

Torvald Hjelden Sætrang

Kjønnsesifikk rusbehandling

Hvilke fordeler kan kjønnsesifikk behandling ha for kvinner i rusbehandling?

Bacheloroppgave i Sosialt arbeid

Veileder: Hanna P. S. Dyrendahl

Mai 2022

Torvald Hjelden Sætrang

Kjønnsesifikk rusbehandling

Hvilke fordeler kan kjønnsesifikk behandling ha for kvinner i rusbehandling?

Bacheloroppgave i Sosialt arbeid
Veileder: Hanna P. S. Dyrendahl
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosialt arbeid



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

I generasjoner har forskning og fokus på menns helse hatt forrang foran kvinners helse. Dette gjelder også i aller høyeste grad innenfor rusbehandlingens domene. Temaet i denne oppgaven er kjønnsespesifikk rusbehandling og problemstillingen lyder som følger: «*Hvilke fordeler kan kjønnsespesifikk behandling ha for kvinner i rusbehandling?*». I Norge var behovet for å tilpasse rusbehandling for kvinner allerede tematisert i 1992 gjennom Statsmelding nr. 69, uten at den helt store revolusjonen har skjedd siden den gang. Litteraturen viser i stor grad at kvinner vil ha høyere fullføringsrate ved kjønnsespesifikk behandling, noe som indikerer at det foreligger fordeler ved denne type behandling. Videre bekrefter litteraturen at det finnes en rekke fordeler for kvinner når de får kjønnsespesifikk behandling. Disse fordelene sees i oppgaven i direkte sammenheng med forhold som vil kunne gjøre seg gjeldende i blandet behandling. Av fordelene som dukker opp finner man blant annet at man gjennom kvinnerettede tiltak potensielt vil ha mer kunnskap om kvinners behov, som vil kunne føre til bedre tilrettelagt behandling. Dette fordi blandet behandling ofte er preget av en overvekt av mannlige pasienter, noe som også vil prege behandlingen som tilbys på institusjonen. I tillegg vil det faktum at menn ikke er tilstede hindre at en rusavhengigs behov for bekreftelse fra det motsatte kjønn stjeler fokuset fra behandlingen. Kjønnsespesifikk behandling eliminerer også kvinners frykt for å møte på tidligere partnere og ustabile menn i behandling. Kvinner med traumer knyttet til for eksempel seksuelle overgrep utført av menn vil også kunne nytte bedre av kjønnsespesifikk behandling enn blandet behandling, hvor de kan risikere å måtte fortelle om traumene i samtalegrupper bestående av en overvekt av menn. Litteraturen i oppgaven er innhentet gjennom strategier for systematisk litteratursøk i databaser med forutbestemte søkeord. I tillegg er det benyttet pensumlitteratur og håndsøk for å finne utfyllende litteratur.

Abstract

For decades research and focus on men's health has taken precedence over women's health. This will also apply in terms of the drug treatment domain. The theme of this thesis is drug treatment and the research question is as following: «What benefits can gender-specific treatment have for women in drug treatment?». In Norway, the need to adapt drug treatment for women was addressed already in 1992, through Government Report no. 69, without this leading to any great revolution. The literature show to a large extent that women will have a higher completion rate with gender-specific treatment, which largely substantiates the fact that there are benefits to this type of treatment. Furthermore, the literature confirms that there are a number of benefits for women when they attend gender-specific treatment. In the thesis these benefits are seen in direct connection with conditions that may occur in mixed treatment. Among the benefits we find that through gender-specific initiatives one might have more knowledge about women's needs, which eventually could lead to better adapted treatment. Mixed treatment is often dominated by male patients, which affects the treatment offered at the institution. Also, the fact that men are not present will prevent a drug addict's need for confirmation from the opposite sex from stealing the focus from treatment. Gender-specific treatment also eliminates women's fear of encountering unstable men in treatment. Women with trauma related to sexual abuse committed by men will also be able to benefit better from gender-specific treatment than mixed treatment, where they may risk having to share trauma stories in discussion groups mainly consisting of men. The literature in this thesis is obtained through strategies for systematic literature search in databases with predetermined keywords. In addition, syllabus literature and manual searches have been used to find supplementary literature.

Forord

Takk til alle som har bidratt til at det å være student under en verdensomspennende pandemi, ikke har blitt så grått og trist som det kunne blitt. Ingen nevnt, ingen glemt. Veileder fortjener en stor takk for inspirasjon i arbeidet med bacheloroppgaven. Hennes engasjement og kompetanse har vært et uvurderlig bidrag i arbeidet mot målet. En takk til ansatte, men kanskje spesielt pasienter, ved Kvamsgrindkollektivet og Tyrilistiftelsen som har gitt av seg selv og latt meg være en liten del av deres reise mot rusfriheten gjennom praksisperioden og jobb. Møter med flotte unge mennesker på min egen alder i en sårbar situasjon hvor de har hele livet sitt i en liten koffert, har gjort stort inntrykk. Disse møtene har åpnet øynene mine for fagfeltet og lagt mye av grunnlaget for min beslutning om å skrive om rusbehandling i bacheloroppgaven.

Til slutt vil jeg dele dette diktet, som jeg skrev og fremførte for pasientene ved Kvamsgrindkollektivet ved endt praksis:

*Bak ei tynn, tør furudør
Sitt ein kar, langt frå mor, langt frå far
Det er første dag i kollektivet
Første dag i det nye livet
Tåkehavet skal gradvis bli erstatta med håp
På mange måtar livets andre dåp
Men i staden for prestens vanlige salme
Blir han møtt av abstinensanes kvalme*

Tilbakefall, angst og vonde tankar

*Seks månadar seinare sitt same kar
Bak same dør, men nærmare mor og nærmare far
Fylt av håp, optimisme og tru
Med ei nybygd, steinlagt bru
Som tek han akkurat så langt han vil
Og kanskje endå litt til*

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	2
1.2 Sosialfaglig relevans	2
1.3 Presentasjon av problemstilling.....	3
1.4 Avgrensning av oppgaven.....	3
1.5 Videre oppbygging av oppgaven	4
2.0 Metode	5
2.1 Forberedende søk	5
2.2 Hovedsøk	6
2.3 Håndsøk.....	6
2.4 Fordeler og begrensninger.....	6
3.0 Teoretisk perspektiv	9
3.1 Bronfenbrenner: utviklingsøkologisk modell	9
3.2 Bourdieu om kapital og habitus.....	11
4.0 Litteratur	13
4.1 Rusmiddel og avhengighet	13
4.2 Hvem får behandling	15
4.3 Utfordringer i behandling	15
5.0 Diskusjon	17
5.1 En økologisk overgang: fra gata til behandling	17
5.2 Sprikende forventninger fra omgivelsene	19
5.3 Kapital i rusmiljøet og symbolsk vold	19
5.4 Kjønnsspesifikk behandling som verktøy mot frykten for stigmatisering	21
5.5 Bekreftelse, sjekking og traumer	22
5.6 Hvorfor ikke kjønnsspesifikk behandling?.....	23
6.0 Avslutning	25
Referanseliste	27
VEDLEGG 1: SØKETABELL FOR DE SYSTEMATISKE SØKENE	31

1.0 Innledning

Rusens funksjon er mange, og det finnes mange faktorer som spiller inn for at man til slutt ender opp med et så alvorlig rusproblem at man kvalifiserer til behandling. Dette gjelder også i aller høyeste grad for kvinner. Statistikk fra Helsedirektoratet (2022) viser at det er langt flere menn enn kvinner i rusbehandling. Også her er det mange årsaker, men en av årsakene kan nok være at den rusbehandlingen vi har i dag i stor grad er tilpasset menn. Både fordi menn har dominert behandlingsinstitusjonene (Simonsen, 2016, ss. 271-272), men også fordi at det som en konsekvens av dette er mest forskning på rusbehandling basert på menn i behandling (Lossius, 2021, s. 33). Dette vil kunne være med på å bidra til at kvinner dropper av behandlingen tidlig og vegrer seg for å dra tilbake til en behandling som ikke har fungert for dem.

Et historisk tilbakeblikk viser at rusbehandling rettet mot kvinner allerede var på den helsepolitiske agendaen gjennom Statsmelding nr. 69 fra 1991-1992. Den gang ble det lagt fokus på viktigheten av å tilpasse behandlingsmuligheter til kvinnenens livssituasjon og videreutvikle disse. Nå, 30 år seinere, framstår disse intensjonene som tomme ord. På landsbasis er det fortsatt få behandlingstilbud rettet spesielt mot kvinner og det skorter også på forskning som fokuserer på det å være kvinne i rusbehandling (Lossius, 2021, s. 33).

I Norge kan man få hjelp med å mestre rusproblemer på flere ulike plan. Ved lette til moderate problemer vil man kunne få hjelp i kommunen sin. Dette blant annet gjennom fastlege eller en egen ruskonsulent ansatt i kommunen. Om hjelpen fra dem ikke er tilstrekkelig kan man henvises til spesialhelsetjenesten og få tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). TSB innebærer kartlegging av rusproblemene, før man jobber videre med sin situasjon og mål. Dette foregår gjerne i døgnbehandling hvor man bor på en institusjon (Helse Norge, 2021). Både fastlege, psykolog og NAV kan henvise til TSB (Lossius, 2021, s. 95) og kriteriene for å bli tatt inn er at det vurderes at behandlingen vil øke pasientens livslengde og/eller kvalitet og at den forventede bruken av ressurser samsvarer med den forventede nytten av hjelpen (Lossius, 2021, ss. 98-99).

