To facilitate for treatment that take caution to potential earlier trauma, and also will preserve the substance abusing mothers' needs could be of significance. Facilitation of an environment by giving women the possibility of participating in an all-women's group, could be an example of this.

Sensitivity when it comes to topics, causes, and needs related to women with substance abuse requires the social worker to be able to change their interpretation when tuning in on the patient's needs. To start from the women's alteration resources, and acknowledge their strengths is important in working towards a positive outcome for the women.

Social workers play an important role in facilitating change in the personal live of the women, outside of the treatment centres. Positively altering these conditions enables the women to focus on their treatment to a greater extent. By showing empathy and providing advice and hope, the social worker may be able to lend crucial support to the women. This in turn may enable the patients to utilise their own resources more effectively in the treatment. The sex of the social worker may also be of importance when working with women in substance abuse treatment. A gender-specific perspective could be valuable in providing substance abuse treatment for women.

## Innhold

Sammendrag .....	1
Abstract .....	2
Innhold .....	3
1.0 Innledning.....	5
1.1 Oppgavens relevant for sosialt arbeid .....	5
1.2 Bakgrunn for valg av tema .....	5
1.3 Problemstilling .....	5
1.4 Avgrensing av problemstilling .....	6
1.5 Oppgavens videre oppbygging.....	6
2.0 Metode.....	7
2.1 Valg av metode.....	7
2.2 Søkestrategi og utvelgelse av litteratur.....	7
2.3 Utfordringer.....	8
3.0 Rusmiddelavhengighet og rusbehandling med tanke på kjønn, før og nå.....	8
3.1 Rusbehandling .....	8
3.2 Rusmiddelavhengighet .....	10
3.3 Kvinnespesifikke årsaksforklaringer .....	10
3.3.1 Oppvekstrelaterte grunner til rusmiddelavhengighet blant kvinner .....	11
3.3.2 Rusmiddelavhengighet som strategi for kvinner .....	11
3.3.3 Rusmiddelavhengighet blant kvinner som resultat av undertrykkelse .....	12
3.4 Kvinner som handlende offer .....	12
3.5 Relevansen av offerperspektiv som hovedtilnærming.....	13
3.6 Kvinner med rusmiddelavhengighet sine relasjoner .....	13
4.0 Hva sier relevant litteratur om kvinnelige rusmiddelavhengiges møter med behandlingsapparatet	14
4.1 Sosialarbeideres rolle i rusbehandling for kvinner .....	14
4.2 Behandlerens kjønn .....	15
5.0 Hva sier relevant litteratur om behov for kvinnerettet behandling.....	16
5.1 Skam, skyld, selvtillit og stigma.....	16
5.2 Misbruk og traumer .....	16
5.3 Kvinnelige nettverk, og dets rolle rusbehandling.....	18
6.0 Diskusjon.....	19
6.1 Hvilke kvinnespesifikke behov må sosialarbeidere ha bevissthet rundt, i rusbehandling? .....	19
6.2 Støtte fra sosialarbeidere .....	19
6.3 Bevissthet rundt sosialarbeiderens kjønn .....	20
6.4 Sosialarbeiderens arbeid gjennom og med relasjoner .....	20

6.5 Styrke kvinnenettverk.....	21
6.6 Offerperspektivet og stereotypisering i kvinnerettet rusbehandling.....	21
7.0 Avslutning .....	23
8.0 Referanser.....	25

## 1.0 Innledning

Her vil jeg gå inn på oppgavens relevans for sosialt arbeid, bakgrunn for valg av tema, presentasjon av problemstilling og avgrensning av denne. Oppgavens videre oppbygging blir også presentert her.

### 1.1 Oppgavens relevant for sosialt arbeid

På rusfeltet kan sosialarbeidere jobbe med behandling, med både individer og familier. Som sosialarbeidere skal vi i samarbeid med de det gjelder, arbeide for at livssituasjonen til de vi skal arbeide med blir bedret (Berg, Ellingsen, Kleppe og Levin, 2015, s.23). Betydningen av kjønn i sosialt arbeid har ifølge Berg mfl. fått lite oppmerksomhet (s.30). Ser man på kjønn i sosialt arbeid vil dette ifølge Oltedal gi et fokus på likeverd, ressurser og rettferdighet (Oltedal, referert i Berg mfl. 2015, s.30). Å ha et kjønnsperspektiv handler om å se på hvordan kvinner og menn blir hørt, hva slags muligheter de har, og hvilke drømmer og livssjanser som gjør seg gjeldende (Berg mfl. 2015, s.30). I retningslinjene til Helsedirektoratet som dreier seg om kjønnsspesifikk tilnærming i arbeid med rusmiddelproblemer- og avhengighet, anbefales det at kjønnsspesifikke behandlings- og oppfølgingsbehov blir ivaretatt (Helsedirektoratet, 2017). Dette er basert på at kjønnsidentitet har sosiale, fysiske og psykiske sider som man bør være bevisste i tilrettelegging og organisering av behandlingstilbud (Helsedirektoratet, 2017).

### 1.2 Bakgrunn for valg av tema

I løpet av min studiepraksis ved enhet for rustjenester i Trondheim ble temaet kvinner og rus satt på dagsorden. Det ble blant annet arrangert foredrag for de ansatte som jeg fikk delta på. I løpet av praksisen ble det tydelig at kjønn spilte en rolle, for sosialarbeidere og brukere, og for arbeidsrelasjonen. Veilederen min i praksis hadde mye kompetanse og erfaring der det gjaldt sosialt arbeid med kvinner med rusmiddelavhengighet. Det gjorde at jeg fikk mulighet til å drøfte observasjoner knyttet til kjønn i veiledningstimene. Denne tiden gjorde meg særlig interessert i betydningen kjønn har for utforming av gode tilbud. I bacheloroppgaven ønsket jeg derfor å se på hvordan sosialarbeidere og utforming av rusbehandling kan legge til rette for et godt tilbud for spesielt kvinner med rusmiddelavhengighet.

### 1.3 Problemstilling

Problemstillingen min er derfor:

*«Hvordan kan sosialarbeidere bidra til å ivareta kvinner i rusbehandling?»*

Med rusbehandling sikter jeg til Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling (TSB), og dermed til Specialisthelsetjenesten. Ettersom begrepet pasient gjerne blir brukt i rusbehandling, velger jeg å benytte meg av pasientbegrepet i denne oppgaven.

#### 1.4 Avgrensing av problemstilling

Jeg har valgt å konsentrere meg om kvinner og kjønnsperspektiv, og har valgt å avgrense oppgaven til å ikke inkludere rusbehandling av menn i lys av kjønnsperspektiv. Dette ville vært interessant å inkludere, men på grunn av oppgavens lengde, og begrenset forskning på behandling av menn ut ifra et kjønnsperspektiv så jeg på avgrensningen som nødvendig. Derfor vil jeg heller ikke ta for meg generelle årsaksforklaringer til rusmiddelavhengighet. Jeg vil i liten grad skrive om forskjellene mellom menn og kvinner i rusbehandling, men heller se på hva litteraturen trekker frem som viktig for kvinner spesifikt. I oppgaven vil det ikke bli diskutert ulike betydninger av kjønn, og jeg vil derfor ikke løfte frem kjønnsbehandling for mennesker med en annen kjønnsidentitet enn kvinne. På samme tid vil jeg heller ikke diskutere heteronormativitet i dagens rusbehandlingstilbud, til tross for at dette ville vært interessant å se på. Dette igjen på grunn av forskning som ligger tilgjengelig og oppgavens lengde. Dette er jeg bevisst. Denne oppgaven vil ikke ta for seg ulike barrierer som kan hindre kvinner i å delta i rusbehandling, men heller ha et fokus på selve rusbehandlingen.

#### 1.5 Oppgavens videre oppbygging

I denne oppgaven vil jeg først ta for meg metodekapitlet, for så å se på rusmiddelavhengighet og rusbehandling i et kjønnsperspektiv. Her vil jeg gå inn på kvinnespesifikke årsaksforklaringer, og offerperspektiv. Videre vil jeg ta for meg kvinner med rusmiddelavhengighet og deres behov knyttet til relasjoner. Deretter vil jeg ta for meg hva litteratur og forskning jeg har undersøkt sier om kvinnelige rusmiddelavhengiges møter med behandlingsapparatet. Jeg vil forsøke å løfte frem hva forskning og litteratur sier om behov for kvinneverdnet behandling, og hva man bør være bevisst i utforming av tilbud etter dette. I diskusjonsdelen vil jeg knytte litteratur og forskning opp mot problemstillingen og dermed forsøke å svare på denne.



