



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

## Empowerment for kvinner i rusbehandling

*En litteraturstudie om hvilken måte kjønnsdelt behandling kan fremme empowerment for kvinnelige rusmiddelavhengige*

## Empowerment for women in treatment for substance abuse

*A literature study on how gender-based treatment can promote empowerment for females with a substance abuse disorder*

**312**

Bachelor i sosialt arbeid

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 27.05.2020

Antall ord: 9998

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Summary

Through a literature study I have discussed the question *"In what way can gender-based treatment promote empowerment for females with a substance abuse disorder"*

By having a feminist perspective on today's drug treatment offerings, one sees that structures in society suppress females with a substance abuse disorder. Research shows that women who receive treatment in women-specific treatment measures show better effects of treatment both through the reduction of intoxication problems and increased psychological coping. Despite this, a number of services are traditionally operated based on a gender-neutral approach, and gender-specific and individual needs are less apparent. Pathways to addiction are also different for women and men and treatment methods should reflect the special needs.

Gender-based treatment may be more appropriate for promoting empowerment because it may allow us to seize on what is specifically for females with an substance abuse disorder. People with an substance abuse disorder are a stigmatized group, and its indicate that women, especially women with children, are further stigmatized. This is generally true in society, but studies show that parts of the aid system may also stigmatize women.

The empowerment process can be enhanced through gender-shared treatment because one has a spotlight on women as an oppressed group. In general, one can say that by using the empowerment process one can help women out of the state of impotence they are in, and through gender-shared treatment, conditions are better facilitated. At the same time, it is important that the power aspect is taken into account so that empowerment does not become a form of soft governance.

## Innhold

<b>Kapittel 1 - Innledning</b> .....	4
1.1 Bakgrunn for valgt tema .....	4
1.2 Problemstilling .....	5
1.3 Begrepsavklaring og avgrensning .....	5
1.4 Rusmiddelavhengighet .....	5
1.5 Rusbehandling .....	6
1.6 Empowerment - Avmakt og maktmobilisering .....	6
1.7 Sosialfaglig relevans.....	7
1.8 Oppgavens struktur .....	8
<b>Kapittel 2 - Metodisk valg og litteratur</b> .....	8
2.1 Forforståelse .....	9
2.2 Hva er metode .....	9
2.3 Valg av metode – litteraturstudie .....	10
2.4 Litteratursøk.....	11
2.5 Hovedkilder .....	11
2.6 Kritiske refleksjoner .....	11
<b>Kapittel 3 – Teori og forskning</b> .....	12
3.1 Kvinnelige rusmiddelavhengige.....	12
3.2 Kjønnsdelt rusbehandling .....	14
3.3 Stigma.....	16
3.4 Skam.....	16
3.5 Konfliktteoretisk perspektiv.....	17
3.6 Det feministiske perspektivet.....	17
3.6 De individorienterte tilnærmingene.....	18
3.7 Motmaktstilnærmingen.....	18
3.8 Antidialog og dialog – Freire sin frigjørende pedagogikk .....	18
3.9 Maktaspektet.....	19
3.11 Pierre Bourdieu .....	21

<b>Kapittel 4 - Drøfting</b> .....	22
4.1 Drøfting .....	22
4.2 Hvorfor kjønnsdelt behandling.....	22
4.3 Kjønnsdelt behandling – en måte å generalisere kvinner på?.....	25
4.4 Empowerment i kjønnsdelt behandling .....	26
4.5 Empowerment – ulike tilnærminger .....	28
4.6 Kjønnsdelt rusbehandling – bedre egnet for en motmaktstilnærming til empowerment.....	29
4.7 Maktaspektet ved empowerment – en form for myk styring? .....	31
<b>4.8 Oppsummering</b> .....	34
<b>Litteraturliste</b> .....	35

# Kapittel 1 - Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valgt tema

Utgangspunktet for valg av tema til bacheloroppgaven kommer fra min opplevelse i tredje års praksisperiode. Jeg hadde praksisplass på en tverrfaglig spesialisert rusbehandlings institusjon. Jeg var stasjonert på avdelingen døgnbehandling for kvinner. Jeg ble veldig overrasket da jeg fikk høre at institusjonen skilte seg ut fra de fleste andre rusbehandlingssentrene fordi de tilbød kjønnsdelt behandling.

Samtlige av de pasientene jeg snakket med uttrykket et behov for mer kjønnstilpasset behandlingsopplegg for rusmiddelavhengighet. Skadelig bruk av rusmidler innebærer bruk av rusmidler som har gitt fysiske eller psykiske helseskader i en definert tidsperiode. Verdens helseorganisasjon (WHO) benytter begrepet *skadelig bruk* i sitt klassifikasjonssystem for sykdommer og relaterte helseproblemer (Folkehelseinstituttet (FHI), 2019).

Rusmiddelavhengighet kan da sees på som en sykdom, men jeg stiller spørsmål ved om det er riktig å behandle menn og kvinner på samme måte.

Jeg observerte under min praksisperiode og fikk høre fra flere ansatte at man f.eks. ser langt flere personer med borderline personlighetsforstyrrelse hos kvinnene og dyssosial personlighetsforstyrrelse hos mennene. Dette er to ulike diagnoser som påvirker rusmestringen til pasienten. Flere av kvinnene i avdelingen hadde opplevd å bli misbrukt, både fysisk, psykisk og seksuelt av menn både i og utenfor rusmiljøet. Satt på spissen: vil man kunne gi god behandling ved å plassere en mulig traumatisert kvinne i samme avdeling som skal behandle menn som hun kan oppleve som representanter for hennes overgripere?

## **1.2 Problemstilling**

Jeg har valg følgende problemstilling:

*"På hvilken måte kan kjønnsdelt behandling fremme empowerment for kvinnelige rusmiddelavhengige"*

Jeg kommer til å legge det konfliktteoretiske perspektivet og det feministiske perspektivet til grunn i oppgaven. Disse perspektivene vil bli beskrevet i teoridelen.

## **1.3 Begrepsavklaring og avgrensning**

Kjønnsstilpasset behandling kan gjelde alle former for rusbehandling, men i denne oppgaven har jeg avgrenset det til å gjelde rusbehandling i institusjon. Grunnen til dette er at det var på en slik institusjon jeg fikk inspirasjon til oppgaven. Og fordi det er der jeg mener det er mest egnet å bruke empowerment. Dette fordi i en institusjon kan man fullt og helt fokusere på behandlingen og man kan finne styrke og støtte sammen med andre som har samme utfordringer.

Begrepet kvinner i problemstillingen gjelder fra alderen 18 år og oppover. Kvinner under 18 år er ikke tatt høyde for i denne oppgaven. Hovedgrunnen er at for mindreårige gjelder et annet lovverk. I teoridelen vil kvinnelige rusmiddelavhengige utdypes.

Kjønnsbegrepet er relevant i denne oppgaven og er et begrep som ikke alltid er så lett å definere. Jeg erkjenner at det finnes mange former for kjønn, men i denne oppgaven skilles det mellom det mannlige og det kvinnelige kjønn. Altså det biologiske kjønn.

## **1.4 Rusmiddelavhengighet**

Avhengighetsyndrom i ICD-10 er når en rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener utvikler seg etter gjentatt rusmiddelbruk (WHO, 1999, s. 73).

Avhengighetssyndromet kan dreie seg om et spesifikt psykoaktivt stoff (f.eks. alkohol eller diazepam), en gruppe stoffer (f.eks. opioider) eller et bredere spekter av farmakologisk forskjellige psykoaktive stoffer (Helsedirektoratet, 2012, s.18).

Snoek og Engedal (2017, s. 178) skiller mellom fysisk og psykisk avhengighet. De beskriver den psykiske avhengigheten som en tilstand der et rusmiddel forårsaker ikke bare en følelse av tilfredsstillelse, men også en psykisk trang til stadig tilførsel av rusmiddelet for å oppnå behag eller unngå ubehag. Det er den psykiske avhengigheten som er sentral ved rusmiddelavhengighet. Fysisk avhengighet handler om en tilpasningstilstand som manifesterer seg ved intense fysiske og psykiske forstyrrelser når stoffet ikke lengre tilføres. Økt toleranse og abstinensstilstand er eksempel på slike forstyrrelser. I motsetning til skadelig bruk krever det en viss tid før et avhengighetssyndrom oppstår.

### **1.5 Rusbehandling**

Med rusreformen (Helsedepartementet, 2004) fikk rusmiddelavhengige pasientrettigheter til behandling innenfor spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesteloven (1999, § 2-1 a) gir *de regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester, tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, herunder institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelavhengige med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 til 10-4.*

Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) omfatter avrusning, akutt behandling, utredning og spesialisert behandling (poliklinisk eller institusjon), institusjonsplasser der rusavhengige kan holdes tilbake uten eget samtykke (tvang) og legemiddelassistert rehabilitering. Tjenestene har både et sosialfaglig og et helsefaglig innhold (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, punkt 4).

Helsedirektoratet (2016) har utgitt nasjonal faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. I retningslinjen blir behandling beskrevet som å sette pasienten i stand til å leve et godt liv, og at det er den enkeltes mål, ønsker og behov som er viktig. Brukermedvirkning står sentralt i retningslinjen og det er regulert i lovgivningen. De sentrale bestemmelsene om pasienters og brukeres rett til medvirkning og informasjon finnes i pasient og brukerrettighetsloven (1999), kapittel 3 og 4.

### **1.6 Empowerment - Avmakt og maktmobilisering**

Begrepet empowerment blir oversatt til myndiggjøring på norsk og i faglitteraturen blir den norske og engelske betegnelsen brukt om hverandre (Ellingsen, Levin, Berg, & Kleppe, 2015, s. 103). I denne oppgaven vil jeg i hovedsak benytte meg av betegnelsen empowerment.

Begrepet har flere røtter, men er først og fremst knyttet til radikalt sosialt arbeid og er særskilt knyttet til feministbevegelsen og antirasistiske bevegelser. Målet var å synliggjøre undertrykkende mekaniser i samfunnet og bekjempe disse. Empowerment kan sees på som en prosess og strategi mot et mål, men også som et resultat. (Ellingsen et al., 2015, s. 104). Askheim (2012, s. 11) understreker at power som utgjør kjernen i begrepet oversettes med både styrke, kraft og makt. Videre forklarer han at empowerment knyttes til individer og grupper som er eller har vært i en avmaktssituasjon og hvordan de kan komme seg ut av avmakten. Det finnes ulike tilnærminger til empowerment, men de har alle noen felleselementer. Askheim (2012) skiller tilnærminger til empowerment mellom motmaktstilnæringen og individorientert tilnærminger. Alle tilnærmingene deler et positivt syn på mennesket som et i utgangspunktet aktivt og handlende individ, som vil og kan sitt eget beste hvis forholdene legges til rette for det. Alle tilnærmingene har en emosjonell dimensjon, og emosjonell energi refererer til følelser vi har når vi deltar i ulike sosiale sammenhenger (Askheim, 2012, s.17-19). Jeg vil ta for meg de ulike tilnærmingene i teoridelen.