Forskning viser at kjønns spesifikk rusbehandling kan føre til at flere kvinner fullfører behandlingen (Ashley, Brady, & Marsden, 2003, ss. 36-37). I denne teoretiske oppgaven vil jeg se på årsaksforklaringen bak disse tallene, og forsøke å identifisere hvilke fordeler

kjønnsespesifikk behandling vil kunne medføre for kvinner i rusbehandling. På grunn av mangelen på forskning i Norge vil jeg se til forskning fra utlandet. Dette vil jeg gjøre gjennom systematisk litteratursøk via databasene Oria og Scopus.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Høsten 2021 fikk jeg gjennom praksisen på sosionomstudiet en introduksjon til det enormt interessante og komplekse feltet som er rusbehandling. Læringskurven var til tider bratt, men jeg opplevde tilværelsen hos Kvamsgrindkollektivet og spesielt det miljøterapeutiske arbeidet som svært givende. En ting jeg spesielt bet meg merke i og som vekket en nysgjerrighet hos meg, var skeivfordelingen hva gjelder kjønn. På institusjonen var det ca. 80 prosent menn og 20 prosent kvinner i behandling. Blant kvinnene som var i behandling var det både pasienter som tydelig hadde nytte av behandlingen, men også tilfeller av kvinner som avbrøt behandlingen tidlig. Det virket å være en klar tendens med den skeive kjønnsbalansen og denne tendensen fikk jeg også bekreftet gjennom tallene fra Helsedirektoratet, som jeg nevnte i introduksjonen. Erfaringene fra praksisen vekket en nysgjerrighet i meg og la dermed grunnlaget for at jeg ønsket å fokusere på tematikken kvinner i rusbehandling.

1.2 Sosialfaglig relevans

I selve kjernen av en sosialarbeiders arbeid ligger det å kunne arbeide med sosiale problemer både på individ-, gruppe- og samfunnsnivå (Kunnskapsdepartementet, 2019, s. 1) I arbeidet vil sosialarbeideren møte situasjoner og fenomener hvor man er avhengig av teoretisk kunnskap for å være i stand til å forstå hva man faktisk står ovenfor (Hutchinson & Oltedal, 2017, s. 13).

Denne teoretiske kunnskapen, sammen med den praktiske kunnskapen ligger som en forutsetning for at man skal kunne utføre det sosialfaglige arbeidet på best mulig måte (FO, 2022, s. 2). Dette gjelder også når det kommer til rusbehandling for kvinner. I Norge har vi i tillegg lite behandlingsforskning som tar for seg det særegne rundt å være kvinnelig eller mannlig rusmiddelavhengig. Kunnskapen man har om rusbehandling er dermed som nevnt i innledningen i all hovedsak basert på forskning og klinisk erfaring knyttet til menn i behandling (Lossius, 2021, s. 33). Nøkkelen bak den sosialfaglige relevansen er at man gjennom økt kunnskap i større grad vil kunne forstå fenomener og utfordringer knyttet til kvinner i rusbehandling (Kunnskapsdepartementet, 2019, s. 3).

Denne kunnskapen vil kunne være svært nyttig for sosialarbeidere som skal jobbe med kvinner både i blandet og kjønns spesifikk rusbehandling, og i ytterste konsekvens bidra til at man i tråd med sosialarbeiderens rolle er med på å skape bedre muligheter for kvinner i sårbare situasjoner (Kunnskapsdepartementet, 2019, s. 4).

1.3 Presentasjon av problemstilling

I denne oppgaven vil jeg gjennom litteratur se på hvilke fordeler kvinner i rusbehandling kan oppleve av kjønns spesifikk behandling. I tillegg vil jeg ha fokus på hvilke utfordringer kvinner eventuelt kan møte i blandet behandling, som stort sett er dominert av et stort overtall menn. Dette vil jeg gjøre gjennom følgende problemstilling:

«Hvilke fordeler kan kjønns spesifikk behandling ha for kvinner i rusbehandling?»

1.4 Avgrensning av oppgaven

Kompleksiteten i rusfeltet er ubestridt. Dermed vil jobben med å spisse og avgrense oppgaven være desto viktigere. I min oppgave vil jeg som sagt fokusere på fordelene med kjønns spesifikk rusbehandling for kvinner. I arbeidet med å se på disse fordelene vil det være naturlig å ha fokus på alternativet til kjønns spesifikk behandling. Dermed vil oppgaven i stor grad sette behandlingsformene opp mot hverandre, og ta for seg utfordringer med behandling som blander menn og kvinner. I tillegg vil den forsøke å se på hvilken rolle menn spiller i blandet rusbehandling. Gjennom dette vil mye av diskusjonen i oppgaven bli knyttet til hva litteraturen sier om kjønns spesifikk behandling sammenlignet med blandet behandling.

Jeg har bevisst valgt å avgrense min oppgave til å omhandle menn og kvinner. Derav vil ikke kjønnsdebatten og problemstillinger rundt for eksempel transseksuelle sin plass i kjønns spesifikk rusbehandling bli berørt i min oppgave. Dette for å sikre at oppgaven ikke gaper over for mye. Et annet aspekt innenfor rusbehandling jeg har valgt å ikke gi noe særlig fokus er frivillig kontra tvunget behandling, da jeg ikke ser dette som nødvendighet for å besvare min problemstilling. I tillegg har jeg måttet begrense meg noe i omtalen av tema som hvorfor folk blir rusavhengig, hva som finnes av rusmidler og hvilken type behandlinger vi har, for å kunne holde meg innenfor oppgavens rammer. Jeg har heller ikke hatt mulighet til å se på det høyst interessante temaet som er bakgrunnen for hvorfor det er så få kjønns spesifikke behandlingstilbud.

1.5 Videre oppbygging av oppgaven

Videre vil jeg presentere hvordan jeg har gjennomført søkene i denne teoretiske oppgaven i kapitlet 2.0 Metode. Her vil jeg etter beste evne beskrive detaljert hvilke valg jeg har tatt for at mine søk skulle gi et så dekkende og reliabelt resultat som mulig. Så vil jeg i 3.0 Teori-kapitlet presentere teorier i form av Bourdieu sin teori om makt og Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell. Disse skal sammen med den påfølgende 4.0 Litteratur-delen diskuteres i 5.0 Diskusjon-delen, hvor jeg vil forsøke å få fram hvilke fordeler som eventuelt kan forekomme for kvinner som er i kjønns spesifikk rusbehandling. Til slutt vil jeg etter beste evne samle alle trådene i 6.0 Avslutning kapitlet.

2.0 Metode

I litteraturstudiens natur ligger det at man skal samle forskningen rundt et spesielt tema, tolke denne og gjennom dette forsøke å komme fram til ny kunnskap (Støren, 2013, s. 17). Gitt størrelsen på bacheloroppgaven vil ikke dette være en rein litteraturstudie, men heller en teoretisk oppgave med elementer fra en litteraturstudie. Viktigst for meg blir derfor å vise at jeg har opparbeidet meg en forståelse av litteraturstudie som metode gjennom å gjennomføre et systematisk litteratursøk. Dette vil gjøres på en slik måte at studien er etterprøvable og har god reliabilitet. Vanligvis ville problemstillingen lagt sterke føringer for hvilken metode som best hadde egnet seg til å besvare problemstillingen (Dalland, 2017, s. 199). I dette tilfellet er det på mange måter omvendt, da det forutbestemte kravet til bruk av metode har gjort at jeg har tilpasset problemstillingen deretter.

Jeg har funnet litteraturen jeg har benyttet meg av på en rekke måter. I tillegg til mitt hovedsøk i form av et systematisk søk i databasene Oria og Scopus, har jeg gjennomført forberedende søk og diverse håndsøk. Videre vil jeg ta for meg hvordan jeg har gått fram i disse søkene og hvilke kriterier jeg har lagt til grunn for litteraturen jeg har inkludert.

2.1 Forberedende søk

Innledningsvis foretok jeg meg en rekke forberedende søk, for å danne meg et bilde av om det i det hele tatt fantes nok litteratur til å bygge en teoretisk oppgave på. I det forberedende søket mitt gikk jeg relativt bredt ut og brukte en rekke databaser og søkeord. I tillegg gjennomførte jeg søkene både med norske og engelske søkeord. Dette fordi jeg var forberedt på at det kanskje ikke er forsket så mye på tematikken i Norge, og fordi mye norsk forskning blir publisert på engelsk. Jeg brukte databasene Oria, Scopus, Social Services Abstract og søkemotoren Google Scholar. Søkeordene jeg benyttet meg av besto blant annet kvinne/woman, rusbehandling/drug treatment og rusavhengighet/drug abuse. Det jeg fant av litteratur som virket relevant førte jeg opp i et Word-dokument hvor jeg noterte tittel, søkeordene, søkemotor og et kort sammendrag av innholdet. Under dette forberedende søket fant jeg en artikkel som jeg har valgt å beholde. Dette var artikkelen til Sidsel Skotland med navn *Kjønn i behandling* (2011).

2.2 Hovedsøk

Som mitt hovedsøk gjennomførte jeg et identisk søk i databasene Oria og Scopus. Jeg gjennomførte begge søkene med engelske søkeord. Søket innebar søkeordene «women», «substance abuse» og «gender specific». Søkene var også avgrenset til å bare vise artikler, som i tillegg var publisert i løpet av de siste ti årene.