## 2.0 Metode

I denne metodedel vil jeg ta for meg valg av metode, hvilken søkestrategi jeg har brukt, og hvordan utvelgelse av litteratur har blitt gjennomført. Jeg vil også komme inn på utfordringer som har gjort seg gjeldende underveis.

### 2.1 Valg av metode

Valg av metode handler om hvilket redskap man ønsker å bruke når en skal undersøke noe (Dalland, 2012, s.112) Litteraturstudie som metode innebærer systematisering av kunnskap. Støren (2013) skriver at «Å systematisere kunnskap vil, som nevnt, si å søke den, samle den, vurdere den og sammenfatte den» (s.17). Jeg kommer i denne oppgaven til å ta for meg eksisterende kunnskap som er blitt presentert i ulike artikler, og forsøke å sammenfatte den. Det vil derfor ikke komme ny kunnskap i denne studien, fra min side (Støren, 2013, s.17). For å komme frem til litteraturen har jeg valgt spesielt to fremgangsmåter, systematisk søk og kjedesøk. Jeg har også valgt å benytte pensumlitteratur.

### 2.2 Søkestrategi og utvelgelse av litteratur

Jeg har valgt å søke i databaser, slik som Oria og Idunn. Jeg har også valgt å bruke Google Scholar i søk etter litteratur, der Oria og Idunn ikke ga resultater. For å finne artikler som var relevante for problemstillingen brukte jeg ulike søkeord i kombinasjoner. Deriblant kvinner, rus, kjønn og rusbehandling for norske artikler. Engelske søkeord jeg benyttet var women, trauma and substance og gender. Jeg avgrenset til artikler publiserte i fagfelleverderte tidsskrifter, for i første omgang få et overblikk over forskningsresultater, og for å sikre at litteraturen var legitim. På grunn av et ønske om å benytte primærkilder har jeg valgt å inkludere noen vitenskapelige artikler som er publiserte for mer enn ti år siden. Dette innebærer en forkortet rapport. Også relevant, nyere litteratur har blitt inkludert i oppgaven.

Forskning jeg har inkludert i oppgaven har blitt foretatt i andre land enn Norge, noe som gjør at man bør ha et kritisk blikk til hvordan landets rammer og tilstand kan virke inn på resultatene. I denne oppgaven har jeg valgt å ikke bruke oversiktsartikler i stor grad, da jeg ønsket å benytte meg av primærartikler og originalartikler der det var mulig, men jeg har valgt å trekke inn to systematiske oversiktsartikler fordi de gir en oversikt på områder der hvor oppgavens lengde gjør at det ikke er hensiktsmessig å gå i dybden.

For å få tilgang på primærkilder og annen relevant litteratur benyttet jeg meg som nevnt også av kjedesøk, hvor jeg oppsøkte litteratur som var sitert ofte av andre, og/eller som virket relevant for problemstillingen min. En ulempe ved å bruke kjedesøk er at man vil risikere å finne forskning som i stor grad bygger på hverandre og dermed har samme perspektiv. På

samme tid kan kjedesøk gi en oversikt over relevant litteratur, og dersom en forskningsartikkel ofte refereres til kan dette tyde på at den er av en viss kvalitet.

Flere av forskningsartiklene jeg har inkludert i denne oppgaven baseres på forholdsvis små utvalg, noe som kan representere en usikkerhet knyttet til funnenes relevans i en større kontekst. Jeg har også valgt å inkludere en artikkel om rusbehandling av kvinnelige innsatte, da det vil kunne ha overføringsverdi og inkluderer rusbehandling på andre områder enn kun tradisjonell rusbehandling.

Flere av forskningsartiklene jeg har tatt i bruk viser til målbare resultater, slik som nedgang i bruk av rusmidler i etterkant av behandling. Slike effektmål gir interessant informasjon, men ved å legge for mye vekt på slike tall vil en fallgrube kunne være at man ikke får undersøkt hvilke andre endringer gruppedeltagerne har ervervet. Jeg har valgt å inkludere kvalitative artikler, noe som gir oppgaven en dybde, ved at dette inkluderer kvinnenens opplevelse av rusbehandling. Å se på kvinnenens opplevelse av rusbehandling lar seg ikke nødvendigvis gjøres dersom man bare baserer seg på resultater som kan tallfestes eller måles (Dalland, 2012, s.112)..

### 2.3 utfordringer

På grunn av restriksjoner knyttet til fysiske biblioteker, og i starten lite litteratur som var digitalt tilgjengelig har dette påvirket min søke- og innhentingsprosess. Til tross for et ønske om å benytte meg av primærkilder, ble dette ikke alltid fysisk mulig, og dermed har jeg måttet velge å ikke benytte enkelte artikler, eller benytte sekundærkilder.

## 3.0 Rusmiddelavhengighet og rusbehandling med tanke på kjønn, før og nå

I denne delen vil jeg komme inn på rusbehandling og kjønnsperspektiv. Etter dette vil jeg ta kort for meg rusmiddelavhengighet. Ulike kvinnespesifikke årsaksforklaringer på rusmiddelavhengighet vil også presenteres, før jeg beveger meg inn på offerperspektiv og hvilken relevans dette kan ha i rusbehandling. Avslutningsvis vil jeg gå inn på kjennetegn ved kvinner med rusmiddelavhengighet sine relasjoner.

### 3.1 Rusbehandling

Ansvaret for rusbehandling lå tidligere på fylkeskommunalt eller kommunalt nivå, men etter 2004 ble ansvaret lagt over på spesialisthelsetjenesten (Lundberg, 2012, s.40). Innenfor spesialisthelsetjenesten jobbes det tverrfaglig med behandling av rusmiddelavhengighet, hvor det medisinske, sosiale og psykologiske skal bli ivaretatt (Lundberg, 2012, s.45). Pasientene

har fritt behandlingsvalg, noe som innebærer at de kan velge mellom ulike behandlingstilbud (Helsedirektoratet, 2017).

Før 1970-tallet var det en mer generisk behandlingsmodell av rusmiddelavhengige som var gjeldende i store deler av verden (Grella, 2008, s.338). Denne anerkjente i stor grad ikke betydningen av kjønn. Med kvinnebevegelsen på 1970-tallet kom kjønnets betydning på dagsorden, noe som ga ringvirkninger til rusfeltet. Dette gjaldt også i Norge. Rusfeltet i Norge har tradisjonelt vært kjønnsnøytralt, her også rusbehandling. På 90-tallet ble det etablert et eget behandlingstilbud for kvinner i Norge (Meld.St. nr. 7.(2015-2016) s.99).

Mye av innsatsen som har blitt lagt ned for kjønnsperspektivet i helseforskning, har dreid seg om å få på plass et kvinneperspektiv. Spesifikk forskning på menn sin helse har ikke blitt prioritert i like stor grad som kvinners (Meld.St. nr. 7.(2015-2016) s.89). Per dags dato har derfor Stiftelsen Bergensklinikkene skilt behandling mellom kvinner og menn, med spisskompetanse rettet mot behandling av begge kjønn (Meld.St. nr. 7.(2015-2016) s.99). Dersom kjønnsperspektivet tar for seg begge kjønn vil dette føre til en bedre utvikling av kunnskap, blir det argumentert med (Meld.St. nr. 7.(2015-2016) s.89). Forskning har vist at det ikke er uten grunn at det finnes en bevissthet rundt forskjeller mellom kjønn. I rapporten *Hva vet vi om kvinners helse* (2018) trekkes det frem at voksne kvinner ca. dobbelt så ofte som menn får angst- og depresjonslidelser, på samme tid som voksne menn får en ruslidelse rundt dobbelt så ofte som kvinner (Kilden kjønnforskning og Norske kvinners sanitetsforening, s.48). I rapporten uttrykkes det at det trengs mer forskning når det gjelder kjønnsroller, utviklingstrekk, sosiale-, kulturelle- og biologiske mekanismer. Dette for å kunne sikre likeverdige tjenester til både kvinner og menn (s.49).