### **1.7 Sosialfaglig relevans**

Den internasjonale sosialarbeiderorganisasjonen (IFSW) sin globale definisjon av sosialt arbeid er (oversatt av Ellingsen et al., 2015, s. 21) «Sosialt arbeid er et praksisbasert yrke og en akademisk disiplin som fremmer sosial endring og utvikling, sosial utjevning samt myndiggjøring og frigjøring av mennesker. Prinsipper om sosial rettferdighet, menneskerettigheter, kollektivt ansvar og respekt for forskjeller er sentrale i sosialt arbeid». I den engelske versjonen er myndiggjøring oversatt fra empowerment. Ut ifra definisjonen vil empowerment som metode være høyst relevant. Det blir også framhevet at respekt for forskjeller og kollektivt ansvar er viktig for sosialt arbeid.



Som sosialarbeider jobber man for å forebygge og redusere sosiale problemer, og møter ofte marginaliserte grupper i samfunnet. Som det vil bli drøftet i oppgaven kan kvinnelige rusmiddelavhengige sies å være en slik marginalisert gruppe. Som sosionom er dette relevant fordi man jobber med denne brukergruppen både på rusinstitusjoner, men også i NAV og andre plasser. I samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 68) heter det «*Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) er en del av spesialisthelsetjenesten og omfatter både polikliniske tjenester, døgnbaserte avrusningsenheter, korttidsbehandling og langtidsbehandling i institusjon. I TBS inngår både sosialfaglig og helsefaglig behandling. Det er både sosialtjenesten i kommunene og lege som kan henvise pasienter til TSB*».

### **1.8 Oppgavens struktur**

Oppgaven er inndelt i en teoridel og en drøftingsdel. Det vil bli redegjort for hva rusmiddelavhengighet er generelt og så sett på hva som spesielt kjennetegner det å være en kvinnelig rusmiddelavhengig. Hva det vil si å ha kjønnsdelt rusbehandling. Oppgaven blir skrevet ut fra et konfliktteoretisk perspektiv og et feministisk perspektiv. Derfor vil jeg forklare hva disse perspektivet vektlegger. Diskriminering, empowerment, frigjøring og makt står sentralt her. Ut fra dette vil jeg drøfte om det å ha en kjønnsdelt rusbehandling for kvinner kan være med på å fremme empowerment, i hvilken grad og hvilke tilnærming til empowerment som er den mest egnete tilnærmingen til brukergruppen, og jeg vil ta for meg maktaspektet ved empowerment.

## **Kapittel 2 - Metodisk valg og litteratur**

De verktøyene som brukes for å skaffe fram data omfatter: metode, begreper, teorier og teoretiske perspektiver (Halvorsen, 2002, s. 13).

## 2.1 Forforståelse

Min egen forståelse av rusmiddelavhengighet før praksisperioden var veldig generell. Jeg har nære venner som sliter med en rusavhengighet og interesserte meg for temaet når vi har hatt om temaet på studiet. Jeg har alltid hatt en forståelse for at hver person med en ruslidelse har sin egen historie og at man ikke kan sette alle i samme bås. Etter min oppfatning er ikke rusmiddelavhengighet noe man kan klandre det enkelte individ for. I stedet er det viktig å se på de strukturelle forholdene rundt personen, og hva som kan endres der for å avhjelpe/ redusere/ få bukt med rusmiddelavhengigheten.

Jeg har imidlertid hatt liten kunnskap om hvilke rolle det biologiske kjønn spiller inn på rusmiddelavhengigheten og hvordan kjønnsdelt behandling kan påvirke utbyttet en pasient vil ha av behandlingen. Det feministiske perspektivet, som er knyttet til det konflikteoretiske perspektivet (Hutchinson & Oltedal, 2017, s. 104) viser at kvinner ofte blir diskriminert. Etter min oppfatning mener at når det meste av forskningen på temaet er gjort på menn diskriminerer dette kvinnene med samme problematikk.

## 2.2 Hva er metode

Metode er, ifølge Halvorsen (2002, s. 13) læren om de verktøy en kan benytte for å samle inn informasjon og en systematisk måte å undersøke virkeligheten på. Metoden vi velger er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke (Dalland, 2015, s. 52). Den typen informasjon som vi samler inn kalles for data, og de innsamlede data kalles empiri (Halvorsen, 2002, s. 13). Gjennom metode kan man samle inn data som kan hjelpe oss til å gå systematisk til verks med å undersøke virkeligheten rundt for eksempel spørsmål om «hvordan kvinner opplever kjønnsstilpasset rusbehandling» og «hvordan blir empowerment fremmet i dagens rusbehandling».

Vitenskap er virksomhet som bringer fram ny kunnskap og systematiserer denne, og kjennetegnes av en kritisk holdning til dogmer, påstander og etablerte sannheter og finner sted innenfor institusjonelle rammer (Halvorsen, 2002, s. 14). Ifølge Halvorsen (2002, s. 16) kan ikke samfunnsforhold studeres på samme måte som naturfenomener, noe som gjøre at det finnes ulike vitenskapelige retninger for hva man ønsker å studere.

Videre forklarer Halvorsen (2002, s.16) at samfunnsvitenskapen har som mål å «avdekke og forklare sosiale prosesser og sosial samhandling og å forstå (eventuelt endre) samfunnsforhold gjennom sanseerfaringer og eksperimenter». Det sosialfaglige feltet faller inn under den samfunnsvitenskapelige retningen. I den samfunnsvitenskapelige retningen er det ulike metoder.

### **2.3 Valg av metode – litteraturstudie**

Den eneste forhåndskunnskapen jeg har om fenomenet kvinner i rusbehandling har jeg fra min praksisperiode. Målet er å finne mest mulig litteratur på området kvinner i rusbehandling og rusmiddelavhengige kvinner slik at jeg kan få en større forståelse av denne gruppen. Jeg ønsker også å oppnå innsikt i hvordan empowerment er implementert i dagens rusbehandling.

Jeg har derfor valgt en kvalitativ metode fordi slike metoder har som hensikt å fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2015, s. 53). I denne oppgaven vil jeg benytte meg av litteraturstudie som er en kvalitativ metode hvor man går inn i faglitteratur og ser på hvordan og hva litteraturen sier om et tema (Dalland, 2015, s. 52). Litteraturstudie vil altså si å benytte seg av skriftlige kilder som litteratur og empiri som allerede eksisterer. (Jacobsen, 2015, s. 53 og 54). I oppgaven vil det utgjøre empiri som handler om rusbehandling, kjønnsforskjeller i rusbehandling og i rusavhengigheten og empowerment. Det vil bli henvist til flere empiriske studier som kan gi kunnskap om kvinners erfaringer, opplevelser, holdninger til det å være rusmiddelavhengig og om kjønnsdelt behandling.

En svakhet ved dette litteraturstudiet kan være at det ikke finnes veldig mye aktuell norsk forskning knyttet til kjønnsdelt rusbehandling. Det finnes imidlertid amerikanske studier som viser kjønnsforskjeller ved rusavhengighet, om stigma knyttet til diagnosen, om ulike kormorbide lidelser blant kvinner og menn. En annen svakhet med den valgte metoden er om kildene har relevans i forhold til problemstillingen og om de er det mest egnede til å besvare den. En styrke er at det finnes mye teori om empowerment og internasjonale studier på kvinnespesifikk rusbehandling som kan underbygge oppgaven.

## 2.4 Litteratursøk

For å finne fram til aktuell litteratur som kan hjelpe å besvare min problemstilling har jeg benyttet meg av søkemotorene «google», «google scholar», «oria», «idunn» og «helsebiblioteket». Jeg har lett i ulike tidsskrift som «fontene forskning» og «Tidsskriftet den norske legeforening». Søkeordene jeg har brukt er blant annet «kjønnsdelt behandling», «empowerment», «rus», «behandling», «rehabilitering» og «substans abuse», «avhengighet» og «gender differences», «kjønn» «kjønnsforskjeller».

## 2.5 Hovedkilder

For å få en dypere forståelse for kvinnelige rusmiddelavhengige og kvinner i rusbehandling har jeg brukt flere kilder. Sonja Mellings (2012) studie av kvinner og alkohol, avhengighet og relasjon i behandling har vært et viktig bidrag på dette området. Gjennom studien ønskes det å formidle kunnskap om kjønn og rus, kjønnsforskjeller og om problemstillinger relatert til rus og psykisk helse. Ashley, Marsden og Brady (2003) sin gjennomgang av 38 studier om temaet effektivitet av rusbehandling for kvinner har vært til stor nytte.

Helsedirektoratet sine nasjonalfaglige retningslinjer for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (Helsedirektoratet, 2016) er også benyttet. Tilbud og utforming av rusbehandling varierer og stor faglig uenighet innen et fagområde krever omfattende utredning og involvering av eksterne bidragsytere (Helsedirektoratet, 2019).

Jeg har anvendt pensumlitteratur og spesielt viktig for denne oppgaven er Askheims (2012) Empowerment til helse- og sosialfag. Dette fordi han tar for seg empowerment-begrepet på en kritisk måte og viser konsekvenser og utfordringer begrepet vil innebære for helse- og sosialarbeidere.

## 2.6 Kritiske refleksjoner

Ifølge Dalland (2015) er det første en gjør ved kildekritikk å fastslå om opplysninger er sanne, og at en må sjekke om opphavet til kilden er troverdig. Informasjonskompetanse handler om at når en kilde eller informasjon er funnet, så må den vurderes både med tanke på kvalitet og i hvilken forstand den er relevant for hver enkelt sin oppgave (Dalland, 2015, s. 150).

Jeg har derfor strebet etter å finne artikler som er fagfellevurderete og forskning som er publisert i anerkjente fagtidsskrift med relevans for faget og oppgavens problemstilling.

Jeg har ut ifra funn gjennom mine litteratursøk prøvd å benytte meg så langt det har latt seg gjøre av nyere forskning, samtidig som jeg har litteratur som er eldre da dette er artikler, fagstoff, og forskning som fortsatt er relevant den dag i dag. Jeg har ikke funnet stort omfang av norsk faglitteratur som omhandler kvinnespesifikk rusbehandling, men jeg har funnet mye internasjonal litteratur på området. Jeg har reflektert rundt om det er overførbart til norske forhold. Meste av litteraturen rundt rusmiddelavhengige kvinner er basert på amerikanske studier, og selv om det nødvendigvis ikke er overførbart til norske kvinner mener jeg at kulturelt at det ikke er store forskjeller.