I Oria resulterte søket i totalt 322 artikler, mens i Scopus fikk jeg 11 artikler. I prosessen med utvelgelse leste jeg først tittelen på artikkelen og om den virket å være relevant leste jeg også sammendraget. I tillegg sjekket jeg om artikkelen var fagfellevurdert og hvilket medium den var publisert i. Målet med dette var å være kildekritisk og sikre at kildene inkludert i den teoretiske oppgaven er pålitelig. Med utgangspunkt i alle disse kriteriene endte jeg opp med fem artikler fra det systematiske søket i Oria og null artikler fra søket i Scopus.

2.3 Håndsrøk

Håndsrøkene mine består i all hovedsak av tips fra andre, bruk av pensum fra tidligere emner, kjedesøk og spesifikke søk jeg har gjort utenfor det systematiske søket. Fra tidligere pensum har jeg benyttet meg av Kari Lossius sin bok *Håndbok i rusbehandling (2021)* og flere pensumkilder som tar for seg Bourdieu sine teorier. Av kjedesøk har jeg blant annet gjort kjedesøk i litteraturlisten til Greenfield et al. (2007). Hva gjelder tips fra andre fikk jeg tips fra veileder om blant annet Fekjærs bok *Rus (2016)* og Kraft sin bok *Rusmiddelavhengighet (2016)*. På biblioteket fant jeg bøkene *Kvinner og alkohol (2008)* og *Har du en kjæreste som ruser seg (2021)*. De spesifikke søkene har jeg gjennomført i databaser og søkemotorer. Disse søkene har hjulpet meg med å finne relevant litteratur som i noen tilfeller har gitt meg en mer konkret beskrivelse av hver enkelt fordel med kjønns spesifikk behandling. I tillegg har det til en viss grad hjulpet meg med å finne litteratur som har kunnet stå som en motvekt til problemstillingen, gjennom å presentere fordelene ved blandet behandling.

2.4 Fordeler og begrensninger

Som nevnt tidligere gjennomførte jeg enkelte kontroller for i så stor grad som mulig forsikre meg om at kildene i oppgaven er pålitelig. I hovedsøket mitt benyttet jeg meg av inklusjonskriteriene publikasjonstype og tidsrom. Dette for å stille krav til litteraturen, i tillegg til å avgrense søket mitt (Støren, 2013, s. 39). Disse inklusjonskriteriene synes jeg fungerte bra og bidro til at søket ble suksessfullt i form av mengde og kvalitet på litteraturen.

Jeg valgte å ikke avgrense søket til å bare omhandle engelsk. Dette fordi det muligens kunne dukke opp artikler som i utgangspunktet var skrevet på norsk, men som potensielt kunne bli fanget opp gjennom at søkeordene mine var benyttet i artikkelens engelske sammendrag. Ideelt sett skulle jeg ønske at det fantes mer forskning og litteratur om temaet på norsk, for å gjennomføre det tilsvarende systematiske søket med norske søkeord. Likevel føler jeg at de søkene jeg har fått gjennomført og de supplerende håndssøkene har lagt et godt grunnlag for en teoretisk oppgave med pålitelige og gode kilder som belyser temaet på en god måte.

Jeg har benyttet meg av forskning fra land med en helt annen samfunnsstruktur enn den vi har i Norge. Dette var noe jeg aktivt reflekterte over i innhenting av litteratur, da landets struktur og rammer kan være med på å påvirke resultatene. I oppgaven har jeg også benyttet meg av noen oversiktsartikler som for eksempel i Greenfield et al. (2007), som gir en oversikt over litteraturen som finnes. Ut i fra disse oversiktsartiklene har jeg videre gjort kjedesøk. Kjedesøkene har hjulpet med relevant litteratur, men samtidig er det viktig å ha et bevisst forhold til at kjedesøket kan gjøre at man i for stor grad kan få forskning som er basert på hverandre og at man dermed får presentert de samme perspektivene i oppgaven.

3.0 Teoretisk perspektiv

I følgende del vil jeg presentere Urie Bronfenbrenners teori om den utviklingsøkologiske modellene og Bourdieu sin teori om makt og habitus. Disse teoriene vil jeg bruke aktivt i diskusjonsdelen, hvor jeg vil se litteraturen jeg har funnet i søkene mine i lys av teoriene.

3.1 Bronfenbrenner: utviklingsøkologisk modell

Alle mennesker inngår i systemene som Urie Bronfenbrenner omtaler som mikro-, meso- ekso- og makrosystemer. Dette er modellen Bronfenbrenner har gitt navnet den utviklingsøkologiske modellen (Bengston, Harstad, & Waaktar, 2016, s. 280). Denne sosialpsykologiske modellen beskriver på mange måter hvordan individet blir formet av samfunnet rundt seg gjennom ulike nivåer (Bronfenbrenner, 1979, s. 22). Dette komplekse samspillet mellom de ulike nivåene vil gjøre seg gjeldende også hos kvinner i rusbehandling, da de vil ha ekstremt mange aktører i livet deres som potensielt vil kunne være med på å påvirke om de har en vellykket eller mindre vellykket rusbehandling, noe jeg naturlig nok vil komme tilbake til i diskusjonsdelen.

Bronfenbrenners teori består i all hovedsak av de fire nevnte hovednivåene som alle vil ha en innvirkning på individets utvikling. Sentralt i teorien er at disse nivåene vil ha et kontinuerlig og dynamisk samspill med hverandre. Man kan altså ikke se hvert nivå isolert for seg selv (Bronfenbrenner, 1979, s. 22; Bø, 2018, ss. 177-178). Videre vil jeg ta for meg hvert enkelt av nivåene for å best mulig danne en forståelse av Bronfenbrenners modell.

Mikronivået er det mest grunnleggende og nivået som består av det nærmeste miljøet. Bronfenbrenner beskriver mikronivået som et mønster av roller, aktiviteter og mellommenneskelige relasjoner i en konkret sammenheng. Den konkrete sammenhengen viser til en sammenkomst hvor individer møtes for eksempel ansikt til ansikt. Kriteriet for at det skal kunne kalles et mikrosystem er at det finnes et fellesskap og et felles mål (Bronfenbrenner, 1979, s. 22). På mikronivå vil vi kunne kontrollere hverandre sin atferd. Vi vil også kunne gi av oss selv i form av å dele tanker, opplevelser og læring. Her vil også sosialisering, oppdragelse, integrering og assimilering finne sted (Bø, 2018, s. 171). På en rusinstitusjon vil morgensamlingen med pasientene og de ansatte forstås som en sosial setting tilsvarende et mikronivå.

Mesonivået vil kunne forklares gjennom at man kan forstå det som et nettverk av de systemene man finner på mikronivå. Bronfenbrenner omtaler det som et kompromiss av de innbyrdes forholdene fra settingene i mikronivået (Bronfenbrenner, 1979, s. 25). Disse forbindelsene mellom systemene vil kunne skje på en rekke måter. Det kan være gjennom overlapping, der kvinnens familie møter kvinnens behandler på en rusinstitusjon, ved nærhet der kvinnen knytter bånd til for eksempel lederne i idrettslaget som barnet deres er aktiv i og gjennom ikke fysisk kontakt, som kan være vedvarende kontakt via mobil eller e-post (Bø, 2018, s. 173). For en kvinne i rusbehandling vil rusinstitusjonen, familien og rusmiljøet være eksempler på de mikronivåene vedkommende er en del av. Interaksjonen mellom disse og det nettverket det danner, vil dermed være det som utgjør mesonivået. Denne interaksjonen vil også potensielt kunne spille en helt sentral rolle i hvordan kvinner opplever sin rusbehandling.

Eksonivået dreier seg ifølge Bronfenbrenner (1979, s. 25) om en eller flere settinger som ikke involverer individet som en aktiv deltaker, men hvor det oppstår hendelser som enten er påvirket av individets handlinger, eller påvirker settinger hvor individet er involvert. Ekso dreier seg dermed i all hovedsak om indirekte virkninger (Bø, 2018, s. 176). For kvinner i rusbehandling kan dette for eksempel dreie seg om diverse hjelpeapparat som skal prøve å hjelpe kvinnen, men som kvinnen samtidig ikke vil ha noen direkte innvirkning på, rusorganisasjoner eller ledelsen på rusinstitusjonen som fatter beslutninger som igjen vil påvirke kvinnens hverdag.

Makronivået er det ytterste nivået i modellen. Dette nivået er et godt bilde på hvordan alle nivåene påvirker hverandre. Makronivået dreier seg om samfunnsstrukturer, kultur og politiske ideologier som styrer i samfunnet vårt. Gjennom disse strukturene i samfunnet vil makronivåets innhold kunne være med på å påvirke de andre nivåene (Bronfenbrenner, 1979, s. 26). En politisk rusreform vil være et eksempel fra makronivå, som igjen vil kunne påvirke de andre nivåene. Sett i lys av min tematikk vil en rusreform potensielt gjøre at folk flest over tid får et mer liberalt syn på enkelte rusmidler, som igjen vil kunne påvirke folks syn og forståelse på mennesker i rusbehandling.

I Bronfenbrenners modell omtaler han også noe han kaller for økologiske overganger, som er beskrevet som noe som oppstår når et individs økologiske posisjon er endret som følge av endret rolle, setting eller begge (Bronfenbrenner, 1979, s. 26). Her fokuserer Bronfenbrenner på mesonivået, og han hevder at individet vil ha stor nytte av at de ulike mikromiljøene drar i

samme retning under en slik overgang. Faktorer som i stor grad kan avgjøre om en slik overgang er smertefri eller ikke er hva kvinnen føler, hvem som er involvert og på hvilke premisser overgangen skjer (Bø, 2018, s. 183). En kvinne som står ovenfor overgangen fra en tilværelse som hjemløs rusmisbruker til å bli pasient på rusinstitusjon vil naturlig nok få helt nye roller og forventninger knyttet til seg. Uoverensstemmelsene mellom forventningene fra vedkommende sine gamle og nye relasjoner på mikronivå vil potensielt kunne være en ekstra utfordring i overgangen kvinnen står ovenfor (Bø, 2018, ss. 182-183).