I Norge i dag finnes det flere egne behandlingsopplegg for kvinner ved ulike institusjoner hvor de tilbyr rusbehandling, herunder én institusjon som bare tar inn kvinner (Meld. St. nr. 7 (2015-2016) s.88). Lossius (2012a) hevder at det til tross for at det har vært et politisk fokus på dette over mange år er få tiltak i Norge som tilbyr kjønnsspesifikk behandling, og etterlyser mer forskning på kjønnsperspektiv i rusbehandling (s.32). «Ideelt sett bør det innenfor hvert regionale helseforetak (RHF) finnes behandlingstiltak som tilbyr kjønnsdelt behandling» skrives det i retningslinjene til Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2017). At vi i dag mangler en definisjon på hva bra kvinnespesifikk behandling er trekker Lossius frem (2012a, s.34). Tidligere var rusbehandlingen mer programbasert, men ettersom behandlingen blir mer tilrettelagt etter enkeltpersoner, trekkes dette frem som noe som skal gjøre at det blir enklere å

legge til rette for kvinner i behandling (Meld. St. nr. 7 (2015-2016) s.88). Helsedirektoratets anbefaling rundt kjønnsdelte tilbud er at den enkelte bør få mulighet til å reflektere rundt hva slags tilbud som for den har best tilnærming (Helsedirektoratet, 2017). Kjønnsdelt tilnærming handler ifølge Helsedirektoratet om rammer rundt behandlingen og faglig innhold, både der det er snakk om kjønnsdelte avdelinger og kjønnsdelte gruppe- og aktivitetstilbud (2017).

### 3.2 Rusmiddelavhengighet

Rusmiddelavhengighet defineres av ICD-10 som: «Et spektrum av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener der bruken av en substans eller substansklasse får en mye høyere prioritet for en gitt person enn annen atferd som tidligere var av stor verdi» (ICD-10:73, referert i Lossius, 2012a, s.26). Avhengigheter av rusmidler kjennetegnes av toleranseutvikling, abstinens, problemer med å kontrollere inntaket og en sterk trang til å innta rusmiddelet. Rusmiddelavhengighet fører ofte med seg sosiale problemer og helseplager, og relasjonelt kan det være svært krevende for pårørende (Lossius, 2012a, s.26). Genetiske, fysiske, miljømessige og nevrologiske forhold spiller inn i det komplekse rundt en rusmiddelavhengighet, og utviklingen av rusmiddelavhengighet rammer sosialt urettferdig, ifølge Lossius (2012a, s.23).

### 3.3 Kvinnespesifikke årsaksforklaringer

Å forklare kvinners rusvaner har blitt gjort på flere ulike måter opp igjennom årene, med forklaringer som svinger fra blant annet økt deltagelse i arbeidslivet, en latent promiskuitet hos kvinnene, og kjønnsrolleforvirring til større samfunnsmessige forhold (Taksdal, 1997, ss. 41-46). Kvinner med rusmiddelavhengighet er en sammensatt gruppe, og dette må man ha i bakhodet der man ser på ulike teorier og modeller. Nielsen og Rudberg (1990) skriver der hvor de tar for seg kjønns sosialisering at «generalisering når den er vel foretatt, vil styre vår forståelse av nye data. Teorier blir “briller” - ikke bare for de forskere som skaper dem, men også for de folk som leser dem» (Nielsen og Rudberg, 1990, s.20). At det er vanskelig å unngå å skape stereotypier ved bruk av teorier, og at en vitenskapelig teori vil være en forenkling av virkeligheten setter de lys på. De påpeker at man ikke skal være alt for redd for stereotypier (Nielsen og Rudberg, 1990, s.21). Taksdal (1997) viser til en at det fort kan bli en entydighet når det er snakk om kjennetegn og kvinnespesifikke årsaksforklaringer, og at en del av teoriene ikke er tydelige på hvilke kvinner som ikke blir inkludert i analysene (ss.39-40). Dette vil det kunne være fornuftig å være bevisst, men Taksdal (1997) trekker frem at kvinnespesifikke forklaringer kan si noe om hvem kvinnene er og hva de trenger (s.41).

I Arnhild Taksdals *Kvinnerettet rusbehandling?* (1997) trekkes det frem ulike årsaksforklaringer til kvinners rusmiddelavhengighet, deriblant kjønnsosialiseringsmodellen og handlingsmodellen (ss.44-46). Jeg har også valgt å trekke frem en teori som dreier som om kvinners undertrykkelse.

### 3.3.1 Oppvekstrelaterte grunner til rusmiddelavhengighet blant kvinner

Nielsen og Rudberg (1990) ser på kjønnsosialisering slik at vi som mennesker får erfaringer ved forskjellige faser i livet, og at disse fasene påvirker hverandre (s.16). De skriver om kjønnsrolleoppdragelse, og hvordan den gir oss normsett som påvirker våre handlinger og atferd, uten at dette handler om endringer i vår grunnleggende personlighet. Det legges frem at roller kan endres, enten omlæres eller læres av helt (Nielsen og Rudberg, 1990, s.16). Der Taksdal (1997) skriver om kjønnsosialiseringsmodellen trekker hun frem at kvinner med problemer knyttet til rus ofte mangler intime relasjoner som er viktige i utviklingen av en kvinneidentitet (s.45). Å mangle gode relasjoner til mor og venninner gjennom oppveksten vil kunne føre til at kvinner får et svakere «sikkerhetsnett». Dette får betydning når kvinnene utforsker og blir mer selvstendige i ungdomstida. Å mangle en positiv kjønnsidentitet kan bli sett på som en risikofaktor. Taksdal viser til forskningsresultater om hvordan problemer i familie i barndommen påvirker kvinner, og hvordan kvinnene virker å være mer sårbare for slike problemer. Det trekkes også frem at kvinner med rusmiddelavhengighet har større problemer enn menn med rusmiddelavhengighet når det kommer til foreldre. At kvinners manglende ferdigheter rundt det relasjonelle vil gjøre det utfordrende for grensesetting, både med tanke på seksualitet og rusmidler, blir også trukket frem (Taksdal, 1997, ss.45-46)

### 3.3.2 Rusmiddelavhengighet som strategi for kvinner

Handlingsmodellen kan brukes for å analysere kvinner med rusmiddelavhengighet (Taksdal, 1997, s. 44). Her sees bruk av rusmidler som en form for selvmedisinering, hvor kvinnen på grunn av sine forutsetninger tar et valg. Rusen kan ifølge Taksdal (1997) gi en demping eller erstatning av negative følelser. Dette er ifølge Taksdal noe man kan kunne ønske dersom man over tid befinner seg i en situasjon man opplever at man ikke har kontroll over. Taksdal viser til en undersøkelse hvor man har sett på alkoholavhengige kvinners handlingstaktikker. Her så man hvordan ofte brukte strategier var å innta rusmidler for å flykte eller gi opp egne ønsker, istedenfor å forsøke på å skape kompromisser. En slik modell innebærer å trene på alternative mestringsstrategier, og er behandlingsretta (Taksdal, 1997, s.44).

### 3.3.3 Rusmiddelavhengighet blant kvinner som resultat av undertrykkelse

I artikkelen til Nelson-Zlupko, Kauffman og Dore (1995) blir det trukket frem at kvinner med rusmiddelavhengighet ofte har andre behov enn menn med rusmiddelavhengighet, og trekker frem likheter mellom kvinner med og uten rusmiddelavhengighet (ss.47-48). Disse likhetene dreier seg om erfaringer med blant annet mishandling av seksuell og fysisk karakter. Også felles erfaringer knyttet til sosioøkonomiske ulikheter og mellommenneskelige forhold er noe artikkelforfatterne trekker frem. Det trekkes også frem at flere kvinner enn menn opplever økonomisk usikkerhet, og oftere blir hindret i å oppnå makt og status enn hva menn blir, uavhengig av klasses tilhørighet og etnisitet. At kvinner blir avhengige av andre kan føre til lavere selvfølelse, og en følelse av håpløshet. Artikkelforfatterne ser sammenheng mellom avhengigheten og undertrykkelsen rusmiddelavhengige kvinner opplever, og hva resten av kvinnene i samfunnet opplever. For mange kvinner er nettopp rusmiddelavhengighet et forsøk på å takle undertrykkende forhold, ifølge artikkelforfatterne (Nelson-Zlupko mfl. 1995, ss. 47-48).