En mulig svakhet ved litteraturstudie er at jeg er subjektiv i min søken og mitt valg av forskning og litteratur. Dette kan ha medført at jeg har valgt ut forskning og faglitteratur som støtter min forforståelse av at kjønnsdelt behandling er virksomt for å fremme kvinnenes empowerment. En annen mulig svakhet er at jeg må stole på det andre har funnet ut, uten å ha mulighet til å etterprøve det selv. Jeg kan til en viss grad se funnene opp mot min egen praksiserfaring, men den er imidlertid begrenset til en relativt kort periode på et bestemt sted.

## **Kapittel 3 – Teori og forskning**

### **3.1 Kvinnelige rusmiddelavhengige**

For kvinner finnes det mange ulike veier til avhengighet. Kvinner kan begynne å bruke rusmidler for å demonstrere engasjement for en venn eller partner, for å undertrykke sultfølelse, selvmedisinering, for å øke energinivået eller for å unnslipe smertefulle følelser, minner eller situasjoner (Center for Substance Abuse Treatment (CSAT), 2009). Kvinner med rusproblemer er ingen ensartet gruppe, men på gruppenivå er det noen kjennetegn som er fremtredende (Mellingen, 2012, s. 9). Mellingen (2012) skriver i sin studie «A woman left lonely» at et av de statistisk sett mest hardføre funnene med hensyn til rusbruk og rusproblemer hos kvinner, er den økte sårbarheten kvinner har (jfr. menn) for å utvikle uønskede medisinske og sosiale konsekvenser av rusbruk, misbruk og avhengighet.

Mellingen (2012, s. 12) understreker at kvinnelige rusmiddelavhengige erfarer typisk traumer av fysiske og seksuell art og viser til en amerikansk undersøkelse (Najavits, Weiss & Shaw, 1997) som påviser at det blant kvinner som søkte behandling for rusmiddelavhengighet var mellom 55-99% som hadde vært utsatt for fysiske eller seksuelle overgrep. Videre viser hun til en mindre norsk undersøkelse (Birkenes, 2002) som viste at innleggende ruspasienter var det 94% som i løpet av livet hadde opplevd en eller flere traumatiske hendelser. Gjennomsnittet var 5,3 alvorlige hendelser og kvinnene i undersøkelsen hadde opplevd flere hendelser enn mennene.

I spesialisthelsetjenesten ser kvinner ut til å søke hjelp i psykisk helsevern heller enn tverrfaglig spesialisert behandling (Mellingen, 2012, s. 11). En forklaring på dette kan være at rustilstander kan opptre samtidig med psykiske problemer, og mange kvinner som har en rusmiddelavhengighet, vil ikke identifisere rusbruket som sitt primære problem. Dette ser man ved at kvinner heller oppsøker primærhelsetjenesten og ber om hjelp til å mestre angst, depresjoner og søvnproblemer (Lossius, 2012, s. 32).

Risikofaktorer som tilfører kompleksiteten i behandlingstilgang, fullføring av behandling og redusert effekt av behandling er komorbide lidelser. Psykiske lidelser som opptre samtidig med ruslidelsen, er for kvinner hovedsakelig angstlidelser, depresjon, spiseforstyrrelser og posttraumatisk stresslidelse etter fysisk eller seksuell vold og traumer (Mellingen, 2012, s. 12-14). Andre risikofaktorer inkluderer stress, negativ påvirkning, familiært rusmisbruk, sivilstand, om partner misbruker rusmidler, det å ha en sensasjonssøkende eller risikosøkende personlighet, seksuell legning, diskriminering og lav sosioøkonomisk status (CSAT, 2009).

Forskning viser at det er en rekke dokumenterte hindringer som hindrer kvinner i å komme inn og lykkes med behandling (Brady & Ashley, 2005; CAST, 2009; Green, Rockhill, & Furrer, 2006; Grella, 2008; Grella, Hser & Huang, 2006). En norsk studie (Sallaup, Vaaler, Iversen, & Guzey, 2016) viser at selv om flere menn enn kvinner fikk en rusdiagnose ved inntak til psykiatrisk akuttavdeling, var det ingen forskjell mellom kjønnene da rusmidler i blodet ble målt. Dette viser at problematisk rusbruk blir oversett hos kvinner i større grad enn hos menn. Studien viste også at kvinner uten foreldreansvar var overrepresentert blant deltakerne som fikk en diagnose på rusmiddelavhengighet.

Forskning viser at personer med en rusavhengighet er en stigmatisert gruppe i samfunnet og at de rådende tankene om personer med rusavhengighet kan være at de er *farlige, kriminelle, syndere, skitne, håpløse, verdiløse*, eller at de *mangler potensiale* (Nieweglowski, Corrigan, Tyas, Tooley, Dubke, Lara, Washington, Sayer, Sheehan, & The Addiction Stigma Research Team, 2017). Stigma og diskriminering viser å ha en negativ effekt på rusmiddelavhengighet og rusbehandling (Ashford, Brown, Canode, McDaniel & Curtis, 2019, s. 17).

Skam er blitt identifisert som en medvirkende faktor for og for opprettholdelse av rusmiddelavhengighet og bør adresseres under behandling (Potter, 2002; Wiechelt, 2007). Det er noen bevis som støtter at skam er et "kjønnsresponsivt" fenomen. Tangney og Dearing (2002, s. 154) oppdaget at kvinner uansett alder "rapporterer konsekvent større skamnivå enn deres mannlige motstykker". Brown (2006, s. 46) finner at kvinnelige subjekter opplevde skam som "et nett av lagdelte, motstridende og konkurrerende forventninger" om hvordan kvinner "skal være". Skamfølelse er også noe som til stadig opptrer hos kvinnelige rusmiddelavhengige, mange av dem rapporterer om lave nivåer av selvtillit og lav følelse av mestring, og høye nivåer av traumer og mellommenneskelige og seksuelle overgrep (CSAT, 2009; Greenfield & Grella, 2009; Wiechelt, 2007)

Ser man på hvordan rusmisbruk virker inn på barn, virker fedrenes alkoholproblemer marginalt viktigere for familieseparasjon, mens mødres alkoholproblemer er svært viktige i forhold om barn må plasseres i omsorgsbolig (Christoffersen & Soothill, 2003). Christoffersen & Soothill (2003, s. 114) fant i sin studie at «på tross av at alkoholisme var mer utbredt blant fedrene, ser konsekvensene for barna ut til å være mer alvorlige hvis moren har vært alkoholiker».

### **3.2 Kjønnsdelt rusbehandling**

Det er en uoverensstemmelse mellom antall menn og kvinner som gjennomgår behandling for sin rusmiddelavhengighet. I USA ser man at rusmiddelavhengige kvinner har mindre sannsynlighet for å komme i behandling sammenlignet med mannlige rusmiddelavhengige (Greenfield, Back, Lawson & Brady, 2010, s. 8). Selv om det er flere menn enn kvinner som blir innlagt til behandling for sin rusavhengighet, indikerer data at andelen kvinner som lider av en ruslidelse øker (CSAT, 2009).

I Norge ser man samme tendenser, og selv om én av to rusmiddelavhengige er kvinner utgjør kvinner bare en tredel av pasientene i tverrspecialisert rusbehandling (Helsedirektoratet, 2020, s. 18). Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for årene 2016 til 2019 viser at disse tallene er stabile. Det er flere kvinner som oppsøker poliklinisk behandling enn institusjonsbehandling (Iversen, 2003).

Norge mangler behandlingsforskning som er opptatt av det særegne med å være kvinnelig og mannlig rusmiddelavhengig. Kunnskap om rusbehandling er i hovedsak basert på forskning og klinisk erfaring fra menn med rusproblemer (Lossius, 2012, s. 32). Forskning om biologiske, psykologiske og sosiale forskjeller i kvinner og menns utvikling av rusproblemer har skapt en økende internasjonal interesse for kjønnsesifikk behandling (Lossius, 2012, s. 33).

Ashley, Marsden & Brady (2003) analyserte trettiåtte studier, der syv sammenlignet kjønnsblandet og kjønnsesifikk behandling. Studiene viste at kvinnebehandling hadde best effekt målt gjennom både reduksjon av rusproblemer og økt psykisk mestring. Kvinnene i kvinnetiltakene gjennomførte også i større grad behandlingen enn kvinner som fikk behandling sammen med menn. Det ble også rapportert en større reduksjon i seksuell risikoatferd.

Helsedirektoratet (2016, kap. 9) erkjenner at kjønnsidentitet har både fysiske, psykiske og sosiale perspektiver som er viktig å ha bevissthet om i organisering og tilrettelegging av behandlingstilbudet. Helsedirektoratet (2016, kap.9) sier at ut fra oversiktsstudier kan det se ut til at kjønnsdelt rusmiddelbehandling fører til et noe bedre behandlingsresultat for enkelte grupper av rusmiddelavhengige kvinner, spesielt gravide og småbarnsmødre. Selv om det ikke foreligger mye norsk forskning på kjønnsdelt behandling rapporterer de tiltakene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling som tilbyr dette om positiv effekt både for menn og kvinner (Helsedirektoratet, 2016, kap. 9). Å ha en kjønnsdelt tilnærming til rusbehandlingen kan gjennomføres både ved å ha kjønnsdelte avdelinger eller kjønnsdelte gruppetilbud og/eller aktiviteter.



### **3.3 Stigma**

Stigma er en spesiell variant av en tilskreven posisjon (Goffman (1964), referert i Schifloe, 2003, s. 205) og er en egenskap eller et kjennetegn som diskvalifiserer en person til å bli sosialt akseptert på lik linje med andre. Stigmatisering innebærer at en person blir merket som avviker eller kriminell og derfor blir behandlet annerledes enn andre samfunnsmedlemmer. Diskriminering har sitt søkelys på de som produserer avvisning og ekskludering, mens stigma har fokus på de som mottar eller er utsatt for slike handlinger (Oltedal, 2013, s. 114).

### **3.4 Skam**

Skam er en av de mest primitive og universelle av menneskelige følelser. Brené Brown (2006, s. 45) definerer skam som en intens smertefull følelse eller opplevelse av å tro at en er feil og derfor uverdige til aksept og tilhørighet. I hennes studie «Shame Resilience Theory: A Grounded Theory Study on Women and Shame» finner hun at kvinner beskriver skam ved bruk av begreper som ødeleggende, skadelig, fortærende, ulidelig, liten, adskilt fra andre, avvist, nederlag og den verste følelsen noensinne.