3.2 Bourdieu om kapital og habitus

Samfunnet vi lever i er preget av sosiale systemer som igjen er preget av ulikhet og skjevfordeling. Ulikheten kommer ikke nødvendigvis som et resultat av at de dominerende klassene bevisst hindrer de dominerte klassene å stige i gradene. Det handler like mye om at den sosiale ulikheten reproduseres uten tvang eller åpenlys bruk av makt og uten påfallende stor grad av motstand. Her kommer Pierre Bourdieu sin teori inn, som blant annet fokuserer på nettopp hvordan eksisterende underliggende strukturer bidrar til reproduksjon og regulering av maktstrukturene (Wilken, 2008, s. 67). Bourdieu fokuserer på begrepet kapital, som i denne oppgaven også vil forstås som makt (Bugge, 2002, s. 224).

Bourdieu for seg økonomisk, kulturell og sosial kapital. Økonomisk kapital innebærer i tillegg til penger, materielle objekter, juridiske garantier for materielle objekter og for eksempel eiendom (Bugge, 2002, s. 225). Sosial kapitaler gjør seg gjeldende gjennom sosiale relasjoner. Konkret kan dette være gjennom nettverk, kontakter, vennskapsbånd, gjensidige forpliktelser og lojalitet (Skjefstad, 2007, s. 92).

Kulturell kapital kan forstås ganske vidt i form av utseende, manerer, vitenskapelig kunnskap, dannelse, utdanning og forståelse av sosiale koder (Bugge, 2002, s. 237; Skjefstad, 2007, s. 92). Kapitalen kan eksistere i tre hovedformer. Dette er objektivert form, instituert form og gjennom kroppsliggjorte disposisjoner. De kroppsliggjorte disposisjonene er det Bourdieu kaller for habitus og det er dette som er den kulturelle kapitalens mest grunnleggende form for eksistens (Bugge, 2002, s. 238).

Habitus er et komplekst og ofte misforstått begrep. Habitus baserer seg på kroppsliggjorte disposisjoner som ofte er resultat av et langvarig, men ikke nødvendigvis bevisst,

sosialiseringarbeid. Betingelsene for disse disposisjonene vil bli lagt av familien man er vokst opp i og tilgangen til høyere utdanning, i tillegg til miljøet man er en del av. Dermed vil påvirkningskraften fra et rusmiljø som plasserer kvinner nederst på rangstigen potensielt være stor (Bugge, 2002, ss. 238-239).

Når Bourdieu snakker om symbolsk makt eller vold dreier det seg om makten til å få en bestemt virkelighetsforståelse til å virke som objektiv og sann, uten at de individene som er involvert blir bevisst over at dette er en vilkårlig forståelse av virkeligheten, samtidig som det heller ikke kommer gjennom at alternative forståelser av virkeligheten eksplisitt er utelukket. Dermed innebærer den symbolske volden at det ikke involverer fysisk makt (Wilken, 2008, ss. 68-69). Den symbolske makten forstås ikke som en egen kapitalform, men heller betingelser som legger føringer for hvordan makt- eller kapitalformer blir oppfattet under en bestemt setting. Videre omtaler Bourdieu denne makten som usynlig, blant annet gjennom at både de som utøver makten og den de utøves mot ikke anerkjenner at en maktøvelse har funnet sted (Bugge, 2002, s. 236; Wilken, 2008, ss. 68-69).

Utøvelsen av symbolsk vold skjer ifølge Bourdieu i en pedagogisk handling. Altså gjennom undervisning eller info om hvordan samfunnets strukturer er. Det foregår i alle relasjoner og institusjoner som bidrar til å viderebringe samfunnets dominerende kultur. Dette kan være i familien, på skolen, på rusinstitusjon og i mediene. Rett og slett i alle relasjoner hvor det overføres kunnskap samfunnets verdier og idealer (Wilken, 2008, s. 69). For kvinner i rusbehandlingen vil den symbolske volden kunne skje både fra pasient til pasient, men også fra behandlere og miljøterapeuter på institusjonen.

4.0 Litteratur

Til tross for noe begrenset forskning på temaet, spesielt i Norge, har jeg funnet mye god litteratur som er relevant for problemstillingen. Både som svarer direkte om kjønns spesifikk behandling og mer indirekte ved å røre innom enkelte aspekter ved problemstillingen, som jeg har kunnet sett tematikken i lys av. Nettopp fordi det finnes lite forskning og i det hele tatt relativt lite kjønns spesifikk rusbehandling, både nasjonalt, men også globalt, vil ikke all type behandling som er omtalt i artiklene jeg har sett på være helt identiske. Felles for dem alle er likevel at de på sitt vis omhandler kjønn i behandling og jeg har valgt ut litteratur som jeg mener har en overføringsverdi til min problemstilling.

Den anerkjente psykologspesialisten Kari Lossius har lang klinisk erfaring fra rusfeltet og har i en årrekke fokusert på blant annet kvinner i rusbehandling. I Tidsskrift for Norsk Psykologforening (2012) og i et intervju publisert i gatemagasinet =Oslo påpeker hun at all forskning anbefaler kjønns spesifikk rusbehandling (Bu, 2020; Lossius, 2012, s. 394). I samme artikkel fra =Oslo trekker Lossius fram observasjoner fra Bergensklinikken som etablerte en kvinneavdeling allerede på 90-tallet. Hun observerte at når kvinner og menn var på samme avdeling endte de fort opp i en «mors-rolle» eller en «elskerinne-rolle». De tilbydde enten sex eller kaffe. Lossius skjønnte hvilken fare enkelte av kvinnene ble utsatt for og så viktigheten av egne behandlingstilbud (Bu, 2020). En rekke av Lossius argumenter kommer igjen også i litteraturen jeg har funnet.

I denne delen vil jeg videre se på feltet jeg skriver om og presentere hva litteraturen jeg har funnet sier om problemstillingen. Først vil jeg presentere en del litteratur om rusmiddelbruk og avhengighet. Dette fordi jeg tenker at det i et så komplekst felt som rusfeltet er viktig å ha en viss forståelse og kunnskap om rusmidlene og innvirkningen en avhengighet potensielt kan ha for et menneske. Spesielt siden denne avhengigheten er selve grunnlaget for behovet for behandling.

4.1 Rusmiddel og avhengighet

Rus er en opplevd endring i stemning, virkelighetsoppfatning og atferdsendring etter inntak av biologisk eller kjemisk substans. Rusen kan føre til nedsatt konsentrasjonsevne, dårligere korttidshukommelse og nedsatt kritisk sans. I den tidlige fasen med rusmiddelbruk vil rusmidlet ofte gi positive opplevelser som gir positive assosiasjoner til rusen (Simonsen,

2016, s. 24). Over tid vil man opparbeide seg en toleranse, som vil si at man gjennom gjentatt tilføring av et rusmiddel må øke dosen for å få samme effekt som tidligere, eller for å forhindre abstinenser. Utviklingen av toleransen vil i verste fall føre til at brukeren tar en så stor dose at konsekvensen kan bli fatale, for eksempel som følge av hjertestans (Simonsen, 2016, ss. 26-27). Over tid vil man kunne oppleve stadig færre positive opplevelser knyttet til rus og bruken vil i stor grad kunne opprettholdes for å forhindre de nevnte abstinenser (Simonsen, 2016, s. 24).

En utvikling av avhengighet vil skje gradvis og alle som prøver rusmiddel vil naturlig nok ikke bli avhengige. Veien fra eksperimentell bruk til skadelig bruk er i utgangspunktet lang (Kraft, 2016, s. 20). Skadelig bruk er i følge Simonsen (2016) bruk som gjør skade på brukeren selv eller andre. Om bruken skulle være så omfattende at brukeren ikke makter å avslutte bruken til tross for at vedkommende opplever skadelige effekter, eller har et ønske om å slutte, vil det falle under betegnelsen avhengighetspreget bruk (Simonsen, 2016, s. 24).

En forholdsvis enkel definisjon på avhengighet er at brukeren gradvis prioriterer rusmiddelet så høyt i sin atferd at vedkommende fortrenger annen atferd som vedkommende tidligere satte høyt. I rusavhengigheten vil brukeren ofte betrakte rusmidlet som høyst nødvendig for å ha det godt eller for å fjerne ubehag (Simonsen, 2016, s. 25).

Avhengigheten kan gjøre seg gjeldende både fysisk og psykisk. Den psykiske avhengigheten kommer frem gjennom at man trenger rusmiddelet for å føle glede eller for å forhindre nedstemthet og depresjonen man føler på når en dose avtar (Kraft, 2016, s. 46; Simonsen, 2016, s. 26.).

Den fysiske avhengigheten kan komme i form av fysiologiske reaksjoner som oppstår når man reduserer eller kutter rusmiddelet helt ut. Dette kan innebære blant annet hjertebank, oppkast og skjelvninger (Fekjær, 2016, s. 222). Den fysiske og psykiske avhengigheten vil potensielt kunne være svært tett koblet til hverandre som en direkte konsekvens av gjentatt bruk av rusmidlet. Disse reaksjonene vil naturlig nok i aller høyeste grad være relativt til hvilke rusmiddel man tar, hvor stor dosen er og hvor lenge man har tatt det (Simonsen, 2016, s. 26).