### 3.4 Kvinner som handlende offer

Hvilket syn man har på kvinner som har blitt utsatt for undertrykkelse, varierer. Ericsson skrev i Norsk tidsskrift for Kriminalvidenskab om kvinner som handlende offer (1993). Hun peker på at kvinnebevegelsen satte vold mot kvinner på dagsorden, og at det ble satt inn i en samfunnsmessig ramme, hvor maktforholdet mellom kvinner og menn ble tydelig (s.76). Kvinnebevegelsen kjempet for at kvinner skulle få rett til å være offer. Det finnes få rettigheter uten plikter, og i dette tilfellet beskriver Ericsson at plikten til et offer er å være stakkarlig, passiv og svak. Ericsson ser på dette som paradoksalt, da kvinnebevegelsen ønsket at kvinnene skulle tre ut av skyggen til mannen, slik at kvinnene skulle få mulighet til å være en handlende aktør. Ericsson tar for seg hvordan en slik rolle føles nedverdiggende og er uutholdelig for de fleste, fordi vi hele tiden ønsker kontroll (ss.76-77).

Ericsson presenterer en kvinnelig strategi: «å velge det uunngåelige», hvor kvinnen tar på seg skylda for å ta kontroll over avmakten hun opplever. En slik strategi hevder Ericsson at er en reaksjon som gjør at kvinner kan beholde en stolthet og en følelse av å være handlende (s.77). Dette gjør at kvinnen står mellom å være medskyldig i undertrykkinga, eller et passivt objekt uten skyld. Ericsson trekker frem at dette er en felle både for kvinnene, men også for den den faglige og politiske diskusjonen (s.79). Hun hevder at kvinner handler, men at posisjonen de er i setter rammer for hvilke strategier de kan benytte seg av (s.80). I et maktforhold går både

den overordnede og underordnede inn i en rolle som handler og finner strategier. Det finnes stereotyper rundt kvinner, hvor de enten blir sett på som rene og uskyldige eller skyldige og skitne, og disse sitter godt forankret i vår kultur, skriver Ericsson. Kvinnebevegelsen har ifølge henne også blitt fanget inn i dette mønsteret (Ericsson, 1993, s.81).

### 3.5 Relevansen av offerperspektiv som hovedtilnærming

Rusfeltet har blitt kritisert for å trykke offerperspektivet til sitt bryst når kvinner og rus er tema (Renland, 2012, s.282). Å se på kvinner gjennom et offerperspektiv vil kunne føre med seg et syn på kvinnene som marionetter som er styrte av patriarkalske krefter. Renland (2012) løftet frem at et slikt perspektiv ikke går overens med viten om at enkelte kvinner tester ut rus for nytelse, og at prostitusjon for noen kan gi en økonomisk selvstendighet. Renland stiller seg kritisk til at stereotyper av kvinner gjennom offerperspektiv har såpass sterkt rotfeste i hjelpeapparatet (s.282).

### 3.6 Kvinner med rusmiddelavhengighet sine relasjoner

Relasjoner til partnere, til familie og til venner er temaer som gjerne kommer til syne i arbeid med kvinner med rusmiddelavhengighet. I behandling har moduler med fokus på relasjoner blitt brukt, blant annet i studien av kvinnelige innsatte med rusmiddelavhengighet (Messina mfl. 2010, s.100). Familieroller, mødreskap, egne forhold til mødre og tidligere forhold var sentrale temaer, som de ønsket at kvinnene skulle bli bevisste, for å gjøre dem i stand til å skape sunne sikkerhetsnett til senere (Messina mfl., 2010, s.100). Kvinner med rusmiddelavhengighet har i større grad rapportert om konflikter i familier, og behov knyttet til oppdragelse av barn, sammenlignet med menn (Grella, 2008, s. 330).

Forskning har vist at kvinner med rusmiddelavhengighet gir støtte til sine partnere, men opplever nødvendigvis ikke å få det gjengjeldt fra partnere (Trulsson og Hedin, 2004, s.150). Å bli rusfri innebærer ofte at kvinnene må skille lag fra sin mannlige partner, spesielt om motivasjonen ligger i kvinnenes ønske om å beholde omsorgsretten til egne barn (Trulsson og Hedin, 2004, ss. 149-150). Et «dårlig bakkemannskap» er noe som kjennetegner kvinnene, og en behandler Taksdal intervjuet sa det slik om kvinner i rusbehandling «De er mer alene. Åtte av ti menn som er sammen med en kvinne med rusproblemer går fra henne. Hvis det er andre veien, er tallet omvendt. Så det er ingen der til å ta seg av dem» (Taksdal, 1997, s.49).

Kvinner med rusmiddelavhengighet kjennetegnes med svakere relasjoner til andre kvinner, særlig venninner og mødre, sammenlignet med kvinner uten rusmiddelavhengighet (Taksdal, 1997, s.45).

Taksdal kaller kvinners dannelse av selvbylde, som skjer ved hjelp av relasjoner til andre, for relasjonsorientering (1997, s.51). En sterk relasjonsorientering kan være gunstig, da det gjør kvinnen i stand til å ivareta forhold og mennesker rundt seg. Relasjonsorientering får betydning for kvinnes oppfattelse av seg selv. Å ha et positivt syn på relasjonsorientering i behandling, samtidig som man har fokus på grensesetting og selvstendighet igjennom behandlingen, vil kunne være nyttig (Taksdal, 1997, s.51).

## 4.0 Hva sier relevant litteratur om kvinnelige rusmiddelavhengiges møter med behandlingsapparatet

Kvinner som har mistet omsorgsretten til sine barn vil kunne ha svært negative erfaringer med hjelpeapparatet, hvor de har følt seg mindreverdige (Trulsson og Hedin, 2004, s.152). Å prøve å motivere kvinner med rusmiddelavhengighet til å søke behandling med omsorgsrett til barna som motivasjon, vil kunne føre til at man setter kvinnen i en enda mer sårbar posisjon (Trulsson og Hedin, 2004, s.155). At kvinner med barn bør søkes inn i rusbehandlingsprogram med kompetanse på mødres behov tar Nelson-Zlupko mfl. (1995) til orde for (s.51).

### 4.1 Sosialarbeideres rolle i rusbehandling for kvinner

I forskningen til Trulsson og Hedin kom det frem at sosialarbeiderne med primæransvar var viktige for kvinnene som var i behandling (Trulsson og Hedin, 2004, s.153). Kvinnene så på tillit og åpenhet som kjennetegn på gode relasjoner til ansatte i rusbehandling. Også utholdenhet, tålmodighet, støtte og motivasjon ble trukket frem som viktig for kvinnene. Tilgjengelighet til den ansatte ble også løftet frem i tillegg til langvarighet. De tre ulike formene for sosial støtte kvinnene i studien ble møtt med av sosialarbeiderne var emosjonell, - instrumentell-, og kognitiv støtte. **Emosjonell** støtte følte kvinnene på der de opplevde at behandlerne brydde seg og uttrykte håp på pasientens vegne. Dette førte til at kvinnene også følte på håp. **Instrumentell** støtte handlet om at kvinnen skulle få tilgang på ressurser hun trengte i endringsprosessen, og fjerne hindringer. Praktisk hjelp med bolig trygdeytelser, studier og arbeid er eksempler på slik støtte (Trulsson og Hedin, 2004, ss.153-154).

Administrering av blant annet økonomi kan sies å passe inn her. Målet bør være at kvinnen har mest mulig forutsigbarhet når hun kommer ut av rusbehandling (Taksdal, 1997, s.48). Å klare å «lande» er en forutsetning for klare å konsentrere seg om rusbehandlingen, og i dette spiller sosialarbeideren en vesentlig rolle (Taksdal, 1997, ss.48-49). **Kognitiv støtte** ble i Trulsson og Hedin (2004) sin studie gitt i form av rådgiving og informasjon om for eksempel



hjelpeapparat (s.153). For noen av kvinnene hadde relasjonen til sosialarbeiderne også hatt en uformell karakter, hvor kvinnene så på relasjonen som en form for vennskap. Dette gjorde at kvinnene følte at de hadde brutt med sine gamle roller (Trulsson og Hedin, 2004, s.153-154).