### **3.5 Konfliktteoretisk perspektiv**

Gjennom en konfliktteoretisk forståelse av samfunnet retter man oppmerksomheten mot ulikhet, undertrykkelse, konflikt og forandring. Man ser på sosial ulikhet, fordelingsmekanismer og konflikt mellom samfunnsklasser og man stiller spørsmål ved hva slags interesser forskjellige samfunnsinstitusjoner tjener (Schifloe, 2003, s. 79). I det konfliktteoretiske perspektivet forklarer man sosiale problemer som et resultat av samfunnsstrukturer og kulturelle antakelser, skapt av dominerende grupper som undertrykker andre grupperinger i samfunnet (Payne, 2014, s. 319). Det oppfordres til handling ved å bevisstgjøre individet om at personlige utfordringer er knyttet til samfunnets strukturer og holdninger (Hutchinson & Oltedal, 2017). Handling rettes ikke bare mot enkeltpersoner, men også grupper og endring på institusjons- og samfunnsnivå, hvor målet er frigjøring (Hutchinson & Oltedal, 2017, s. 87). Undertrykking og frigjøring, avmakt og maktmobilisering (empowerment), og antialog og dialog er sentrale kjennetegn i forståelsen av sosiale problemer og mål for handling i de konfliktteoretiske praksisteoriene (Hutchinson & Oltedal, 2017, s. 85).

### **3. 6 Det feministiske perspektivet**

Ifølge Payne (2014) har det konfliktteoretiske perspektivet hatt stor påvirkningskraft på den feministiske retningen, samtidig som feminismen har vært en viktig bidragsyter til det konfliktteoretiske perspektivet. Dette fordi det feministiske perspektivet stiller spørsmål til hvorvidt kjønnsbaserte sosiale antagelser påvirker relasjonelle forhold og sosiale institusjoner (Payne, 2014, s. 354). Det feministiske perspektivet retter fokuset mot alle kvinner i ulike samfunn, særlig kvinner med liten økonomisk eller sosial makt (Payne, 2014, s. 350). I et feministisk perspektiv kan en bli bevisst på deres problemer og utfordringer. Patriarkatet er det aspektet ved et sosialt system som gjør menn privilegert og gir dem makt (Hutchinson & Oltedal, 2017, s. 104).

### **3.6 De individorienterte tilnærmingene**

Det finnes flere individorienterte tilnærminger til empowerment og her vil det nevnes fellestrekk for disse. Empowermentprosessen settes i disse tilnærmingene ikke inn i en samfunnsmessig kontekst og dermed kan man si at den avpolitiserer begrepet. Fokuset er på å styrke den enkelte og på å mobilisere indre styrke og ressurser slik at mål kan nås. I helse- og sosialfagene kan man særlig knytte det Askheim (2012, s. 46) kaller en terapeutisk tilnærming til empowerment.

### **3.7 Motmaktstilnærmingen**

Empowerment i konfliktteoretiske teorier dreier seg om både å bistå med å mobilisere makt og handlekraft i det enkelte individ og endre på problemskapende forhold de berørte lever under (Hutchinson & Oltedal, 2017, s. 84). Utgangspunktet i motmaktstilnærmingen er at enkeltindividets posisjon i samfunnet ikke er forutbestemt, men et resultat av menneskeskapte, historiske prosesser. Disse prosessene bestemmer i hvilken grad makt eller kontroll enkeltindividet har over sitt eget liv. Fordi dette ikke er forutbestemt, men skapt kan det også endres. Et grunnleggende poeng blir da å skape en bevissthet hos individet om sammenhengen mellom sin egen livssituasjon og ytre, samfunnsmessige forhold og om at andre i tilsvarende situasjoner opplever lignende avmaktsproblemer (Askheim, 2012, s. 21).

### **3.8 Antidialog og dialog – Freire sin frigjørende pedagogikk**

Freire har vært en viktig inspirasjonskilde til motmaktstilnærmingen til empowerment med sin bok *De undertryktes pedagogikk* (1974). Et av hovedpoengene er at de undertrykte på en og samme tid var undertrykket og sin egen undertrykker. Dette fordi de hadde gjort undertrykkerens bevissthet og virkelighetsforståelse til sin egen. Han er opptatt av hvordan bevisstgjøring, mobilisering av styrke i den enkelte og samfunnsendring kan skje. Han viser også hvordan passive og undertrykte mennesker kan få selvtillit og bli kritiske og aktive og delta i samfunnsformingen (Hutchinson & Oltedal, 2017, s. 95).

Bevisstgjøring blir definert av Freire (1974, referert i Askheim, 2012, s. 22) som «opplæring til å oppfatte sosiale, politiske og økonomiske motsetningsforhold og til å bekjempe de sider ved undertrykkelsen som skaper undertrykkelse». Frigjøring kan ifølge Freire skje gjennom «praxis», som er refleksjon og handling i forhold til tilværelsen for å forandre den. Ved bevisstgjøring skapes det en forståelse hos de undertrykte som gjør at de selv vil kjempe for sin frigjøring. Freires framgangsmåte for å oppnå dette er basert på dialog og dialogen er en skapende handling (Hutchinson & Oltedal, 2017, s. 95). Freire mener at det er bare ved å gjennomskue undertrykkeren og ved å engasjere seg i den organiserte kampen for sin egen frigjøring at man kan begynne å tro på seg selv (Hutchinson & Oltedal, 2017, s. 98).

### **3.9 Maktaspektet**

Der empowerment og brukermedvirkning er sentrale målsetninger er makt et begrep mange helse- og sosialarbeidere ikke vil forholde seg til. Det legges heller vekt på avmaktssituasjonen personene de skal hjelpe befinner seg i (Askheim, 2012, s. 75). Samtidig påpeker Askheim (2012, s. 77) at relasjonen mellom tjenestebruker og tjenesteyter alltid vil handle om makt og maktforskjeller fordi det er snakk om en grunnleggende asymmetri.

Max Weber (1971, s. 42) forstod makt som «sjansen til å få gjennomført sin vilje i en sosial relasjon, også ved motstand, uavhengig av hva denne sjansen er basert på». Ved en slik forståelse er makt ikke bare relevant for enhver mellommenneskelig relasjon, det er også et verdinøytralt begrep. Makten består i selve muligheten for å få gjennomført sin vilje.

Både bruk og misbruk av makt kan føre til skade, men makt behøver ikke å være av den onde. Makt kan være nødvendig for å hjelpe og det som Skau (2013, s. 32) beskriver som den «gode hjelper» er ingen avmektig og hjelpeløs person. Det som er avgjørende er hvordan makten kommer til syne og hvilken virkning dette får for partene. Skau (2013, s. 33) påpeker at makt kan skjule seg bak begreper, og viser til «myndiggjøring» som et eksempel. Hun argumenterer for at ingen kan bli «gjort myndig» av en annen. Og mener derfor at det er en selvmotsigelse når begrepet brukes som en betegnelse på noe en hjelper gjør i forhold til en klient. Der blir det helt nødvendig å se på maktaspektet ved empowerment.

### 3.10 Michael Foucault – den relasjonelle makten

Makt er ulikt fordelt i samfunnet og kan være knyttet til ulike forhold som posisjoner, økonomisk eller sosial kapital, til profesjoner, til handling mennesker imellom eller relasjoner. Grupper med mest makt har størst mulighet til å bli ivaretatt, og svakere grupper har mindre muligheter. Mennesker samhandler, og det utøves også makt mennesker imellom som kommer til uttrykk på ulike måter. Makt er slik sett ikke utelukkende knyttet til strukturer eller posisjoner (Foucault, 1982, referert i Hutchinson & Oltedal, 2017, s. 88).

Foucault er ikke opptatt av at makt er noe som noen har, men viser til hvordan makten utøves i konkrete, komplekse situasjoner. Makten er et relasjonelt fenomen som ønsker å bringe fram bestemte oppfatninger og kapasiteter hos individet og sette det i stand til å handle på bestemte måter. En slik produktiv beskrivelse kan sees på som at noe skapes i utøvelsen av makten (Askheim, 2012, s. 84).

Videre sier Foucault (1980, 1999, referert i Askheim, 2012, s. 86) at makt og kunnskap er vevd sammen og han fremhever hvordan det ligger makt i vår tillærte måte å snakke om fenomener på, det han kaller diskurser. Diskursbegrepet kan defineres som de tankemønstrene som ligger til grunn for hvordan et fenomen defineres eller et system av utsagn eller oppfatninger konstrueres. Begrepet viser at det er en sammenheng mellom kreftene i samfunnet slik de manifesterer seg i institusjoner, i språket og i individets erkjennelse. Sannhetsregimer etableres, der visse virkelighetsforståelser oppnår status av å være selvinnløsende sannheter. Foucault sier at «den andre», som er objekt for diskursene beskrives av ekspertene, identitet dannes ut fra ekspertenes kunnskaper og sannheter (1980, referert i Askheim, 2012, s. 87). Diskurs i en slik betydning medfører at det å kunne definere diskursen ofte sidestilles med å definere virkeligheten (Hutchinson & Oltedal, 2017, s. 99).

Profesjonell kunnskap og profesjonene betjener en avgjørende rolle for frembringelsen av kunnskap som legger grunnlag for styring av befolkningen eller bestemte grupper, og ved at det er de som setter i gang og bistår i selvstyringsprosessene (Askheim, 2012, s. 87). Foucault (2002) kaller styringsform prosessen «governmentality». Gjennom profesjonenes kunnskap og posisjon spiller de en viktig rolle som en rådgiver for de avmektige. Profesjonenes oppgave blir å gi brukeren den nødvendige biten som setter personen i stand til å ta «selvstendige» valg, men disse valgene må være riktige, gode og sunne valg (Askheim, 2012, s. 88)

### 3.11 Pierre Bourdieu

Bourdieu (1997) er i likhet med Foucault opptatt av de usynlige aspektene ved makt. Han beskriver samfunnet som et sosialt rom som består av relasjoner mellom sosiale aktører som innehar ulike posisjoner. Kapital er en samlebetegnelse for verdier og ressurser som aktørene har adgang til (Askheim, 2012, s. 95). Et individs klasseposisjon bestemmes ut fra plassering i det sosiale rommet hvor økonomisk, kulturell og sosial kapital avgjør posisjonen (Hutchinson & Oltedal, 2017, s. 100).