4.2 Hvem får behandling

En kartlegging fra 2012 registrerte hvilke pasienter som fikk TSB-døgnbehandling. I denne kartleggingen deltok 56 av 60 institusjoner og 71 prosent av pasienten som var eller ble innlagt den dagen ble kartlagt. Kartleggingen viste blant annet at det var en stor overvekt av menn i behandling. Kvinnene utgjorde bare 28 prosent av de som ble spurt. Videre viste kartleggingen at alkohol var hovedrusmidlet til hele 35 prosent av populasjonen, amfetamin sto for 17 prosent og cannabis for 15 prosent. 83 prosent av de som ble registrert var innlagt frivillig. Av populasjonen var det 11 % som hadde ansvaret for barn under 18 år, og 60 prosent av disse barna fikk noen form for oppfølging. Her vil barnevernet ofte være den mest sentrale aktøren til å følge opp (Simonsen, 2016, ss. 271-272).

4.3 utfordringer i behandling

I det umiddelbare møtet med behandling vil en allerede kompleks situasjon kunne bli enda mer utfordrende for brukeren. I behandling vil forandring være unngåelig, og forandring vil unektelig kunne være ubehagelig for hvem som helst (Berg & Miller, 1998, ss. 35-36). I startfasen av behandlingen vil for eksempel de nevnte abstinensen være med på å gjøre situasjon enda mer krevende (Simonsen, 2016, ss. 24-26).

I spørsmålet rundt blandet behandling sammenlignet med kjønnsspesifikk behandling kommer man ikke rundt problemstillingen vedrørende forelskelse og seksualitet. Dette fordi det er drifter som er knyttet til menneskets biologi, og det vil naturlig nok være vanskelig å sette disse driftene på pause akkurat under tidsrommet man er i behandling. I verste fall vil kvinnen kunne miste fokus på egne problemer og inngå problematiske relasjoner til menn (Lossius, 2021, s. 33). Dette tematiserer blant annet Sidsel Skotland (2011), som trekker fram at rusmiddelavhengige som har startet opp behandling har et enormt behov for bekreftelse. Livet består av mye usikkerhet og en nærliggende måte å oppnå ønsket bekreftelse på er gjennom sjekking. Når man da befinner seg i blandet behandling vil mye av fokuset gå til å forsøke å skaffe det motsatte kjønn sin oppmerksomhet. Dette kan på mange måter være med på å sabotere behandlingen, da det vil oppstå nye følelser og utfordringer, i tillegg til alle utfordringene man potensielt ellers støter på når man har påbegynt behandling (Skotland, 2011, ss. 38-39).

I tillegg til dette omtaler litteraturen også problemene rundt hvilke erfaringer kvinnene i rusbehandling kan ha fra tidligere. Greenfield et al. (2007, s. 5) trekker i sin studie frem traumer som inkluderer seksuell og fysisk overgrep og misbruk, som erfaringer som kan gjøre blandet rusbehandling mindre ønskelig for kvinner. Forskning gjort på et tilbud kalt «Women of worth» viste at når kvinner fikk tilbudt behandling for psykiske traumer på sine premisser i kjønns-spesifikk behandling, hadde dette stor positiv effekt. Studien viste at denne type behandling, sammenlignet med lignende behandling som ikke var tilrettelagt for kvinner på samme måte, hadde stor effekt på kvinnes bruk av rusmidler, depresjon og traumenes alvorlighetsgrad (Berger, et al., 2020, s. 289).

Lossius presenterer i sin bok *Håndbok i rusbehandling* et tenkt eksempel hvor en kvinne er henvist til rusklinikken via et akutt-mottak. Kvinnen ble innlagt på mottaket med bruddskader påført av hennes kjæreste, som hadde historikk med å være voldelig med henne. Dette både gjennom fysisk og seksuell mishandling. Kvinnen har den siste tiden livnært seg ved å selge seksuelle tjenester og ytrer at hun føler seg mislykket som kvinne, mor og kjæreste. I dette virkelighetsnære eksempelet får kvinnen tilbud om gruppeterapi hvor det allerede er syv menn og tre kvinner som deltar. Hun får beskjed om at det forventes at hun deler åpent og ærlig om hvilke problemer hun har. I eksempelet spør kvinnen om sjefen for klinikken selv ville gjort dette i en gruppe med overvekt av menn, om hun selv hadde opplevd det som kvinnen har (Lossius, 2021, ss. 31-32). Lossius sitt eksempel illustrer godt en av mange problemstillingene man kan møte i rusbehandling hvor både kvinner og menn er til stede.

5.0 Diskusjon

Så hvilken fordeler vil en kvinne kunne oppleve av kjønns spesifikk rusbehandling? I denne delen vil jeg diskutere dette ved hjelp av teorien og litteraturen jeg har presentert tidligere.

Som jeg var inne på i innledningen sier forskning at kvinner som får kjønns spesifikk behandling vil kunne ha en høyere fullføringsrate, eller eventuelt en lengre behandlingstid før de avbryter behandlingen, sammenlignet med kvinner i blandet behandling (Ashley, et al., 2003, ss. 36-37). Dette forteller oss kanskje ikke så mye om hvilke fordeler det faktisk er ved kjønns spesifikk behandling, men det er et klart tegn på at fordelene eksisterer og at det kan gjøre en stor forskjell for kvinner å få behandling sammen med andre kvinner. Videre vil jeg presentere noen av fordelene jeg har funnet gjennom mine litteratursøk, som kanskje kan være med på å forklare fullføringsraten.

5.1 En økologisk overgang: fra gata til behandling

Overgangen fra å bo i privat bolig, fra et akutt mottak eller fra en hjemløs tilstand til en rusbehandlingsinstitusjon vil være det Bronfenbrenner omtaler som en økologisk overgang. Han definerer dette som når en person sin posisjon i det økologiske miljøet endres på grunn av endring i setting, rolle eller begge (Bø, 2018, s. 182). Man kan trygt si at for en kvinne som sjekker inn på en rusinstitusjon vil det kunne skje en endring i begge. Bronfenbrenner skiller mellom de daglige og trivielle overgangene, og de dramatiske overgangene. I dette tilfellet snakker vi om en dramatisk overgang, og som Bronfenbrenner påpeker vil det være en rekke forhold som vil gjøre seg gjeldende for hvordan kvinnen reagerer på denne overgangen. Blant disse er hva kvinnen føler, hvem som er involvert i overgangen og hvordan selve flyttingen utspiller seg (Bø, 2018, s. 183). Som jeg selv fikk oppleve i praksis vil det første møtet mellom pasient og ansatt fra institusjon være veldig viktig, da man i stor grad kan bidra til at pasienten føler seg trygg og ivaretatt, i en ellers turbulent situasjon. Denne teorien om overganger vil gjøre seg gjeldende på flere måter for kvinner i rusbehandling. For det første vil de ansatte potensielt spille en stor rolle da de uten tvil være involvert i overgangen og være med å diktere hvordan den utspiller seg. Deres kunnskap om kvinnehelse og kvinner i rusbehandling sine behov vil gjøre seg gjeldende fra dag en. På behandlingssteder hvor klientellet er preget av en manns-dominans kan dette være et problem fordi behandlingen potensielt kan ha et manns-perspektiv som ikke legger vekt på kjønnsforskjellene og kvinnenes unike behov (Beeler-Stinn, Chou, Cooper-Sadlo, & Diamond, 2014, s. 140). En

ansatt ved et behandlingssted som driver blandet behandling vil selvsagt kunne ha tilstrekkelig kunnskap om temaet, men en ansatt som jobber på en kjønnsesifikk institusjon vil gjennom tidligere erfaringer kunne ha langt bedre forutsetninger for å vite hvordan man best mulig ivaretar kvinnen i dette enormt sårbare øyeblikket. Dette underbygges av tallene fra Simonsen (2012, s. 271) som viser overvekten av menn i behandling.

I Elms et al. (2018) ble ti kvinner med en historie med rusmiddelavhengighet samlet i to fokusgrupper og stilt en rekke spørsmål rundt deres opplevelse av behandling, og hva som kunne være barrierer som hindret dem fra å oppsøke behandling. Blant disse barrierene var nettopp skepsisen til behandlere som ikke hadde tilstrekkelig kompetanse. Kvinnen fortalte at de mistet troen på behandlingen gjennom behandlere som manglet forståelse og empati for kjønnsesifikke utfordringer. Kvinnene følte at behandlerne ikke var i stand til å ta hånd om deres problemer i det hele tatt og dette ble ifølge dem en barriere for å oppsøke behandling senere (Elms, Link, Newman, & Brogly, 2018, s. 2). Miljøterapien som inngår i en del av behandlingen kvinnene får på institusjon dreier seg ikke bare om å bringe nervesystemet til kvinnen i ro, men også å utvide kapasiteten for utvikling av selvet og tilpassing. Dermed vil en viktig nøkkel for kvinner i behandling være at behandlerne viser en slik forståelse og empati, som igjen fører til at behandleren får gjennom disse viktige aspektene ved miljøterapien (Hart, 2017, s. 199)

En annen faktor er pasientene som allerede befinner seg på institusjonen. Disse vil være en del av den økologiske overgangen både fordi de er involvert i overgangen gjennom at de er til stede og blir en del av kvinnens mikronettverk på institusjonen, men også gjennom at det kan påvirke hva kvinnen føler. I den nevnte artikkelen av Elms et al. (2018) nevner kvinnene at en annen barriere for å oppsøke behandling er muligheten for å møte på tidligere partnere og ustabile menn (Elms, et al., 2018, s. 3). Dermed vil både frykten for møtet, og det faktiske møtet med denne typen menn være med på å påvirke den økologiske overgangen til behandlingsinstitusjonen (Bø, 2018, s. 182). Sett i lys av min problemstilling er det mye som tyder på at kvinner som blir skrevet inn på en behandlingsinstitusjon i langt større grad ville hatt en mer naturlig og sømløs overgang, om overgangen var til kjønnsesifikk behandlingsinstitusjon. Her ville de sluppet å bekymre seg for å møte tidligere partnere, sluppet å møte ustabile menn og de ville potensielt møtt behandlere som de følte hadde tilstrekkelig kompetanse for å ivareta deres kjønnsesifikke behov (Elms, et al., 2018, s. 6).