## 4.2 Behandlerens kjønn

Hva kvinner i rusbehandling tenker om behandlerens kjønn har blitt undersøkt i Greenfield mfl. (2013) sin studie. De kvinnelige gruppedeltagerne oppga at behandlerens kjønn var mindre vesentlig for dem, enn de andre gruppedeltagerens kjønn (s.756). I denne studien var behandlerne kvinnelige, og de kvinnelige deltagerne oppga at de følte seg trygge. For noen var behandlerens kjønn svært viktig, og en kvinne uttalte at dersom hun hadde hatt en mannlig behandler ville hun ha trukket seg tilbake, og istedenfor å engasjere seg bare ha ønsket å «bli ferdig med det» (Greenfield mfl. 2013, s. 756). At man tar høyde for at kvinnelige pasienter vil kunne ha vanskeligheter med å åpne seg foran menn er vesentlig der man ser på behandlerens kjønn. Dette kan handle om tidligere erfaringer med menn (Taksdal, 1997, ss.158-160). Dette er ikke ensbetydende med at kvinner ikke vil kunne profitere på en mannlig behandler, da en god mannlig behandler kan bryte med et eventuelt negativt bilde av menn. Dette forutsetter at kvinnen er i en fase hvor dette er mulig å gjennomføre (Taksdal, 1997, ss.158-160).

Kvinner med rusmiddelavhengighet kan kjennetegnes ved svake kvinnerelasjoner, og dette blir i forskningen trukket frem som et grunnlag for at kvinner kan ha godt av å ha behandler av samme kjønn (Taksdal, 1997, s. 159). De kvinnelige behandlerne i Taksdals forskningsrapport oppga at det var en ressurs å være kvinnelig behandler i møte med kvinnelige rusmiddelavhengige. De fortalte om en felles forståelse, og en nærhet til livet som pasientene lever. En av behandlerne uttrykte det slik, om hvordan å selv være kvinne som arbeider med kvinner, og hvilke krav dette setter til behandleren:

Som jeg har sagt før, så ser jeg det ikke som noe ulempe å være kvinne selv, men det er klart at jeg synes det kan være vondt å møte slike opplevelser. For eksempel kan jeg av og til, for å forsvare mitt, ha behov for å dytte mitt eget sinne over på en kvinne som der og da ikke opplever sinne. Gjør jeg det, har jeg mistet distansene, og bekrefter ikke henne, men viser lite respekt egentlig. Det er som jeg sa i stad områder som treffer meg som person mer enn andre, som jeg har vanskeligere for å møte/takle på en profesjonelt OK måte. Mine erfaringer er som jente og kvinne, så mine egne sårbare

punkter er da også knyttet til det. Jeg greier ikke tankemessig å skille meg som person fra meg som kvinne. (s.161).

Trulsson og Hedin (2004) viste til tidligere forskning som har sett på hvordan kvinnelige sosialarbeidere med bakgrunn fra middelklassen tilnærmer seg kvinnelige klienter med bakgrunn fra arbeiderklassen (s.155). Det kan være en fallgrube at de verdiene en behandler fra middelklassen innehar, kan være med på å skape avstand til kvinnene med rusmiddelavhengighet, ifølge Trulsson og Hedin. Kvinnene med rusmiddelavhengighet kan dermed bli sett på som avvik, noe som igjen fører til at disse ikke kommer seg ut av en avviksrolle (Trulsson og Hedin, 2004, s.155).

## 5.0 Hva sier relevant litteratur om behov for kvinnerettet behandling

I denne delen vil jeg gå inn på skam, skyld, selvtillit og stigma, og hvordan disse temaene gjør seg gjeldende i rusbehandling med kvinnelige pasienter. Også misbruk og traumer, og hvilke behov dette vil kunne medføre blir trukket frem. Jeg vil også gå inn på kvinnelige nettverk i rusbehandling, og hva litteraturen sier om dette.

### 5.1 Skam, skyld, selvtillit og stigma

Å oppleve stigma som er knyttet til rusmiddelavhengighet fører til lavere selvtillit og større skam- og skyldfølelse hos kvinner enn menn (Trulsson og Hedin, 2004, s.153). Et negativt selvbilde og lav selvtillit øker risikoen for fortsatt rusmiddelbruk, fordi det gjerne fører til at kvinnene blir mer innesluttet (s.155). Kvinnene i Trulsson og Hedin studie oppga at oppmuntrende og positive tilbakemeldinger fra behandlere, knyttet til fremgang førte til at selvtilliten til kvinnene ble styrket (Trulsson og Hedin, 2004, s.153-154).

Å ta tak i skam og stigma i ble litteraturen trukket som en viktig del av prosessen mot å bli rusfri (Greenfield mfl. 2013, s.756). At kvinner og menn opplever stigma på forskjellige måter ble trukket frem av kvinnene i den kjønnsblandede gruppa i studien til Greenfield mfl. (2013, s.756). Kvinnene oppga også at mennene i gruppa ikke ønsket å snakke om skam, til tross for at kvinnene gjorde det i gruppa. Taksdal peker på at kvinners følelse av skyld kan ha en sammenheng med en mulig kvinnelig tendens til å rette reaksjoner innover (1997, s.52)

### 5.2 Misbruk og traumer

Å føle på skyld og skam er vanlig etter å ha vært utsatt for alvorlig vold. På samme tid er det kjent at flere kvinner enn menn blir utsatt for alvorlig vold fra partneren sin. Å ha vært utsatt for overgrep sees på som en risikofaktor for å få en ruslidelse (Kilden kjønnsforskning og

Norske Kvinners Sanitetsforening, 2018, s.35). Det er sannsynlig at flere av kvinner enn menn har en PTSD- diagnose, og forskning viser at kvinner er mer disponerte for å utvikle PTSD enn menn (Grella, 2008, s.337; Kilden Kjønnforskning og Norske Kvinners Sanitetsforening, 2018, s.33). Forskning på rusbehandling av kvinner som deltar i tradisjonell rusbehandling, og som har opplevd mishandling i barndommen og/eller har en PTSD-diagnose viser at disse kvinnene får dårligere resultater der det gjelder korttids rusmiddelbruk, psykososial fungering og mental helse (Grella, 2008, s.337; Sacks, McKendrick og Banks, 2008, s.97). Den traumespesifikke modellen Trauma Recovery and Empowerment Model (TREM) ble brukt i en undersøkelse av rusbehandling av kvinner som hadde opplevd misbruk, og som hadde mentale lidelser og rusmiddelavhengighet (Fallot og Harris, 2011). Kvinnene som deltok i TREM-gruppa hadde en større nedgang i bruk av rusmidler, sammenlignet med kontrollgruppe. Kvinnene i TREM-gruppa opplevde bedring rundt trygghetsfølelse og angstsymptomer. Det var hverken forbedring eller forverring av PTSD, sammenlignet med kontrollgruppa (s.74). Kvinner med traumer fra barndommen vil kunne profitere på en rusbehandling som er tilpasset dette, ifølge Sacks mfl. (2008, s.97).

De traumespesifikke modellene forskningslitteraturen i denne oppgaven trekker frem er preget av et fokus på mestringsferdigheter (Fallot og Harris, 2002, s.475; Messina mfl. 2010, s.100). Modellene vektla opplæring i hva traumer og mishandling er, og at kvinnene skulle få undersøke hvordan det har påvirket livene deres og sine egne traumesymptomer under trygge rammer (Fallot og Harris, 2002, ss. 476-477; Messina mfl. 2010, s.100). At behandlingsapparatet har kunnskap om traumer gjør det mulig å styre unna triggerpunkter som utløser traumereaksjoner (Messina mfl. 2010 s.98). Kjønnroller blir gjerne fremtredende når kvinner erfarer og prøver å håndtere traumer (Fallot og Harris, 2002, s.475). Roller gjør grupper forutsigbare, ved at det ligger gjensidige forventninger til grunn for gruppas medlemmer (Håkonsen, 2014, s.209). Grupper i rusbehandling kan ofte danne tradisjonelle kjønnsrollemønstre (Lossius, 2012b, s.307).

Tradisjonelle kjønnsroller og sosiale forventninger ble løftet frem som en årsak til at kvinner i en kjønnsblandet behandlingsgruppe som Greenfield (2013) med flere undersøkte, følte seg hindret i å kunne være seg selv, og beskrev i større grad en negativ selvoppfattelse (2013, s.755). Kvinnene i denne gruppa oppga at de følte seg dømt og kategoriserte av de mannlige gruppedeltagerne. De bekymret seg også mer om skam og stigma. I samme studie oppga kvinnene i den kvinnerettede gruppa at å delta i en gruppe med kun kvinner gjorde at de kunne være seg selv. Trygghet spilte en sentral rolle i dette (Greenfield, 2013, s.755).