Makt utspilles konkret gjennom sosiale rasjoner knyttet til bestemte områder. Disse områdene kaller Bourdieu for felter. Et felt er et sosialt område i samfunnet som opererer etter bestemte logikker eller krav. Feltene er forbeholdt av historiske, kulturelle og økonomiske forhold, og av posisjoner, normer og relasjoner, og er kjennetegnet av at det foregår en kamp om ressurser og makt. Både internt i feltet, men også i forhold til andre felt (Askheim, 2012, s. 96). Sosialt arbeid er et eksempel på et felt. Bourdieu (1997) bruker begrepet doxa for å beskrive det som framstår som naturlige, udiskutable sannheter på et felt. Askheim (2012, s. 96) forklarer at doxa er «taus viten», noe som anses som selvsagt og som ikke er gjenstand for diskusjon, men som rammer inn individets handlinger. Ulike felt har ulike doxa, og en profesjons doxa er en samling holdninger, verdier og normer hvor det ikke hersker bevissthet om at disse er utviklet over tid og derfor kunne vært annerledes, men oppfattes som selvsagte og naturlige (Askheim, 2012, s. 96).

Bourdieu (1997) kaller reguleringen av hvordan verden skal oppfattes og forstås for symbolsk vold. Her menes vold som en maktutøvelse som ikke blir oppfattet. Innenfor hver felt foregår det en maktkamp mellom personer som dominerer og personer som blir dominert av feltets sannheter. De dominerte underkaster seg den tause viten som er preget av feltets doxa. Sannhetene fremstår naturlige og underkastelsen oppleves som frivillig, mens de egentlig underkaster seg «symbolsk vold» (Askheim, 2012, s. 97).

# Kapittel 4 - Drøfting

*"På hvilken måte kan kjønnsdelt behandling fremme empowerment for kvinnelige rusmiddelavhengige"*

## 4.1 Drøfting

Jeg drøfte hvorvidt og på hvilken måte kjønnsdelt behandling kan være mer velegnet for rusmiddelavhengige kvinner og hvordan den kan fremme empowerment. Som jeg har nevnt tidligere vil jeg drøfte dette ut fra et sosialfaglig perspektiv og jeg vil se på rusmiddelavhengige kvinner og kjønnsdeltbehandling ut fra et feministisk perspektiv.

## 4.2 Hvorfor kjønnsdelt behandling

En viktig målsetting i dagens politikk er å redusere forskjeller og å arbeide for utjevning og rettferdighet (Schiefløe, 2003, s. 274). Som sosialarbeider har du et etisk ansvar å bekjempe urimelig forskjellsbehandling, altså diskriminering, av mennesker på grunnlag av blant annet kjønn (FO, 2019). For at diskriminering skal bekjempes må man først bevisstgjøres den. Overført til rusbehandling blir spørsmålet da hva blir sosial likhet? Schiefløe (2003, s. 274) påpeker at sosial likhet er et begrep med flere dimensjoner og skiller mellom formallikhet, sjanselikhet og resultatlikhet.

Formallikhet innebærer at alle gis samme rettigheter og behandles på samme måte, uavhengig av hvem de er. Dette kan betegnes som et universalistisk prinsipp som innebærer at det ikke gjøres forskjell på folk (Schiefløe, 2003, s. 247). Selv om kvinner, på lik linje med menn, har rett på behandling for sin rusdiagnose i Norge utgjør kvinner bare en tredjedel av pasientene i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette på tross av at en av to rusmiddelavhengige er kvinner (Helsedirektoratet, 2020, s. 18). Det viser at selv om man som rusmiddelavhengig har samme rettigheter til behandling er det kjønnsforskjeller i hvem som mottar behandling. Sjanselikhet betyr at alle gis samme muligheter, uavhengig av andre og utenforliggende forhold (Schiefløe, 2003, s. 247). For at alle skal gis samme muligheter, kan det være nødvendig med ulik behandling. Ashley et al. (2003) sin analyse viser at kvinner som får kjønns spesifikk behandling gjennomfører i større grad behandlingen enn kvinner som får

behandling sammen med menn. Overført til rusbehandling kan sjanselighet bety at kvinnespesifikk behandling vil øke muligheten for kvinnene til å holde ut i behandlingen og dermed dra nytte av den.

Resultatlikhet er det mest vidtgående likhetsbegrepet, og det innebærer at man ikke nøyer seg med formallikhet og sjanselighet, men ser på sluttresultatet av fordelingsprosessen (Schiefløe, 2003, s. 275). Om resultatlikhet skal være målet for rettferdighet og sosial likhet, er det ikke tilstrekkelig å gi alle de samme mulighetene. I Norge har man tradisjon for å gi ulik behandling for å oppnå større resultatlikhet blant befolkningen, som for eksempel gjennom trygdeordningene. Oversiktstudier viser at kjønnsdelt behandling fører til bedre behandlingsresultat for kvinner, spesielt gravide og småbarnsmødre (Helsedirektoratet, 2016, kap.9). Kjønnsespesifikk behandling fremheves ofte som en fordel for kvinner fordi det gir reduksjon av rusproblemer og økt psykisk mestring (Ashley et al., 2003). Etter min oppfatning viser dette at om vi skal legge resultatlikhet til grunn vil kjønnsdelt behandling være rettferdig for kvinner med en rusmiddelavhengighet.

Orme ((2009), referert i Payne, 2014, s. 360) beskriver at undertrykte kvinner har til felles at de opplever undertrykkelse av et patriarkalsk samfunn som gir menn fordeler. Kvinner med psykiske lidelser, traumer og rusproblemer, også kjent som komorbide lidelser, og deres kjønnsespesifikke behov blir ofte oversett (Creswell, 2015, s. 1). Helsedirektoratet (2016, kap. 9) erkjenner at kjønnsidentitet har både fysiske, psykiske og sosiale perspektiver, som det er viktig å ha bevissthet om i organisering og tilrettelegging av behandlingstilbudet. På tross av dette har det ikke blitt gjort mye forskning på kvinnespesifikk behandling i Norge.

Veier til avhengighet er også forskjellige for kvinner og menn (CAST, 2009), og etter min oppfatning bør behandlingsmetoder gjenspeile de spesielle behovene. Tradisjonelt drives en rekke tjenester ut fra en kjønnsnøytral tilnærming, og kjønnsespesifikke og individuelle behov kommer mindre til syne (Mellingen, 2012). Kunnskap om rusbehandling er i hovedsak basert på forskning og klinisk erfaring fra menn med rusproblemer (Lossius, 2012, s. 32). Dette har gjort det vanskelig å imøtekomme de spesifikke behandlingsbehovene til kvinner med alvorlig psykiske lidelser, traumer og rusmiddelavhengighet i behandlingen. Dette til tross for at kvinner som får behandling i kvinnespesifikke behandlingstiltak viser bedre effekt av behandlingen både gjennom reduksjon av rusproblemer og økt psykisk mestring (Ashley et al., 2003). Etter min oppfatning vil da rusmiddelavhengige kvinner kunne sees på som en



undertrykket gruppe og at rusbehandlingen, slik den er i dag, gir menn fordeler fordi den er tilpasset dem og ikke er tilrettelagt kvinners spesifikke behov.

Lossius (Langsether, 2008) understreker at i kjønnsdelte grupper kommer det fram emner kvinner ikke er komfortabel å snakke om i blandete grupper. Jeg tenker at for eksempel seksuelle overgrep, som mange rusavhengige kvinner har opplevd, vil være et emne som kan oppleves som vanskelig å snakke om i en blandet gruppe. Det kan tenkes at flere kvinner også opplever det på samme måte. Man vet at posttraumatisk stresslidelse etter fysisk og seksuell vold er en psykisk lidelse som reduserer effekten av behandlingen til kvinnene (Mellingen, 2012, s 12-14). Det mest typiske trekket ved lidelsen er episoder der pasienten gjenopplever traumat, som gang på gang kommer tilbake som påtrengende minner, drømmer eller mareritt (Snoek & Engedal, 2017, s. 124). Det kan tenkes at kvinner med posttraumatisk stresslidelser som er i kjønnsblandet behandling kan gjenoppleve traumat, i stedet for å få bearbeidet det, ved å være sammen med menn som kan «representere» hennes overgriper. Traumat kan fremkalle frykt og skam. Ved seksualiserte voldstraumer reagerer offeret ofte med skam og skyld i stedet for å rette sinnet mot overgriperen (Snoek & Engedal, 2017, s. 126). Sett fra mitt ståsted kan det dermed tenkes at det ikke bare kan redusere effekten av behandlingen for disse kvinnene, men at å bli plassert i en behandling sinstitusjon med menn fra rusmiljøet også kan virke retraumatiserende.

Gjennom å ha et feministisk perspektiv på rusmiddelavhengige kvinner oppdager man hvordan forskjellsbehandling mellom mannlige og kvinnelige rusmiddelavhengige skjer. Selv om hoveddelen av behandlingen som tilbys i dag drives ut fra kjønnsnøytral tilnærming, er behandlingen basert på kunnskap fra forskning og klinisk erfaring fra arbeid med mannlige rusmiddelavhengige. Videre kan det tenkes at fordi de kvinnespesifikke traumene ikke blir tatt hensyn til så kan de i verste fall påføre kvinnene ytterligere skam. Dette kan igjen påvirke behandlingseffekten av rusmiddelavhengigheten negativt. Helsedirektoratet (2016, kap. 9) erkjenner at kjønnsidentitet er viktig, og internasjonal forskning viser at kjønnsdelt behandling er bedre for kvinner (Ashely et al. 2003; CAST, 2009). Til tross for denne kunnskapen blir ikke kvinnespesifikk rusbehandling prioritert. Slik jeg ser det er ikke kvinnene bare underprioritert, men undertrykket av et patriarkalsk samfunn som gir behandling tilpasset menn og deres behov. Etter min oppfatning vil derfor en mer rettferdig fordeling av behandlingsressursene, være kjønnsdelt behandling, som tar hensyn til kvinners spesifikke utfordringer.

### 4.3 Kjønnsdelt behandling – en måte å generalisere kvinner på?

Lossius (2012, s. 35) understreker at aggressive og utagerende menn skal ha en annen behandling enn engstelige kvinner. Samtidig påpeker hun at bildet ikke er så enkelt fordi noen pasienter vil ha behov for å få hjelp til å håndtere overveldende følelser, andre trenger å få kontakt med egne behov. Flere forhold enn kjønn virker inn på utfallet av behandlingen, som pasientens alder, fysisk og psykisk helse, rusproblemets alvorlighetsgrad, sosial situasjon, økonomi, utdanning, kognitive evner, kontakt med familien og muligheten til å delta i meningsfulle aktiviteter og/ eller arbeid (Lossius, 2012, s. 36). En ulempe ved å se på rusbehandlingen, utelukkende i lys av kvinner som en diskriminert gruppe, er at man overser de ulike kategorier en kvinne representerer. Ulike mennesker har ulike erfaringer, og derfor ulike utgangspunkt, uavhengig av sitt kjønn. En kvinne er ikke bare sitt kjønn eller sin rase, fattig eller rik, en kvinne er en kombinasjon av mange ulike kategorier, rusproblemer eller ei.