5.2 Sprikende forventninger fra omgivelsene

Også det Bronfenbrenner omtaler som mesonivået vil gjøre seg gjeldende i det kvinner er i rusbehandling. Bronfenbrenner omtaler mesonivået som et nettverk av de systemene man finner på mikronivå (Bronfenbrenner, 1979, s. 25). I blandet behandling vil en kvinnes mesonivå dermed potensielt bestå av disse ustabile mennene som mange kvinner frykter å møte i behandling og av behandlerne som har helt andre forventninger til kvinnene. Dermed vil kvinnen kunne møte et sett med klare forventninger fra mennene som selv har vært i rusmiljøet og som vet hvilke rolle kvinnen ofte har i rusmiljøet. Det vil oppstå stor konflikter i mesonivået gjennom forventninger fra aktørene som står stikk i strid med hverandre. Bronfenbrenners modell fokuserer på utvikling og en sårn type rollekonflikt vil kunne være med på å bremse individets utvikling (Bronfenbrenner, 1979, s. 212). I kjønnsespesifikk behandling vil kvinnene i langt større grad kunne kjenne på en trygg atmosfære og fellesskapsfølelse hvor de blant annet kan diskutere stigmatiseringen de føler på (Greenfield, Meyer, Reilly, & Sugarman, 2021, s. 18). I tillegg vil de kunne få et positivt forhold seg i mellom (Elms, et al., 2018, s. 5). Behandlingen kan på mange måter være kvinnens første reelle mulighet på en stund til å danne seg nye og sunne relasjoner til andre kvinner (Hertlein, Smith, & Twist, 2015, s. 105). Når det er sagt vil også kvinnene i kjønnsespesifikk behandling kunne ha visse forventninger og fordommer overfor hverandre og konflikter vil kunne oppstå. De nevnte fordommene vil ikke nødvendigvis være bevisst og med en vond hensikt, men heller komme som et resultat av de kroppsliggjorte tankemønstrene som har oppstått gjennom årevis med sosialisering i rusmiljøet (Bugge, 2002, ss. 238-239).

5.3 Kapital i rusmiljøet og symbolsk vold

De kroppsliggjorte tankemønstrene fører oss videre til Bourdieu sin teori. Maktstrukturene som Bourdieu fokuserer på i sine teorier vil i aller høyeste grad kunne gjøre seg gjeldende i rusbehandling. I blandet rusbehandling vil pasientene blant annet kunne ta med seg maktforholdet som ofte eksisterer mellom menn og kvinner i rusmiljøet. Det er en dårlig bevart hemmelighet at kvinner ofte befinner seg nederst på rangstigen i rusmiljøet. Kvinnene i dette miljøet blir ofte gjenstand for utnyttning, misbruk og trakassering. I Kim (2017) er det gjennomført kvalitative intervjuer av kvinner som er eller har vært en del av rusmiljøet. Respondentene i forskningen forteller om hvor krevende det kan oppleves å være kvinne blant så mange menn. Respondentene forteller om blant annet seksuell trakassering, utnyttelse og vold (Kim, 2017, ss. 60-61).

Bourdieu tar for seg økonomisk, sosial og kulturell kapital. Gjennom sin posisjon i rusmiljøet vil menn oftere ha høyere sosial kapital, gjennom større nettverk, relasjoner og lojalitet til hverandre. Dette nettverket og posisjonen i miljøet vil også kunne legge til rette for større økonomisk makt gjennom tilgang på penger og materielle eiendeler. Når det kommer til den kulturelle kapitalen, dreier dette seg som nevnt tidligere om individets egenskaper som for eksempel utseende, kunnskap og dannelse (Bugge, 2002, s. 225). Det er disse kroppsliggjorte disposisjonene som Bourdieu kaller for habitus.

Gitt hvordan mange kvinner blir behandlet i rusmiljøet, vil denne undertrykkingen som enkelte kvinner opplever i rusmiljøet ha ført til et tillært adferd- og et tankesett som gjenspeiler behandlingen de opplever. I habitus natur ligger nettopp at dette er tillært og kroppsliggjort gjennom en lang sosialiseringssprosess (Bugge, 2002, ss. 238-239). Dermed vil kvinnene også ta med seg dette inn i behandlingen, og det vil potensielt kunne ta tid å skape en endring for disse kroppsliggjorte komposisjonene.

Dette tillærte adferd- og tankesettet vil kunne ha nær sammenheng til symbolsk vold. Habitus og symbolsk vold er relatert til hverandre og har blant annet til felles at det dreier seg om fenomener som ikke nødvendigvis er tydelig for de involverte partene (Wilken, 2008, s. 69). Den symbolske volden dreier seg om å få gjennom sin virkelighetsforståelse uten å benytte seg av fysisk makt og uten at de involverte partene registrerer at alternative forståelser av hvordan ting henger sammen eksplisitt har blitt utelukket (Wilken, 2008, ss. 68-69). På en institusjon med blandet behandling vil dette kunne gjøre seg gjeldende på mange plan. I en behandlingsinstitusjon er det behandlerne som tar rollen som Bourdieu omtaler som pedagogisk ressurs. Den symbolske volden vil kunne gjøre seg gjeldende ved at behandlerne på institusjonen både i den individuelle behandlingen og i gruppebehandlingen presenterer kvinnen for et offerperspektiv, som underbevisst presenterer dem som stakkarlige, passive og som marionetter styrt av de patriarkalske strukturene (Renland, 2012, s. 282). Et slikt perspektiv vil bidra til å videreføre de innretningene kvinnen har møtt tidligere og dermed være en form for symbolsk vold (Wilken, 2008, s. 69).

I tillegg vil den symbolske volden kunne skje mellom pasientene. Som nevnt tidligere vil menns maktposisjon fra rusmiljøet ofte bli med inn i rusbehandling. Et banalt eksempel på dette kan være gjennom en demokratisk avgjørelse der pasientene ved en institusjon skal

bestemme seg for en aktivitet eller arbeidsfordeling. Mennene kan ta ordet og initiativet fra start og kvinnene tar automatisk rollen de har tillært seg at de skal ta gjennom flere år som undertrykt i rusmiljøet. Dermed får mennene gjennom sine ønsker, uten at kvinnene egentlig anerkjenner at den symbolske volden har funnet sted. Mennene trenger heller ikke registrere hvordan de har utøvd den symbolske volden og i hvor liten grad kvinnene får rom til å utfolde seg med sine meninger (Bugge, 2002, s. 237). Gjennom at behandlerne på institusjonen lar dette skje og ikke utfordrer det tillærte tankesettet, vil institusjonen som pedagogisk ressurs ta del i den symbolske volden også i dette tilfellet (Wilken, 2008, s. 69). Dette er åpenbart et banalt eksempel som ikke vil være representativt for alle kvinner, menn eller behandlingsinstitusjoner. Men likegodt et eksempel på hvordan symbolsk vold kan forekomme i praksis. Ved en kjønns-spesifikk behandlingsinstitusjon ville behandleren potensielt hatt mer kunnskap om hvor skadelig et sånt offerperspektiv kan være og man ville i tillegg unngått et manns-dominert fellesskap.

5.4 Kjønns-spesifikk behandling som verktøy mot frykten for stigmatisering

Stigma spiller en sentral rolle i kvinners rusmiddelavhengighet, egen oppfattelse og i valget om å oppsøke behandling eller ei. Terskelen for å søke behandling er høy og kvinner venter ofte med å søke hjelp til alle løsninger er prøvd og det meste rundt dem står i grus. Denne skammen og skyldfølelsen som hindrer dem i å oppsøke behandling er ofte sterkt knyttet til stigmatiseringen av gruppen. Denne stigmatiseringen er dermed med på å bygge en barriere som hindrer at kvinner oppsøker behandling (Lossius, 2008, ss. 111-112). For mødre vil for eksempel stigmatet knyttet til det å være en mor med en rusavhengighet hindre dem fra å oppsøke behandling (Elms, et al., 2018, s. 6). Der menn anerkjenner at rusen er roten til problemene de måtte havne i, vil kvinnen sette rusen i andre rekke bak for eksempel en psykisk lidelse, noe som også vil kunne skyldes skamfølelsen og stigmatiseringen mot rusavhengige kvinner. Barrieren som dannes for å oppsøke behandling vil potensielt kunne minske ved et behandlingsalternativ som er tilpasset kvinner (Lossius, 2008, s. 112). I kjønns-spesifikk behandling vil kvinnene i større grad føle at de kan diskutere denne skammen og stigmatiseringen uten å bli dømt av menn (Greenfield, et al., 2021, s. 19). Kvinnene vil oppleve en trygg atmosfære hvor man støtter hverandre og oppleve at alle er i samme båt. Flere kjønns-spesifikke tilbud vil videre potensielt føre til at flere kvinner oppsøker hjelp før livet står i ruiner rundt dem, noe som selvsagt er en fordel i seg selv da det betyr at kvinnes behov for hjelp ikke er like omfattende (Elms, et al., 2018, s. 6).