Håkonsen (2014) skriver at vi gjennom livet vårt er avhengige av andre mennesker når det kommer til vår egen identitetsfølelse (s.73). Ifølge han påvirkes selvforståelsen gjennom hele livet, og som mennesker observerer vi oss selv, og andres reaksjoner på oss i alle sosiale settinger (s.73). Manualer som tar utgangspunkt i utforsking av selvet og selvfølelse, og påvirkningen sexisme har på det, har blitt brukt i kvinnegruppa i Messina mfl. sin studie (2010, s.100). Å legge til rette for endring for kvinner innebærer å la kvinnene få et nytt syn på seg selv (Trulsson og Hedin, 2004, s.155). Dette innebærer å forbedre selvtillit og støtte utvikling av identitet gjennom samhandling med andre kvinner, ifølge Trulsson og Hedin (s.155).

### 5.3 Kvinnelige nettverk, og dets rolle rusbehandling

Ensomhet der kvinnene måtte skille seg fra partnere og nettverk for å bli rusfrie har blitt løftet frem av Trulsson og Hedin (2004, s. 150). For kvinnene i deres studie kunne det å finne et nytt nettverk ta flere år. Dermed ble blant annet behandlingssenter en viktig arena for å knytte kontakter i starten. Her opplevde de en felles forståelse med andre kvinner (Trulsson og Hedin, 2004, s.152) At kvinnene «delte samme språk» ble også trukket frem som positivt i kvinnegruppa Greenfield mfl. (2013) undersøkte (s.754). Kvinnene i kvinnegruppa opplevde at de andre deltagerne brygge seg og at de støttet hverandre. Kvinnene oppga at de endret sin oppfattelse av seg selv ved hjelp av de andre gruppelemmene (s.754). På samme tid oppga kvinnene i den kjønnsblandede gruppa at det var mangel på empati og at det var en seksuell spenning i gruppeatmosfære. På samme tid uttalte noen av kvinnene at det var interessant å lære om rusmiddelavhengighet hos begge kjønn (Greenfield mfl. 2013, s. 755).

I flere studier viste forskningsresultater større nedgang i rusmiddelbruk i etterkant av behandling, blant kvinnene som deltok i kvinnegruppa, sammenlignet med kjønnsblandede kontrollgrupper (Greenfield mfl. 2007, ss.44-45; Messina mfl. 2010, s.104). At kvinnene følte at de kunne dele åpent bekymringer knyttet til partnere og familieroller ble trukket frem som en mulig årsak til nedgangen, av forskerne (Greenfield mfl. 2007, s.44; Messina mfl. 2010, s.104). At et kvinnespesifikt miljø kan føre til at kvinnene føler seg mer komfortable og trygge, og at det dermed blir enklere å dele åpent innad i gruppa ble trukket frem (Messina mfl. 2010, s.104). At kvinnene opplevde støtte fra de andre medlemmene ble også trukket frem som en del av forklaringen (Greenfield, mfl. 2007, s.44).

## 6.0 Diskusjon

Her vil jeg forsøke å svare på problemstillingen, «Hvordan kan sosialarbeidere bidra til å ivareta kvinner i rusbehandling?». Jeg vil trekke frem hvilke kvinnespesifikke behov sosialarbeideren bør ha bevissthet rundt, og hvordan sosialarbeideren kan støtte kvinner i rusbehandling. Deretter vil jeg løfte frem bevissthet rundt kjønn til sosialarbeideren i arbeid med kvinner med rusmiddelavhengighet. Sosialarbeiderens arbeid med og gjennom relasjoner vil jeg knytte opp til sosialfaglig arbeid med kvinner i rusbehandling, hvor styrking av kvinnenettverk trekkes frem. Jeg vil avslutningsvis drøfte hvorvidt kvinnespesifikk behandling og offerperspektivet går hånd i hånd, og hva dette har å si for sosialarbeideres arbeid med kvinner i rusbehandling.

### 6.1 Hvilke kvinnespesifikke behov må sosialarbeidere ha bevissthet rundt, i rusbehandling?

I litteraturen som har blitt undersøkt i denne oppgaven, har temaer som skam, stigma, selvtillit og selvet blitt trukket frem som vesentlig for kvinnenenes situasjon og bedring i rusbehandling. Skyld kan sees på som en kvinnelig tendens til å rette reaksjoner innover, eller som en strategi hvor man bevarer stoltheten, fordi det for de fleste er uutholdelig å bli sett på som et passivt objekt (Ericsson, 1993, s.77; Taksdal, 1997, s.52).

Stigma knyttet til å være rusmiddelavhengig fører til lavere selvtillit hos kvinner enn menn, og et negativt selvilde og lav selvtillit er en risikofaktor for at kvinner fortsetter å bruke rusmidler, ifølge Trulsson og Hedin (2004). Dette fordi det fører til at kvinner blir mer innsluttede. Stigma gir hindringer for personers deltagelse i samfunn, og fungerer som en barriere mot sosial kontakt (Tøssebro og Berg, 2015, s.229). Konsekvensene stigma fører med seg gjør at sosialarbeidere må være bevisste hvilke verdier og holdninger man tar med seg inn i arbeidet, og er bevisste på hvordan man kan tilrettelegge rusbehandling, slik at man ikke risikerer å forsterke eksisterende stigmatisering (Trulsson og Hedin, 2004, s.155; Tøssebro og Berg, 2015, s.234)

### 6.2 Støtte fra sosialarbeidere

Slik vi har sett tidligere vil mange kvinner kunne erfare en ensomhet i å bli rusfrie, og trenger i stor grad støtte fra andre i prosessen. Her vil sosialarbeidere kunne tilby hjelp til kvinnene ved å støtte dem på ulike måter. Å gi informasjon og rådgivning til kvinnene er en måte for sosialarbeidere å gi støtte på. Støtte kan også dreie seg om å gi pasientene tilgang på ressurser og hjelpe til med å fjerne hindringer, blant annet ved å ta tak i trygdeytelser, arbeidssituasjon og boligsituasjon (Trulsson og Hedin, 2004, s. 153). Koordinering av tjenester er

arbeidsoppgaver sosialarbeidere ofte har, når det foregår samarbeid med andre yrkesgrupper (Berg mfl. 2015, s.22). Å avklare situasjoner utenfor rusbehandlingsinstitusjonen vil kunne være en forutsetning for at kvinnene skal klare å fokusere på rusbehandlingen (Taksdal, 1997, ss.48-49). Håp og omsorg er også former for støtte som sosialarbeidere vil kunne tilby kvinner med rusmiddelavhengighet (Trulsson og Hedin, 2004, s.153).

### 6.3 Bevissthet rundt sosialarbeiderens kjønn

Ellingsen og Levin (2015) skriver om betydningen kjønn har for relasjoner, og hvordan sosialarbeiderens kjønn spiller en rolle i alle relasjoner. De trekker frem at kjønn har betydning for hvilke tolknings- og handlingsredskap sosialarbeideren bruker (2015, ss.121-122). Rollen behandlerens kjønn spiller har også blitt løftet frem i artiklene jeg har sett på. Flere kvinnelige behandlere ser en styrke i å selv være kvinne som jobber med rusmiddelavhengige kvinner (Taksdal, 1997, s.158). Å være bevisste på at man selv kan bli påvirket av pasientens opplevelser kan muligens være ekstra viktig for kvinnelige behandlere, slik at man ikke risikerer dytte egne følelser over på pasienten, slik som behandleren Taksdal intervjuet oppga (Taksdal, 1997, s. 161). Til tross for at noen av kvinnene i studien til Greenfield mfl. (2013) oppga at det var viktig for dem at behandleren var kvinnelig, var behandlerens kjønn mindre vesentlig enn de andre gruppemedlemmenes kjønn (s.756). Å ha en dyktig mannlig behandler kan for kvinner med et negativt syn på menn være fruktbart i faser hvor kvinnen er klar for det (Taksdal, 1997, s.159). Å ha en bevissthet rundt behandlerens kjønn, og hva den enkelte kvinnen trenger og er klar for, vil være sentralt i å tilby kvinner et godt behandlingstilbud.