Interseksjonalitet, det at vi samtidig hører til ulike kategorier, er et begrep som må konkretiseres for å få et helhetsperspektiv (Oltedal, 2013, s. 103). Interseksjonell feminisme handler om å se alle former for undertrykkelse og privilegier samlet. Interseksjonalitet er en styrke ved det feministiske perspektivet fordi det både teoretisk og politisk kan brukes som et analytisk middel for å hindre ekskludering av kategorier (Carastathis, 2014, s. 2).

Undertrykkelse er ikke enkeltprosesser, men sammensatt av flere kombinerte systemer som ikke kan forklares gjennom å analysere eksempelvis kjønn alene. Interseksjonalitet representerer et skifte i tenkningen om kjønn, hvor kategorien *kvinne* ikke blir prioritert som den viktigste. Kjønn, etnisitet og klasse samspiller med hverandre. Slik får en også med forskjellene kvinner imellom.

Sett med mine øyne er det av vesentlig betydning at kvinners verdier og erfaringer verdsettes høyere. Selv om begrepet interseksjonalitet viser oss at man ikke kan se en kvinne for bare sitt kjønn, kan menn og kvinner imidlertid være så ulike i tilknytning til sin rusproblematikk at de trenger behandling som er mer kjønnsspesifikk. Interseksjonalitet er viktig, men det er ikke et hinder for kjønnstilpasset behandling. Tvert imot kan det å ha kjønnsdelt behandling gjøre det lettere for behandlere å se kvinnene for alt de er fordi man tar det vekk de store kontrastene det å ha kjønnsblandet behandling kan by på.

#### 4.4 Empowerment i kjønnsdelt behandling

Sosialarbeiderens oppgave er å bidra til myndiggjøring og motvirke sosial ulikhet, enten arbeidet retter seg mot enkeltindivider, grupper eller mot samfunnet generelt. (Ellingsen et al., 2015, s. 31). Som drøftet over kan man gjennom å tilby kjønnsdelt rusbehandling motvirke den sosiale ulikheten rusmiddelavhengige kvinner i Norge i dag står ovenfor når det gjelder behandlingsmuligheter. Videre vil myndiggjøring, som er en oversettelse av empowerment, kunne forsterkes gjennom kjønnsdelt behandling fordi man har søkelys på kvinner som en undertrykket gruppe. Generelt kan man si at ved bruk av empowerment-prosessen kan sosialarbeideren i behandlingsinstitusjonen hjelpe kvinnene ut av avmaktssituasjonen de ofte befinner seg i, og gjennom kjønnsdelt behandling blir forholdene bedre lagt til rette for dette.

Empowerment har, som beskrevet tidligere, en emosjonell dimensjon (Askheim, 2012, s. 17). Skam kan være et eksempel på noe som gir lav grad av emosjonell energi, mens stolthet er et eksempel på noe som kan gi høy grad av emosjonell energi. Empowerment vil innebære å gå inn i prosesser der skamfølelsen kan vendes til stolthet, slik kan man ta makt og styring over eget liv. En side ved den emosjonelle dimensjonen er at ulike problemer eller lidelser i ulik grad er skambelagt i samfunnet vårt (Askheim, 2012, s. 17-19). Det å ha et rusproblem er et godt eksempel på noe som er mer skambelagt enn andre lidelser, som for eksempel kreft.

Ifølge det feministiske perspektivet er kvinner undertrykt av sosiale strukturer og forhold i samfunnet som favoriserer menn og menns syn på sosiale prioriteringer. Disse sosiale strukturene ekskluderer og devaluerer kvinner og kvinners syn på samfunnet. Dette fører til undertrykkelse av kvinner, særlig de med liten sosial eller økonomisk makt (Payne, 2014, s. 350). Det kan tyde på at de sosiale strukturene er en faktor som gjør at det foreligger ekstra mye stigma og skam rundt det å være mor og rusmiddelavhengig. Stigma og diskriminering viser å ha en negativ effekt på rusmiddelavhengighet og rusbehandling (Ashford et al., 2019, s. 17).

Sallaup et al. (2016) sin studie viser at problematisk rusbruk blir oversett hos kvinner i større grad enn hos menn. Studien viste også at kvinner uten foreldreansvar var overrepresentert blant deltakerne som fikk en diagnose på rusmiddelavhengighet. Forfatterne mener funnene kan tyde på at det fins mye stigma rundt rus og kvinner, især kvinner som har barn (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2017). Dette kan tyde på at også hjelpeapparatet stigmatiserer kvinnene. Rusmiddelavhengige personer generelt er en stigmatisert gruppe (Nieweglowski et al., 2017) og det kan virke som at kvinner opplever stigmatisering i større grad enn menn. Med stigmatisering følger ofte skam.

Samfunnets normer og regler legger tradisjonelt sett hovedansvaret for barna på mor. Dette er med på å opprettholde patriarkatet og undertrykke kvinners vei til selvstendighet (Payne, 2014, s. 352). Mangel på barnepass er et hinder for kvinner å lykkes med rusbehandling og kvinner har høyere familieansvar enn mannlige rusmiddelavhengige (Brady & Asheley, 2005; CAST, 2009; Green, Rockhill, & Furrer, 2006; Grella, 2008; Grella, Hser & Huang, 2006). Slik jeg ser det så er det gjerne mange kvinner som ikke ser det som en mulighet å få døgntilrettelagt behandling i institusjon på grunn av store omsorgsoppgaver i hjemmet. Mellingen (2012, s. 7) påpeker at «noe av forklaringen på hvorfor kvinner foretrekker poliklinisk behandling framfor institusjonsbehandling kan være det faktum at poliklinisk behandling tilrettelegger for at kvinnen kan fortsette å ha hovedansvaret i hjemmet. Kvinnen kan da i stor grad holde behandlingsbehovet skjult for omgivelsene.» Vi kan tenke oss at dersom rusproblemet ikke er kjent for omgivelsene, så kan det også føre til mindre støtte fra familie og nettverk. Behov for å skjule rusmiddelavhengigheten sin og det å ikke identifisere rusproblemet som et primærproblem kan ses som et tegn at rusmiddelavhengighet er mer skambelagt for kvinner.

Som tidligere beskrevet, er en side ved den emosjonelle dimensjonen at ulike lidelser i ulik grad er skambelagt i samfunnet vårt. Tangney og Dearing (2002, s. 18) definerer skam som en akutt smertefull følelse som vanligvis er ledsaget av en følelse av krymping eller å være liten og av en følelse av verdiløshet og maktesløshet. Skammen kvinner opplever handler i stor grad om forventningene om hvordan en kvinne skal være, og det påvirker selvtilliten og mestringsfølelsen deres (Brown, 2006; CAST, 2009; Greenfield & Grella, 2009; Wiechelt, 2007). For at man skal kunne gå inn i prosessen med å snu skammen til stolthet må man ta fatt i det særegne kvinnene opplever. Dette ser jeg på som et eksempel som viser at kjønnsdelt behandling vil være mer egnet for empowerment som prosess for kvinner.

#### 4.5 Empowerment – ulike tilnærminger

Innenfor helse- og sosialfagene kan en individorientert tilnærming til empowerment særlig knyttes til det som kalles en terapeutisk tilnærming til empowerment (Askheim, 2012, s. 46). Å medvirke til at folk får bedre selvtillit og får fram sine ressurser vil, og skal alltid være, en grunnleggende del av helse- og sosialfaglig arbeid. En viktig del av empowerment-rettet arbeid må derfor være individorientert. Adams (Adams, 2008, s. 83) poengterer likevel at «empowerment meaning enabling people to feel better – is no substitute for liberating them from oppression». Slik argumenterer han for at et empowerment-rettet arbeid må ha en bredere tilnærming og ikke kan isoleres fra politikk og maktforhold, slik det gjøres i de individorienterte tilnærmingene.

Kritikken av den terapeutiske tilnærmingen tar utgangspunkt i at helseproblemer og sosiale vansker ikke kan frikobles fra konteksten den kommer i. Eksempel på dette kan være hvordan familieansvar gjør det vanskeligere for kvinner å komme i behandling for sitt rusproblem. Videre kritiseres tilnærmingen for å individualisere ansvaret for egen helse. Ut fra den grunnleggende tilliten til individet, som et handlende objekt, gir man dermed pasienten ansvar for sine «feilvalg» og pasienten må selv ta konsekvensene.

Sett fra mitt ståsted så skal ikke empowerment-prosessen fungere som en ansvarsfraskrivelse. Samtidig, når skam er blitt identifisert som en medvirkende faktor ved begynnelsen av og i vedlikehold av rusproblemer (Ashford et al., 2019), kan det tenkes at en individualistisk tilnærming, som ansvarliggjør kvinnene for sine «valg», kan være med på å forsterke skammen ytterligere. Dette fordi man ikke anerkjenner at de finnes strukturelle faktorer som påvirker skamfølelsen. Krenkelser kan settes som en motsats til anerkjennelse og kan være alvorlige for den det gjelder fordi de får konsekvenser for hvordan et individ forstår seg selv. Krenkelser kan dermed svekke både selvtilliten, selvrespekten og selvaktelsen. Stigmatisering og manglende anerkjennelse av visse livsstiler og virkelighetsoppfatninger kan være eksempler på krenkelser på kollektivt nivå (Ellingsen et al., s. 101).

Ved å ha en terapeutisk tilnærming kan man da risikere å påføre kvinnene ytterligere skamfølelse og det kan oppleves som krenkende fordi man ikke anerkjenner at det finnes strukturelle faktorer som påvirker rusproblemen til kvinnene. Etter min oppfatning er det derfor mer hensiktsmessig å ha en motmaktstilnærming til empowerment, hvor

sammenhengen mellom kvinnenes livssituasjon og samfunnsmessige, strukturelle forhold er i fokus.

#### **4.6 Kjønnsdelt rusbehandling – bedre egnet for en motmaktstilnærming til empowerment**

Gjennom en motmaktstilnærming til empowerment er det grunnleggende poenget å skape en bevissthet hos kvinnene om sammenhengen mellom sin egen livssituasjon og ytre, samfunnsmessige forhold og om at andre i tilsvarende situasjoner opplever lignende avmaktproblemer (Askheim, 2012, s. 21). Et av Freires (1974) hovedpoenger er at de undertrykte på en og samme tid var undertrykket og sin egen undertrykker. Dette kan sees på Merton (1948) sin beskrivelse av selvpoppfyllende profeti, nemlig at en ubegrunnet forventning blir oppfylt på bakgrunn av at den var forventet. Stigmatiseringen og skammen kvinner føler på henger sammen med samfunnets forventninger til det å være kvinne.