5.5 Bekreftelse, sjekking og traumer

Innledningsvis i rusbehandlingen vil pasientene som har startet behandlingen potensielt kunne ha et enormt behov for bekreftelse. De befinner seg på et sårbart sted hvor det vil oppstå mange utfordringer og selvransakelsen vil være stor. Som et resultat av dette vil en nærliggende metode for å oppnå denne ønskede bekreftelsen være gjennom oppmerksomhet fra det motsatte kjønn (Skotland, 2011, s. 39). Dette fokuset på det motsatte kjønn vil kunne være problematisk på flere nivå. På en side vil nok en slik sjekking kunne gi pasienten håp, en følelse av trygghet og bekreftelse. På en annen side vil dette være en usunn distraksjon som tar fokuset bort fra behandlingen, som er den virkelige grunnen til at kvinnen er der (Lossius, 2021, s. 33). Det kan være flere grunner til at en kvinne går inn i et forhold og forblir i et forhold med en rusavhengig. Sårbarhet vil ofte være et fellestrekk og kvinnen kan tiltrekkes av menn som behandler henne dårlig på grunn av tidligere nære relasjoner som har behandlet henne dårlig (Erkleiv, 2021, ss. 13-14). Det kan forklares med hvordan vi gjennom våre tilknytningspersoner i barndommen lærte oss å knytte oss til andre på og hvilken type personlighet vi har (Tetzchner, 2012, s. 541). Dermed vil kjønnsspesifikk behandling til en viss grad fjerne denne formen for søking etter bekreftelse. Kjæresteforhold og søken etter bekreftelse gjennom sjekking vil åpenbart kunne forekomme også i kjønnsspesifikk behandling, men ikke i like stor skala.

I tillegg til at det kan være en distraksjon vil sjekking og pågang fra det motsatte kjønn kunne være ubehagelig og skremmende for kvinnene. Som nevnt tidligere kan frykten for å møte på ustabile og pågående menn være en av barrierene som hindrer kvinner i å oppsøke rusbehandling (Elms, et al., 2018, s. 3). Også frykten for å møte på tidligere partnere kan være en barriere, og være utfordrende på flere plan. Som nevnt tidligere vil det kunne oppstå tydelige konflikter i forventninger fra tidligere partnere og fra behandlere på institusjonen, som potensielt vil være så utfordrende at kvinnen avslutter behandlingen før den i realiteten har startet (Bø, 2018, ss. 182-183). Rusbehandling bør ha som mål å ta for seg og bearbeide tidligere hendelser hvor kvinner har blitt utsatt for eksempel overgrep.

Disse hendelsene kan være noe av forklaringen bak hvorfor kvinnen ruser seg i den grad hun gjør (Kilpatrick, Acierno, Resnick, Saunders, & Best, 1997, s. 845). Rusavhengige kvinner vil statistisk sett bli utsatt for overgrep i større grad enn befolkningen for øvrig, så problemstillingen er høyst relevant (Kilpatrick et. al., 1997, s. 834). Svarene i Kim (2017) sin

kvalitative studie beskriver rusmiljøet som et tøft miljø for kvinnene, hvor kvinnene blir utnyttet som objekter og forekomsten av uønsket seksuell oppmerksomhet er stor. Med eks-partnere sin tilstedeværelse vil dette kunne bli en konstant påminnelse på hva som har vært og det vil bli ekstra vanskelig å bearbeide hendelsene fra fortiden. Frykten vil kunne gjelde alle kvinner, men kvinner som har opplevd vold fra sine partnere vil kunne være ekstra bekymret (Elms, et al., 2018, s. 6) og traumene en kvinne måtte ha fra tidligere vil kunne gjøre denne type behandling svært utfordrende (Greenfield, et al., 2007, s. 5). Dermed vil disse kvinnene i stor grad profitere av kjønnsespesifikk behandling hvor de ikke trenger å ta stilling til hverken tidligere partnere eller andre menn. Dette underbygges i stor grad av forskningen på «Women of worth» programmet, som viste at når kvinner fikk tilbud om behandling av sine psykiske traumer gjennom kjønnsespesifikk behandling hadde dette stor effekt for traumenes alvorlighetsgrad og bruken av rusmidler (Berger, et al., 2020, s. 289).

Kvinner med rusproblemer vil på samme måte som andre kvinner vegre seg for å snakke om overgrep, aborter og kvinnesykdommer med menn til stede (Lossius, 2008, s. 129). Dette er illustrert godt i eksempelet fra Lossius sin bok *Håndbok i rusbehandling* (2021) som jeg presenterte i litteraturdelen. I dette eksempelet stilles det krav til at kvinnen deler åpent om episodene som traumene er knyttet til, og dette med flere menn enn kvinner til stede (Lossius, 2021, ss. 31-32). Denne følelsen av en utrygg atmosfære vil stå i sterk kontrast til det kvinner trekker fram som en av fordelene med kjønnsespesifikk behandling. I forskningen trekker de aller fleste kvinnene frem den trygge atmosfæren og fellesskapsfølelsen som en viktig faktor som sørger for at de foretrekker kjønnsespesifikk behandling fremfor blandet behandling (Elms, et al., 2018, s. 6; Greenfield, et al., 2021, s. 18). Dermed vil den kjønnsespesifikke behandlingen skjerme kvinnene fra en rekke distraksjoner og utfordringer som det kan medføre å få behandling sammen med menn. Videre vil jeg se på hva som finnes av litteratur som taler imot denne skjermingen, og som mener kvinner og menn bør blandes.

5.6 Hvorfor ikke kjønnsespesifikk behandling?

I søket etter litteratur har jeg funnet få innvendinger mot kjønnsespesifikk behandling. Dette til tross for at jeg aktivt har søkt etter litteratur som på en eller annen måte argumenterer imot. Mangelen på dette kan nok sees i sammenheng med den relativt lave forekomsten av kjønnsespesifikk behandling. Ved flere kjønnsespesifikke tilbud ville nok det også ha kommet flere kritiske stemmer, uavhengig av hvor gode resultatene ville vært. Enkelte vil nok hevde at

man bør blande kvinner og menn. Karen Følling som blant annet har vært daglig leder i LAR-Nett Norge er en av disse. Hun argumenterer for at det er viktig å blande, nettopp fordi kvinner og menn skal leve side om side i den verdenen de møter etter behandlingen. Følling anbefaler derfor at kvinner og menn behandles på hver sin avdeling, men at de ikke nødvendigvis behandles på hver sin institusjon (Skotland, 2011, ss. 38-39). I tillegg vil mange kvinner ha et stort utbytte av å møte menn i behandling som respekterer deres grenser og som de kan forholde seg til på en konstruktiv måte. Enkelte kvinner vil ikke profitere av kjønns spesifikk behandling. Som Lossius er inne på i *Kvinner og alkohol* (2008) bør man muligens se tilbudet om kjønns spesifikk behandling i sammenheng med aktuelle forhold for kvinnens liv og erfaringer. For eksempel traumer, relasjonelle vansker og psykiske lidelser (Lossius, 2008, s. 137).

I Greenfield et al. (2021, s. 18) har man sammenlignet svarene fra menn og kvinner som får blandet og kjønns spesifikk behandling. Her svarer en del av de kvinnelige respondentene at de ser både fordeler og ulemper ved blandet behandling. Enkelte av kvinnene legger vekt på at de setter pris på tilbakemeldinger fra det motsatte kjønn og at de fant det interessant å lære mer om menn sine erfaringer med rus. Samtidig uttrykte kvinnene i den samme studien et vidt spekter av fordeler med kjønns spesifikk behandling, knyttet til deres tidligere erfaringer i sånn type behandling. Blant disse fordelene var det å kunne relatere til de andres erfaringer og en sterk følelse av gruppetilhørighet. Mennene trekker på sin side frem at blandet behandling er mer hjelpsom for dem gjennom at kvinner er mer empatiske, tok initiativ til diskusjoner i gruppa, ga et nytt perspektiv og bidro til innsyn i hvilke erfaringer kvinner hadde fra miljøet (Greenfield, et al., 2021, s. 14). For mennene sin del virket det som en fordel med blandet behandling, noe som muligens kan være en indikator på i hvor stor grad blandet behandling foregår på nettopp menn sine premisser.

6.0 Avslutning

Rusfeltet er som nevnt tidligere et ekstremt komplekst felt, hvor et individ i stor grad vil berøres av alle nivåene i Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell. Problemstillingen i denne oppgaven tar sikte på å finne et svar på hvilke fordeler kvinner kan ha av kjønns spesifikk rusbehandling. Litteraturen jeg har funnet gjennom mine søk har i stor grad vist til forskning som konkluderer med at kjønns spesifikk behandling er mer gunstig for kvinner enn blandet behandling og at kvinner i kjønns spesifikk behandling har høyere fullføringsrate. Høyere fullføringsrate er åpenbart en fordel i seg selv, da statistikken indikerer at kvinner i større grad er fornøyd med kjønns spesifikk behandling sammenlignet med behandling som blander kjønnene. Som jeg har sett i oppgaven finnes det flere mulige årsaksforklaringer bak akkurat den høyere fullføringsraten. Fordelene som kommer fram i litteraturen består blant annet av større følelse av trygghet, tilbud som i større grad er tilpasset kvinner, færre forstyrrende faktorer og bedre forhold for å takle eventuelle traumer knyttet til overgrep.