### 6.4 Sosialarbeiderens arbeid gjennom og med relasjoner

Å jobbe gjennom relasjoner er noe sosialarbeidere gjør i møte med pasienter (Ellingsen og Levin, 2015, s.115). Det handler om rollen relasjonen mellom pasienten og sosialarbeideren spiller for å få til et godt samarbeid. Denne relasjonen kalles en arbeidsrelasjon (Shulman, 2003, s.88). Ifølge Shulman er omsorg, tillit og samstemthet viktige faktorer i en god arbeidsrelasjon. Disse faktorene gikk også igjen i de arbeidsrelasjonene kvinnene så på som gode, i Trulsson og Hedins studie (2004). I denne studien opplevde kvinnene omsorg, hvor sosialarbeiderne brydde seg om dem. Også tillit, som handler om at pasienten tør å fortelle om sine opplevelser og tanker (Shulman, 2003, s.88) ble trukket frem av kvinnene i studien. Samstemthet dreier seg om at pasienten og sosialarbeideren går godt sammen (Shulman, 2003 s.88). Kvinnene i studien opplevde at det utviklet seg en uformell relasjon til sosialarbeiderne, nærmest et vennskap, hvor sosialarbeiderne ble rollemodeller I tillegg til disse tre faktorene

ble også viktigheten av langvarige relasjoner og tilgjengelighet løftet frem som vesentlig for endringsprosessen (Trulsson og Hedin, 2004, s.153).

Sosialarbeidere jobber med relasjoner (Levin og Ellingsen, 2015, s.112). Det betyr at man skal forsøke å forstå og hjelpe pasienten med å endre relasjoner til andre. Som sosialarbeider skal en bidra til å skape endring hos individer (Berg mfl. 2015, s. 19). Én faktor Trulsson og Hedin tar for seg når det handler om å legge til rette for endring for kvinner, er forbedring av selvtillit og støtte i utvikling av identitet, gjennom samhandling med andre kvinner, slik at kvinnen kan få et nytt syn på seg selv (Trulsson og Hedin, 2004, s.155).

Kjønnsosialiseringsmodellen som det er gjort rede for i teoridelen trekker frem at kvinner med problemer knyttet til rus ofte mangler relasjoner som er viktige i utviklingen av en kvinneidentitet (Taksdal, 1997, s.45). Kanskje kan en større avhengighet av mannens oppfattelser av kvinnen begrunnes med manglende kvinnelige relasjoner, ut ifra en kjønnsosialiseringsmodell (Taksdal, 1997, s.47). At det kan ligge en styrke i rene kvinnegrupper i behandling har blitt trukket frem i litteraturen.

### 6.5 Styrke kvinnenettverk

Behandlingsinstitusjoner for kvinner har blitt trukket frem som en arena hvor kvinnene har fått mulighet til å skaffe seg et nettverk (Trulsson og Hedin, 2004, s.147). Et miljø med kun kvinner kan føre til at kvinnene føler seg mer komfortable og trygge, noe som gjør dem i stand til å dele åpent innad i gruppa (Greenfield mfl. 2007, s.44; Messina. mfl. 2010, s.104). Seksuell spenning mellom menn og kvinner i behandling vil kunne være et hinder i dette (Greenfield, 2013, s.755). Som sosialarbeidere skal vi lage gode «samtalekulturer», hvor vi hjelper pasientene i å prate om følelser og bekymringer som er knyttet til tabubelagte temaer (Shulman, 2003, s.249). Å legge til rette for gode samtalekulturer kan kanskje gjøres ved å gi kvinner i rusbehandling mulighet til å delta i grupper med kun kvinner, da kvinner i rusbehandling kan oppleve at de deler samme språk, og har lignende erfaringer (Greenfield mfl. 2013, s.754). På samme tid vil det kanskje for noen kvinner, være interessant å lære om hvordan rusmiddelavhengighet er for menn, og at det ligger mulighet i det til å reflektere rundt partners prosess i å bli rusfrie (Greenfield mfl. 2013, s.755).

### 6.6 Offerperspektivet og stereotypisering i kvinnerettet rusbehandling

Som vi så i kapittelet om relevant litteratur, hefter det stereotypier ved kvinner med rusmiddelavhengighet. Stereotypien av kvinner som et passivt og stakkarslig offer har ifølge Renland (2012) et sterkt rotfeste i synet hjelpeapparatet har på kvinner med rusmiddelavhengighet (s.282). Stereotypier blir ofte til ved bruk av teorier (Nielsen og

Rudberg, 1990, s.21), og teorier vil kunne være nyttige å benytte for å forstå og analysere situasjoner eller fenomener (Levin, 2015, s.39). En vitenskapelig teori er en forenkling av virkeligheten (Nielsen og Rudberg, 1990, s.21). Denne begrensningen bør man anerkjenne i sosialfaglig arbeid, for å unngå å la seg fange i uhensiktsmessige stereotypier. For at sosialarbeidere skal klare å fange opp sensitive temaer i det første møtet med en pasient vil det kunne være gunstig for sosialarbeideren å stille seg inn på pasientens mulige opplevelser og problemer (Shulman, 2003, s.82). For at dette ikke skal føre til at sosialarbeideren danner seg et bilde av pasienten som ikke stemmer, og tviholde på dette bildet gjennom behandlingen, må man være klar over at forhåndsinnstillingen kun er helt midlertidige. For å kunne forhåndsinnstille seg vil man være avhengig av å kunne kaste bort det man så for seg etter å ha møtt pasienten. Det innebærer at man skal forsøke å fange opp indirekte signaler fra pasienten, men også være forberedt på at det man kan ha forhåndsinnstilt seg på ikke viser seg å stemme (Shulman, 2003, ss.96-97). En slik ferdighet vil kunne komme til nytte i å stille seg inn på temaer og problemer som kan kunne være gjeldende i arbeid med kvinner med rusmiddelavhengighet. Å kunne gå bort ifra sine forhåndsinnstillinger vil kunne gjøre man klarer å se den enkelte kvinnen og hennes behov. Å uten videre anta at alle kvinner er passive ofre som har opplevd traumatiske opplevelser vil ikke være det mest fruktbare. Men å vite at det med sannsynlighet er mulig at kvinner med rusmiddelavhengighet kan ha traumatiske opplevelser med seg fra barndom eller voksenliv vil kunne være viktig i å kunne tilby riktig hjelp til hver enkelt kvinne. En slik bevissthet vil kunne gjøre at sosialarbeider er sensitive for slike temaer, og vet hvor man skal trå for å ikke utløse eventuelle traumereaksjoner hos kvinnene.

Man kan diskutere rundt hvorvidt kjønns spesifikk tenkning og offerperspektivet går hånd i hånd, slik Renland legger frem (2012, s.282). Traumer fra seksuell mishandling og vold kan ifølge Lossius nettopp være en drivkraft i behandlingen for kvinner med rusmiddelavhengighet, uten at kvinnene sees på som passive ofre av behandlingsapparatet (Lossius, 2012c, u.s.). Litteraturen om rusbehandling av kvinner med traumer konkluderer med kvinner med traumer fra barndommen bør få en rusbehandling som tar hensyn til dette. De traumespesifikke modellene forskningslitteraturen i denne oppgaven trekker frem er preget av et fokus på mestringsferdigheter (Fallot og Harris, 2002, s.475; Messina mfl. 2010, s.100). Slik Taksdal foreslår det, er et av kvinners behandlingsbehov at de har behandlere som anerkjenner, ser og tar et utgangspunkt i pasientenes ressurser (1997, s.66).



Å trene på mestringsstrategier er et viktig ledd i handlingsmodellen (Taksdal, 1997, s.44), slik som i de traumespesifikke modellene (Fallot og Harris, 2002, s.475; Messina mfl. 2010, s.100). Som sosialarbeidere må ikke en bevissthet rundt pasienters tidligere traumatiserende erfaringer føre til en undervurdering av pasientene og deres endringsressurser (Shulman, 2003, s.42). I dette ligger det at sosialarbeidere på samme tid som man støtter, må sette krav til pasientens egeninnsats. Dette kravet kan også pasienten sette til sosialarbeideren (Shulman, 2003, ss.42-43).

Å utføre godt sosialfaglig arbeid i møte med kvinner i rusbehandling forutsetter at sosialarbeiderne anerkjenner kvinnenens tidligere erfaringer, på samme tid som det tas utgangspunkt i kvinnenens ressurser og styrker. Å se på kvinner som handlende aktører som velger sine strategier ut ifra hva som er mulig setter krav til sosialarbeidere, i å gi kvinnene muligheter til å trene på alternative mestringsstrategier og å jobbe med bedring av livssituasjon.

## 7.0 Avslutning

Å utføre godt sosialfaglig arbeid med kvinner med rusmiddelavhengighet forutsetter at man tar utgangspunkt i den enkelte pasientens behov og utfordringer. Helsedirektoratets anbefaling knyttet til kjønnsdelt behandling er at den enkelte pasienten bør få mulighet til å reflektere rundt hva slags tilbud som er best for den enkelte (Helsedirektoratet, 2017). Kvinner med rusmiddelavhengighet er en sammensatt gruppe, med ulike behov og ønsker for behandling, og slik som Taksdal skriver er fleksibilitet viktig for et godt behandlingstilbud for kvinner (1997, s.64).