I min praksisperiode kom det fram at erfaringer fra kjønnsblandet behandling viste at kvinner ofte bruker mye energi på å vise omsorg for menn og noen ganger kan seksualisere sin adferd for å få mennenes oppmerksomhet. Freire (1974) forklarer at individer er undertrykte fordi de har gjort undertrykkerens bevissthet og virkelighetsforståelse til sin egen. Gjennom å ha erfart seksuelle overgrep og ha opplevd stigmatisering kan en mulig forklaring på omsorgen og den seksuelle adferden kvinnene viser være den selvpoppfyllende profetien om hvordan en kvinne skal være. Ashley et. al (2003) sin gjennomgang viste at i kvinnespesifikk behandling viste kvinnene en reduksjon i seksuell risikoatferd. Det kan tenkes at når de «slipper» å forholde seg til menn, kan de også redusere den seksuelle atferden som de føler at forventes av dem.

Gjennom å bevisstgjøre kvinnene på de sosiale strukturene som undertrykker dem, og ved å la dem erfare at andre har hatt og har de samme utfordringene, kan de finne styrke til å bli kritiske og aktive i sin egen frigjøringsprosess.

Lossius (Langsether, 2008) framhever at mange av kvinnene i rusbehandling har manglet gode relasjoner til andre kvinner. Om man lar kvinnene slippe å fokusere på menn i sin behandling, og får oppleve en slik bevisstgjøringsprosess sammen med «likesinnede» kan det tenkes at de kan skape gode, trygge og støttende relasjoner til andre kvinner i samme situasjon som dem selv. Her vil jeg imidlertid påpeke det som ble diskutert tidligere med interseksjonalitet – man kan ikke forvente at alle kvinner automatisk vil oppleve og finne

styrke i et slags søsterskap, nettopp fordi at kvinner har ulike erfaringer og er forskjellige. Samtidig tenker jeg at om frigjøring av undertrykkelse skal være et mål, er det ikke forsvarlig å plassere kvinnene i behandling hvor fokuset og energien deres blir brukt på menn, slik som beskrevet over. Dette fordi bevisstgjøringsprosessen skjer gjennom kollektiv erfaringsdeling, som i neste omgang danner utgangspunktet for kollektiv handling.

Ved å bevisstgjøre kvinner på de ytre samfunnsmessige forholdene og at de ikke er alene om de samme utfordringene kan det skape et samhold som danner grunnlag for det Freire kaller for praxis. I kjernen av Freires (1974) frigjørende pedagogikk ligger troen på at ethvert menneske er i stand til å betrakte sin tilstedeværelse kritisk i dialog med andre mennesker (Hutchinson & Oltedal, 2017, s. 95). Dialogen er, ifølge Freire (1974), en skapende handling med siktemål å frigjøre mennesker. En viktig forutsetning blir da at dialogen er mellom mennesker med samme utfordringer.

Gjennom dialog og erfaringsutveksling med kvinner med samme utfordringer kan kvinnene bygge gode relasjoner uten å måtte forholde seg til menn og det seksuelle spillet som ofte kan følge med. Hernandez og Mendoza (2011) fant gjennom å bruke shame resilience theory (SRT) som strategi for empowerment av kvinner i rusbehandling (kjønnsspesifikk) at det å identifisere skam og kjønnsbaserte forventninger som framprovoserer skam gir signifikante bedre forskjeller på målinger av generell helse, depressive symptomer, internalisert skam, selvbevisst påvirkning og motstandskraft mot skam (Hernandez & Mendoza, 2011). Det kan tenkes at Hernandez og Mendoza (2011) ikke ville oppnådd samme resultat for kvinnene om de hadde valgt en individualistisk tilnærming. Sett fra mitt ståsted kan dialogen kvinnene hadde i prosessen ha skapt motstandskraften mot skammen kvinnene oppnådde. Slik oppnådde de en frigjøring fra de forventningene som framprovoserte skammen.

#### 4.7 Maktaspektet ved empowerment – en form for myk styring?

Når man legger Freires (1974) pedagogikk til grunn for empowermentprosessen, skal fagpersoner medvirke til at tjenestebrukeren, altså kvinnene, selv kan heve seg over sin individorienterte forståelse for sin egen situasjon og få forståelse for hvordan samfunnsforhold påvirker og/eller medvirker til deres utfordringer. De skal bevisstgjøres til å se sammenhenger mellom sin egen situasjon og strukturelle skjevheter, og de skal ikke gjøre undertrykkernes virkelighetsforståelse til sin egen. Slik skal det dannes et partnerskap som skal legge grunnlaget for handling og endring.

Politisk bevisstgjøring og kollektiv identitetsdannelse som resultat av diskursive prosesser og maktutøvelse problematiseres derimot i liten grad (Askheim, 2012, s. 90). Om man bevisstgjør kvinnene stigmatiseringen de opplever, men ikke retter endringsarbeidet til de strukturelle faktorene, vil man da bidra til en virkelig frigjøring av avmakten kvinnene befinner seg i? Etter min oppfatning kan det at Tverrfaglig spesialisert behandling tilbyr kjønnsdelt behandling i større grad, og dermed erkjenner de spesifikke behovene rusmiddelavhengige kvinner har i seg selv, være et endringsarbeid som kan påvirke strukturelle faktorer. Det kan tenkes at stigmatiseringen av kvinner, og spesielt kvinner med barn, som Sallup et al. (2016) fant i sin undersøkelse, kan komme av manglende kunnskap og erfaring om pasientgruppen. Ved å bygge opp kunnskapsgrunnlaget gjennom erfaring fra kvinnespesifikk behandling vil en kunne sette søkelys på denne problematikken.

Ledwith (2005, referert i Askheim, 2012, s. 23) påpeker at undertrykking har kulturelle og kjønnsmessige dimensjoner. Empowerment-tenkingen må derfor ta for seg det feministiske kravet om å se det personlige som det politiske, og dermed inspirere til prosesser der en går fra dype personlige historier til kollektivt forandringsfremmende tiltak.

Etter min oppfatning er det først ved å erkjenne og imøtekomme behovet for kvinnespesifikk rusbehandling, at det vil kunne sies å være et forandringsfremmende tiltak. Dersom man ikke jobber mot strukturelle endringer – hva vil empowerment egentlig innebære for kvinnene, og blir det da bare en myk form for styring?



Skau (2013, s. 31) påpeker at maktaspektet ofte tilsløres. Allerede i begreper som «behandling» og «hjelpemiddelet» ser vi eksempler på dette. Skau (2013, s.31) viser at en slik tilsløring kan være skadelig på flere måter. Den gjør det vanskelig for klienter å beskytte seg mot maktmisbruk, og den gjør det vanskelig for hjelpere å erkjenne mulighetene og grensene for sin makt. Videre gjør tilsløringen det vanskelig for en kritisk offentlighet å forholde seg til maktens mange former og funksjoner. Om empowerment-prosessen skal være fullstendig forutsetter det en åpenhet og en erkjennelse av eksisterende maktforhold. Eksempelvis viser Sallrup et al. (2016) sin studie at hjelpemiddelet i akuttpsykiatrien langt oftere gir en rusdiagnose til menn, enn kvinner. Slik blir det også en skjult maktutøvelse som rammer kvinner negativt, fordi hjelpemiddelet ikke gir kvinner en rusdiagnose som igjen gir dem rett på behandling.

Helsedirektoratet (2016, kap. 1) skriver at brukermedvirkning innebærer at pasienten medvirker til helsehjelpen. Pasientens egne valg og prioriteringer er av stor betydning for behandlingen. Det handler om å sette pasienten i stand til å leve et godt liv. Ut fra den enkeltes mål, ønsker og behov er det viktig å involvere instanser og personer som kan bidra konstruktivt i behandlings- og rehabiliteringsprosessen.

Ut fra min erfaring fra praksis var det et krav om rusfrihet i døgnbehandlingsavdeling og man må ha fullført en avrusningsperiode før man fikk plass. Ettersom det er et klart motiv fra behandlingsinstitusjonen at rusfrihet er et hovedmål, er det etter min oppfatning problematisk at Helsedirektoratet (2016) legger vekt på brukermedvirkning, også når det gjelder pasientens egne mål for behandlingen. Samtidig vil jeg påpeke at det kan ses på som et paradoks at man forventer totalt avhold fra rusmidler fra pasientene, og rusfrihet blir nærmest synonymt med et godt liv for rusmiddelavhengige, mens de færreste av de som behandler dem lever i totalavhold. Den doxistiske forestillingen om at rusfrihet er det eneste som er forenlig med å leve et godt liv fremstår naturlig og underkastelsen oppleves som frivillig, mens de egentlig underkaster seg «symbolsk vold» (Askheim, 2012, s. 97). Her menes vold som en maktutøvelse som ikke blir oppfattet og dette kan, slik jeg ser det, stå som et eksempel på hvordan maktutøvelse i rusbehandlingen kan være skjult.

Ifølge Foucault (referert i Askheim, 2012, s. 85) er maktutøvelse at en søker etter å fremme visse holdninger og egenskaper hos de enkelte individene. Denne formen for disiplinering kan oppfattes som undertrykkende, men den har også en skapende og konstruktiv side ved seg. Makten fremstår gjennom denne sosiale reguleringsprosessen produktiv. Den produserer eller konstruerer et sosialt rom som gjør at individene handler på en forutbestemt måte i overensstemmelse med det sosiale feltet sin doxa, slik beskrevet av Bourdieu (referert i Askheim, s. 96).

Et eksempel på dette er at pasientene i rusbehandling arbeider mot et mål om rusfrihet for å få et godt liv. Dette skaper igjen en tydelig forutsigbarhet som regulerer relasjonene mellom deltakerne og hindrer dem i å handle på en avvikende og uhensiktsmessig måte. Sosialarbeiderens oppgave i prosessen med empowerment å hjelpe kvinnene å ta selvstendig valg, men samtidig må disse valgene være «gode og sunne». Dette kan sees i sammenheng med det som Foucault (referert i Askheim, 2012, s. 88) omtaler som *governmentality*.

Skau viser til Foucault sin maktteori når hun beskriver hvordan makthaverne i et moderne, liberalt og demokratisk samfunn benytter seg av en avansert «styringsteknologi» (Skau 2013 s. 22). Styringsideologien utvikles med hensikt for å disiplinere innbyggerne til å utøve en indre selvstyring til samfunnets felles beste. For at kjønnsdelt behandling skal fremme empowerment for kvinnelige rusmiddelavhengige kan man spørre seg om begreper som empowerment og brukervedvirkning bare er en ytre kosmetiske fornyelse og en tilsløring av makten gjennom bruk av begreper som empowerment (Skau, 2013, s. 24-25). Derfor vil det være essensielt at profesjonene som jobber rundt kvinnene når man skal fremme empowerment er klar over maktaspektet slik at frigjøringsprosessen faktisk blir eid av kvinnene. Som sosialarbeider skal man veilede men ikke styre kvinnene inn på det «riktige» sporet.