Sett i lys av Bronfenbrenners teori vil det være flere fordeler med at kvinner får kjønns spesifikk behandling. Ved behandlingssteder med kun kvinner vil overgangen fra rusmiljøet og inn i en behandlingsinstitusjon kunne bli noe lettere. Bronfenbrenner legger vekt på at overgangen vil preges av hvem som er involvert, kvinnens følelser og hvordan den økologiske overgangen skjer. Ved en overgang til et kjønns spesifikt behandlingsted vil man potensielt skjerme kvinnen fra en del av faktorene som litteraturen omtaler som utfordrende for kvinners behandling. Blant disse faktorene finner vi redselen for å møte på eks-partnere, og frykten for å få en behandler som ikke har tilstrekkelig kunnskap og forståelse om kvinnespesifikke utfordringer knyttet til behandling. Så godt som samtlige blandede behandlingssteder er mannsdominert. Dermed kan også behandlingen i stor grad være tilpasset menn. Et kjønns spesifikt behandlingsted vil dermed ha bedre forutsetninger for å ha ansatte med kunnskap om kvinnerelaterte utfordringer og behandling som er tilpasset der etter.

Rusmiljøet vil også ofte kunne ha et hierarki som plasserer kvinnene nederst på rangstigen. Kvinner bli ofte dårlig behandlet, utnyttet og trakassert både seksuelt og verbalt. Mange av kvinnene kan ha opplevd traumatiske opplevelser og vil derav få det tøft når de skal forholde seg til menn i behandlingsverdagen. Det vil for eksempel være utfordrende for mange å

fortelle åpent om et seksuelt overgrep med et overtall av menn til stede i samtalegruppa. Litteraturen forteller at kvinner i stor grad føler en mye større trygghet, et fellesskap og føler seg friere til å dele sine erfaringer, i et kjønns spesifikt behandlingstilbud. Her vil man også kunne prate åpent om stigmaet man føler på.

Den mest åpenbare forskjellen fra blandet behandling til kjønns spesifikk behandling er naturlig nok tilstedeværelsen av menn. Denne tilstedeværelsen har også blitt viet masse plass i den litteraturen jeg har funnet gjennom søkene mine.

Man vil naturlig nok ikke kunne legge alt av begrunnelse for at kjønns spesifikk behandling er bedre for kvinner enn blandet behandling på tilstedeværelsen av menn. Menns tilstedeværelse vil også kunne ha en nytteverdi og spille en viktig og sentral rolle i selve behandling. Både gjennom at kvinnene lærer mer om menn og deres perspektiver og gjennom at kvinnene i større grad blir forberedt på hverdagen etter behandling. For uansett hvilke miljø de blir en del av etter behandlingen, om det skulle være et rusmiljø eller et klatremiljø, vil de måtte forholde seg til menn. Med et høyere antall kjønns spesifikke behandlingssteder ville man nok hatt flere meninger og mer forskning på både hvilke fordeler slik behandling fører med seg, men også med stor sannsynlighet hvilke eventuelle ulemper en kjønns spesifikk behandling kan føre med seg for kvinnene i behandling.

Referanseliste

- Ashley, O. S., Brady, T. M., & Marsden, M. E. (2003, Januar 10). Effectiveness of Substance Abuse Treatment Programming for Women: A Review. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 29(1), ss. 19-53. doi: 10.1081/ada-120018838.
- Bø, I. (2018). *Barnet og de andre: Nettverk som pedagogisk og sosial ressurs* (5. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Beeler-Stinn, S., Chou, J. L., Cooper-Sadlo, S., & Diamond, R. M. (2014, August 31). Heroin and Post-Traumatic Stress Disorder in a Women's Treatment Facility: An Exploratory Study. *Journal of Feminist Family Therapy*, 26(3), ss. 138-162. <https://doi.org/10.1080/08952833.2014.933696>.
- Bengston, M., Harstad, S., & Waaktar, T. (2016). Atferdforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser hos barn og ungdom. I R. Hagen, & L. E. Kennair, *Psykiske lidelser* (ss. 280-297). Oslo: Gyldendal Akademisk .
- Berg, I. K., & Miller, S. D. (1998). *Rusbehandling: En løsningsfokuset tilnærming*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berger, L., Brondino, M., Feinberg, F., Galbis-Reig, D., Koningsveld, C. v., Lemke, M., & Yonkoski, S. (2020, Juni 29). Treatment of substance use disorder and psychological trauma: outcomes of the women of worth program. *Journal of social work practice in the addictions*, 21(3), ss. 289-298. <https://doi.org/10.1080/1533256X.2021.1933852>.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *the Ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard university press.
- Bu, K. (2020, Februar 10). *Kari hudfletter norsk rusomsorg*. Hentet fra =Oslo: <https://www.erlik.no/kari-hudfletter-norsk-rusomsorg/>
- Bugge, L. (2002, Mars 3). Pierre Bourdieus teori om makt. *Agora: Journal for metafysisk spekulasjon*, ss. 224-248.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Elms, N., Link, K., Newman, A., & Brogly, S. B. (2018, August 6). Need for women-centered treatment for substance use disorders: results from focus group discussions. *Harm Reduction Journal*, 15(40), ss. 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0247-5>.
- Erkleiv, H. (2021). *Har du en kjæreste som ruser seg?* Oslo: Kolofon forlag.
- Fekjær, H. O. (2016). *Rus: Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- FO. (2022). *Yrkesetisk grunnlagsdokument*. Oslo: FO.

- Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, K., . . . Miele, G. M. (2007, Januar 5). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(1), ss. 1-21. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.05.012>.
- Greenfield, S. F., Meyer, L. E., Reilly, M. E., & Sugarman, D. E. (2021, Oktober 21). Women's and men's experiences in group therapy for substance use disorders: A qualitative analysis. *The American journal on addictions*, 31(1), ss. 9-21. <https://doi.org/10.1111/ajad.13242>.
- Hart, S. (2017). *Den følsomme hjernen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse Norge. (2021, September 23). Hentet fra Hjelp til deg med rusproblemer: <https://www.helsenorge.no/rus-og-avhengighet/hjelp-med-rusproblemer/>
- Helsedirektoratet. (2022, Mars 26). Hentet fra Bruk av tjenester innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB): <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bx/Dashboard/09b7009d-50ba-4aca-a9c9-7697fc4e83d0?e=false&vo=viewonly>
- Hertlein, K. M., Smith, J. M., & Twist, M. L. (2015, November 17). Exploration of Female-Specific Clinical Programming for Adolescent Substance Use. *Journal of Feminist Family Therapy*, 27(3-4), ss. 101-115. <https://doi.org/10.1080/08952833.2015.1063339>.
- Hutchinson, G. S., & Oltedal, S. (2017). *Praksisteorier i sosialt arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Resnick, H. S., Saunders, B. E., & Best, C. L. (1997, Mai 6). A 2-Year Longitudinal Analysis of the Relationships Between Violent Assault and Substance Use in Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), ss. 834-837. doi: 10.1037/0022-006X.65.5.834.
- Kim, T. V. (2017). Å være kvinne i et rusmiljø (Masteroppgave). Hentet fra: <https://uis.brage.unit.no/uis-xmlui/handle/11250/2459889>.
- Kraft, P. (2016). *Rusmiddelavhengighet: Et psykologisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kunnskapsdepartementet. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sosionomutdanning*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/5af90a9044c74d568d7de5c1d7f554eb/forskrift-om-nasjonal-retningslinje-for-sosionomutdanning.pdf>: Regjeringen.
- Lossius, K. (2008). Kvinner, alkohol og behandling. I F. Duckert, K. Lossius, E. Ravndal, & B. Sandvik, *Kvinner og alkohol* (ss. 107-138). Oslo: Universitetsforlaget.

- Lossius, K. (2012, April 4). Kvinnerettede tiltak virker best. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, ss. 394-395.
- Lossius, K. (2021). *Håndbok i rusbehandling* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Renland, A. (2012, Mars 5). Om rus og kvinnelige stereotypier. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(3), ss. 282. Hentet fra:
<https://psykologtidsskriftet.no/kommentar/2012/03/om-rus-og-kvinnelige-stereotypier>.
- Simonsen, T. (2016). *Rusmiddelavhengighet: Lærebok for helse-og sosialfag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Skjefstad, N. (2007). Respekt og anerkjennelse. I E. Marthinsen, & N. Skjefstad, *Tiltaksarbeid i sosialtjeneste og NAV - tett på!* (ss. 81-105). Oslo: Universitetsforlaget.
- Skotland, S. (2011, Juli 4). Kjønn i behandling. *Rus og samfunn*, 5(3), ss. 38-39.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1501-5580-2011-03-17>.
- St.meld. nr. 69 (1991-1992). (1992, September 4). *Tiltak for rusmiddelmissbrukere*. Hentet fra Sosialdepartementet: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1991-92&paid=3&wid=f&psid=DIVL692>
- Støren, I. (2013). *Bare søk: Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Tetzchner, S. V. (2012). *Utviklingspsykologi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wilken, L. (2008). *Pierre Bourdieu*. Trondheim: Tapir Akademisk forlag.

VEDLEGG 1: SØKETABELL FOR DE SYSTEMATISKE SØKENE

Dato for søk	Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Antall leste sammendrag	Antall brukte
22/03/22	Oria	<ul style="list-style-type: none"> • Women • «Drug treatment» • «Gender specific» 	<ul style="list-style-type: none"> • Artikler • 2012-2022 	322	34	5
22/03/22	Scopus	<ul style="list-style-type: none"> • Women • «Drug treatment» • «Gender specific» 	<ul style="list-style-type: none"> • Artikler • 2012-2022 	11	6	0