Å kunne tilpasse behandlingen til kvinner med traumer har blitt løftet frem i litteraturen (Sacks mfl. 2008, s.97). Også mødre i rusbehandling kan ha behov for tilrettelegging ut ifra spesielle behov (Nelson-Zlupko mfl. 1995, s.51). At det blir lagt til rette for at kvinner med lite nettverk får mulighet til å delta i et kvinnenettverk i behandling er også en form for tilrettelegging etter kvinnenens behov. Dette kan gjøre at kvinner føler seg trygge og tør å dele åpent om sine utfordringer med de andre gruppedeltagerne (Messina mfl. 2010, s.104).

At kjønnsespesifikk behandling kanskje passer noen pasienter bedre enn andre løfter Lossius frem, og skriver at pasienter med mindre psykiske og relasjonelle problemer, og som ikke har traumer kanskje vil få en tilstrekkelig behandling uten at det blir lagt vekt på kjønnspektivet (Lossius, 2012a, s.34).

Innenfor de rammene som finnes innen behandlingsapparatet vil sosialarbeideren kunne spille en vesentlig rolle i samarbeid med pasienten. Sosialarbeideren arbeider med og gjennom relasjoner. De arbeider med relasjoner der det handler om nettverket til kvinnene.

Sosialarbeidere jobber gjennom relasjoner, hvor sosialarbeideren og pasienten inngår i en arbeidsrelasjon. At arbeidsrelasjonen er preget av blant annet omsorg, tillit og samstemthet er viktig. Ved å informere og arbeide med kvinnens livssituasjon utenfor behandling kan sosialarbeideren være med på å gjøre en forskjell, og spre håp om at endring er mulig. Å være klar over fallgruver og hindringer som vil kunne oppstå i arbeidet, slik som ytterligere påføring av stigma, og å ta utgangspunkt i et offerperspektiv med medfølgende stereotypisering, vil kunne være vesentlig. Også barrierer knyttet til sosialarbeiderens kjønn bør en sosialarbeider være bevisst. Sosialarbeidere bør kunne gå bort ifra sine forhåndsinnstillinger, og se det enkelte individs behov og ressurser, for å på best mulig måte ivareta kvinner i rusbehandling.

## 8.0 Referanser

- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2015) *Likestilling i praksis: Like muligheter for kvinner og menn* (Meld. St. 7(2015-2016)) Henta fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/cd129c6dfff54129b42a1b82071913f0/no/pdfs/stm201520160007000dddpdfs.pdf>
- Berg, B, Ellingsen, I. T., Levin, I. & Kleppe, L. C. (2015) Hva er sosialt arbeid?. I Ellingsen, I. T., Levin, I., Berg, B. & Kleppe, L. C. (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (19-35). Oslo: Universitetsforlaget
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Ericsson, K. (1993). Kvinner som handlende offer. *Nordisk tidsskrift for Kriminalvidenskap*, 80(2), 76-85 <https://doi.org/10.7146/ntfk.v80i2.71313>
- Fallot, R. D. & Harris, M. (2002) The Trauma Recovery and Empowerment Model (TREM): Conceptual and Practical Issues in a Group Intervention for Women. *Community Mental Health Journal* 38 (6), 475-485. <http://doi.org/10.1023/A:1020880101769>
- Fallot, R. D., McHugo, G. J., Harris, M., & Xie, H. (2011). The Trauma Recovery and Empowerment Model: A Qasi-Experimental Effectiveness Study. *Journal of Dual Diagnosis*, 74-89. <https://doi.org/10.1080/15504263.2011.566056>
- Greenfield, S. F., Cummings, A. M., Kuper, L.E, Wigderson, 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., Trucco, E. M., McHugh, K., Lincoln, M. & Gallop, R. J. (2007). The Women's Recovery Group Study: A Stage 1 Strial of women-focuser 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>
- Grella, C. E. (2008). From Generic to Gender-Responsive Treatment: Changes in Social Policies, Treatment Services, and Outcomes of Women in Substance Abuse Treatment. *Journal Of Psychoactive Drugs* 32(1), 327-342 <https://doi.org/10.1177/0193841X07307318>
- Helsedirektoratet. (2017). *Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet: Nasjonal faglig retningslinje*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av->

[rusmiddelproblemer-og-avhengighet/kjonnsspesifikk-tilnaerming-minoriteter-og-seksuell-orientering-i-rusbehandling#kjonnsspesifikke-behandlings-og-oppfolgingsbehov-i-rusbehandling](https://www.kjonnforskning.no/sites/default/files/rusmiddelproblemer-og-avhengighet/kjonnsspesifikk-tilnaerming-minoriteter-og-seksuell-orientering-i-rusbehandling#kjonnsspesifikke-behandlings-og-oppfolgingsbehov-i-rusbehandling)

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kilden Kjønnsforskning.no & Norske Kvinners Sanitetsforening. (2018). *Hva vet vi om kvinners helse?* Hentet fra [http://kjonnforskning.no/sites/default/files/hva\\_vet\\_vi\\_om\\_kvinnens\\_helse\\_rapport\\_kilden\\_kjonnforskning.no\\_nks.pdf](http://kjonnforskning.no/sites/default/files/hva_vet_vi_om_kvinnens_helse_rapport_kilden_kjonnforskning.no_nks.pdf)

Levin, I. & Ellingsen I. T (2015) Relasjoner i sosialt arbeid. I Ellingsen, I. T., Levin, I., Berg, B. & Kleppe, L. C. (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (112-124). Oslo: Universitetsforlaget

Levin, I. (2015) Sosialt arbeid som spenningsfelt. I Ellingsen, I. T., Levin, I., Berg, B. & Kleppe, L. C. (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (36-46). Oslo: Universitetsforlaget

Lossius, K. (2012a) Om å ruse seg. I Lossius, K. (Red.) *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (23-39). Oslo: Gyldendal Akademisk

Lossius, K. (2012b) Gruppebehandling. I Lossius, K. (Red.) *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (302-323). Oslo: Gyldendal Akademisk

Lossius, K. (2012c). Kvinnerettede tiltak virker best. *Tidsskrift for norsk psykologforening* 49(4), 394-395.

Lundberg, A. (2012) Hva er det med rusmiddelavhengighet som krever tverrfaglighet? I Lossius, K. (Red.), *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (41-46). Oslo: Gyldendal Akademisk

Messina, N., Grella, C. E., Torres, S., & Cartier, J. (2010, 3). A randomized experimental study of gender-responsive substance abuse treatment for women in prison. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 97-107. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.09.004>

Nelson-Zlupko, L., Kauffman, E. & Morrison, M (1995), Gender differences in drug addiction and treatment: implications for social work intervention with substance-abusing women. *Social work*, 40(1), 45-54. Hentet fra <https://search.proquest.com/docview/215266882/abstract/F8AC45FA5E2F4472PQ/1?accountid=12870#>

Nielsen, H. B. & Rudberg, M. (1989). *Historien om jenter og gutter: Kjønnssosialisering i et utviklingspsykologisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget

Renland, A. (2012). Om rus og kvinnelige stereotyper. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 49(3), 282. Link?

Sacks, J. Y., McKendrick, K. & Banks, S. (2008) The impact of early trauma and abuse on residential substance abuse treatment outcomes for women. *Journal of Substance Abuse Treatment* 34(1), 90-100.  
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.01.010>

Shulman, L. (2003) *Kunsten å hjelpe individer og familier* (M. K. Thorbjørnsen, Overs.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Støren, I. (2013). *Bare søk!: Praktisk veiledning i å gjennomføre en litteraturstudie* (2.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Taksdal, A. (1997) *Kvinnerettet rusbehandling?* Oslo: Rusmiddeldirektoratet

Trulsson, K. & Hedin, U.-C. (2004). The role of social support when giving up drug abuse: a female perspective. *International Journal of Social Welfare*, 13(2), 145-157.  
<https://doi.org/10.1111/j.1369-6866.2004.00308.x>

Tøssebro, J. & Berg, B. (2015) Sosiale forskjeller, avvik og samfunn. I Ellingsen, I. T., Levin, I., Berg, B. & Kleppe, L. C. (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (227-243). Oslo: Universitetsforlaget