## 4.8 Oppsummering

Gjennom å ha et feministisk perspektiv på dagens rusbehandlingstilbud ser man at strukturer i samfunnet undertrykker kvinnelige rusmiddelavhengige. Forskning viser at kvinner som får behandling i kvinnespesifikke behandlingstiltak viser bedre effekt av behandlingen både gjennom reduksjon av rusproblemer og økt psykisk mestring. Til tross for dette drives tradisjonelt en rekke tjenester ut fra en kjønnsnøytral tilnærming, og kjønnsespesifikke og individuelle behov kommer mindre til syne. Veier til avhengighet er også forskjellige for kvinner og menn og behandlingsmetoder bør gjenspeile de spesielle behovene.

Kjønnsdelt behandling kan være mer egnet for å fremme empowerment fordi den kan gjøre det mulig å gripe fatt i det som er spesielt for kvinnelige rusmiddelavhengige.

Rusmiddelavhengige er en stigmatisert gruppe, og det kan tyde på at kvinner, især kvinner med barn, er ytterligere stigmatisert. Dette gjelder generelt i samfunnet, men studier viser at det kan virke som at også deler av hjelpeapparatet stigmatiserer kvinnene.

Empowerment prosessen vil kunne forsterkes gjennom kjønnsdelt behandling fordi man har søkelys på kvinner som en undertrykket gruppe. Generelt kan man si at ved bruk av empowermentprosessen kan man hjelpe kvinnene ut av avmaktssituasjonen de befinner seg i, og gjennom kjønnsdelt behandling blir forholdene bedre lagt til rette for dette. Samtidig er det viktig at maktaspektet blir tatt hensyn slik at empowerment ikke blir en form for myk styring for å hindrer kvinnene i å handle på en avvikende og uhensiktsmessig måte definert av hjelpeapparatet.

## Litteraturliste

- Adams, R. (2008). *Empowerment, participation and social work*. Hampshire: Macmillan
- Ashford, R., Brown, A. M., Canode, B., McDaniel, J. & Curtis, B. (2019). A Mixed-Methods Exploration of the Role and Impact of Stigma and Advocacy on Substance Use Disorder Recovery. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 37(4), 462-480 doi: <https://doi.org/10.1080/07347324.2019.1585216>
- Ashley, O. S., Marsden, M. E. & Brady, T. M. (2003). Effectiveness Of Substance Abuse Treatment Programming For Women: A Review. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(1), 19-53. DOI: 10.1081/ADA-120018838
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal
- Birkenes, B. K. (2002). Rusmisbrukere og traume, en undersøkelse av traumatiske hendelser og posttraumatiske hendelser blant rusmisbrukere. *Tidsskriftet for Norsk Psykologforening*. 2002(39). 823-825.
- Bourdieu, P. (1997). *Af praktiske grunde*. København: Hans Reitzels Forlag
- Brady, T. M. & Ashley, O. S. (2005). *Women in substance abuse treatment: Results from the Alcohol and Drug Service Study (ADSS)* (DHHS Publication No. SMA 04-3968, Analytic Series A-26). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies
- Brown, B. (2006). Shame resilience theory: A grounded theory study on women and shame. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 87 (1), 43-52. doi:101606/1044-3894.3483
- Carastathis, A. (2014). The concept of intersectionality in feminist theory. *Philosophy Compass*. DOI: 10.1111/phc3.12129

- Center for Substance Abuse Treatment. (2009). *Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 51* (SMA 09-4426). Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83252/>
- Christoffersen, M. N. & Soothill, K. (2003) The long-term consequences of parental alcohol abuse:a cohort study of children in Denmark. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(2003), 107-116. doi:10.1016/S0740-5472(03)00116-8
- Creswell, L. (2015). Review of Literature of Women with Co-occurring Disorders through the Feminist and Black Feminist Perspective. *Journal of Addiction Research & Therapy*, 07(1). Doi:10.4172/2155-6105.1000267
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Ellingsen, I.T, Levin, I., Berg, B. & Kleppe, L. C., (2015). *Sosialarbeid en grunnbok*. Oslo: Universitetsforlaget
- Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere (2019). Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Hentet fra: <https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- Folkehelseinstituttet (2019). *Rusbrukslidelser i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no>
- Freire, P. (1974). *De undertryktes pedagogikk*. Oslo: Gyldendal
- 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* (SARC Suppl.5), 327-343.

Doi:10.1080/02791072.2008.10400661

- Grella, C. E., Hser, Y.-I. & Huang, Y.-C. (2006). Mothers in substance abuse treatment: Difference in characteristics base don involmment with child welfare services. *Child Abuse & Neglect*, 30 (1). 55-73. Doi: 10.1016/j.chiabu.2005.07.005
- Green, B. L., Rockhill, A. & Furrer, C. (2006) Understanding patterns of substance abuse treatment for women involved with child welfare: the influence of the Adoption and Safe Families Act (ASFA). *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32 (2) , 149 -176 doi: 10.1080/00952990500479282
- Greenfield, S. F., Back, S. E., Lawson, K. & Brady, K. T. (2010). Substance Abuse in Women, *Psychiatric Clinics of North America*, 2010 (33), 339-355.  
doi:10.1016/j.psc.2010.01.004
- Greenfield, S. F. & Grella, C. E. (2009). What is «women-focused» treatment for substance use disorders? *Psychiatric Services*, 60. 880-882.  
doi:10.1176/appi.ps.60.7.880
- Halvorsen, K. (2002). *Forskningsmetode for helse- og sosialfag* (7 opplag) Oslo: Cappelen akademiske forlag
- Helsedepartementet. (2004). *Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven* (Rundskriv I-8/2004). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser* (IS-1948). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/>
- Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonalt faglig retningslinje. Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/>

- Helsedirektoratet. (2019, 06. februar). Om helsedirektoratets normerende produkter. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter#nasjonal-faglig-retningslinje>
  
- Helsedirektoratet. (2020). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2019* (IS-2893). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/>
  
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen*. (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
  
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013, 26. juni). Rusbehandling i spesialisttjenesten. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
  
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
  
- Hernandez, V. R. & Mendoza, C. T. (2011). Shame Resilience: A Strategy for Empowering Women in Treatment for Substance Abuse. *Journal of social work Practice in the Addictions* 11(4). 375-393. DOI: 10.1080/1533256X.2011.622193
  
- Hutchinson, G.S. & Oltedal, S. (2017). *Praksisteorier i sosialt arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget
  
- Iversen, E. (2003). *Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere*. Hentet fra [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/klientkartleggingssystemet2003\\_2005.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/klientkartleggingssystemet2003_2005.pdf)
  
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. (2. utg.) Kristiansand: Høyskoleforlaget

- Langsether, H. (2008, 01. juli). Vil ha kjønnsdelt behandling. Hentet fra <http://kilden.forskningsradet.no/nb/2008/07/vil-ha-kjonnsdelt-behandling>
- Ledwith, M. (2005). *Community development: A critical approach*. Bristol: Policy Press
- Lossius, K. (2012). *Håndbok i rusbehandling* (2.utg). Oslo: Gyldendal
- Mellingen, S. (2012). A woman left lonely. En studie av kvinner og alkohol, avhengighet og relasjon i behandling. Hentet fra <https://www.korusbergen.no/nyheter/publikasjoner/a-woman-left-lonley-2012/>
- Merton, R. (1948). The Self-Fulfilling Prophecy. *The Antioch Review* 8. 193-210. DOI: 10.2307/4609267
- Najavits, L.M, Weiss, R. D & Shaw, S. R. (1997). The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women – *A research review. American Journal on Addictions*. 6(4). 273-283.
- Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (2017, 25. februar). Overser rusproblemer hos kvinner. Hentet fra <https://rop.no/aktuelt/overser-rusproblemer-hos-kvinner/>
- Nieweglowski, K., Corrigan, P. W, Tyas. T., Tooley. A., Dubke. R., Lara. J., Washington. L., Sayer, J., Sheehan, L. & The Addiction Stigma Research Team (2017). Exploring the public stigma of substance use disorder through community-based participatory research. *Addiction Research & Theory*, 26(4), 323-329. doi: <https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1409890>
- Oltedal, S. (2013). *Kjønnsperspektivet i sosialt arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>



- Payne, M. (2014). *Modern social work theory* (4th edition). UK: Palgrave Macmillan
- Potter-Efron, R.T. (2002). *Shame, guilt, and alcoholism: Treatment in clinical practice* (2. utg). New York, NY: Haworth. Hentet fra:  
[https://books.google.no/books?hl=no&lr=&id=LhNIAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Potter+\(2002\)+shame,+guilt+and+alcoholism&ots=e57KPnOm7a&sig=cHVp\\_dL-fZHVx3AmsxVmYC9gP5I&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.no/books?hl=no&lr=&id=LhNIAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Potter+(2002)+shame,+guilt+and+alcoholism&ots=e57KPnOm7a&sig=cHVp_dL-fZHVx3AmsxVmYC9gP5I&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- Sallaup, T. V., Vaaler, A. E., Iversen, V. C. & Guzey, I.C. (2016). Challenges in detecting and diagnosing substance use in women in the acute psychiatric department: a naturalistic cohort study. *BMC Psychiatry*, 2016 (16), 406. doi: 10.1186/s12888-016-1124-y
- Schiefloe, P. M. (2003). *Mennesker og samfunn. Innføring i sosiologisk forståelse* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Skau, G. M. (2013). *Mellom makt og hjelp* (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Snoek, J. E. & Engedal, K. (2017). *Psykatri for helse- og sosialfagutdanningene* (4.utg). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Tagney, J. P. & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. New York, NY: Guilford.  
 United Nations Office on Drugs and Crime. (2004). Hentet fra  
[http://www.unodc.org/docs/treatment/Case\\_Studies\\_E.pdf](http://www.unodc.org/docs/treatment/Case_Studies_E.pdf)
- Weber, M. (1971). *Makt og byråkrati*. Oslo: Gyldendal
- Wiechelt, S. A, (2007), The specter of shame in substance misuse. *Substance Use & Misuse*, 42(2-3), 399-409. doi:10.1080/10826080601142196

- World Health Organization. (1999). ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Oslo: Universitetsforlaget. Hentet fra <https://www.nb.no/items/ff164e2d1fb08c0f2022c4954df2dc2c?page=79&searchText=ICD-10.%20Psykiske%20lidelser%20og%20atferdsforstyrrelser.%20Kliniske%20beskrivelser%20og%20diagnostiske%20retningslinjer>