

## **Innspill fra Stiftelsen Kvinnekollektivet Arken (Arken) til utvalget som skal utrede fremtidens rusmiddel- og avhengighetsbehandling.**

Vi ønsker å tydeliggjøre hvorfor et kjønnsdelt og kjønns spesifikt behandlingstilbud for kvinner med rusmiddelavhengighet må være en viktig del av behandlingstilbudet i TSB.

Dette innspillet er delt i 2 deler. Del 1 er faglige argumenter fra Arken, del 2 er innspill fra Arken-kvinnene som bygger på egen pasienterfaring fra behandling hos oss.

### **Del 1**

Kjønns spesifikt tilbud til de sårbare voldsutsatte kvinnene med rusutfordringer  
Helsedirektoratet anbefaler at kjønns spesifikke behandlings- og oppfølgingsbehov bør ivaretas i rusbehandling. Oppdateringen av kunnskapsoppsummeringen fra 2014 viser signifikant lavere mortalitet for unge rusavhengige kvinner i ren kvinnebehandling med varighet på 20 år fra innleggelse (Gjestad R, 2011). Det ble registrert lavere rusbruk og høyere tilfredshet for pasienter i behandling for kvinner etter 6 måneder kontra ikke kjønns segregert behandling (Greenfield SF, 2007). I Prendergast sin studie fra 2011 viste signifikant lavere rusbruk i kvinnegruppen kontra grupper med kvinner og menn ved 1-års oppfølging (Prendergast, 2011). Denne kunnskapsoppsummeringen (2009) med oppdatering (2014), ligger til grunn for Helsedirektoratets anbefalinger.

Dette understøttes av NOU 2023:5 «Den store forskjellen—Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse» skrevet av Kvinnehelseutvalget (Et offentlig utvalg om kvinners helse og helse i et kjønnsperspektiv) oppnevnt av regjeringen. Hvor det bl.a. står «Flere studier viser imidlertid at kvinnerettede tiltak gir bedre behandlingsbetingelser og resultater for kvinner (339–341). Kjønnsdelt behandling, der kvinner har mulighet til å skjerme seg fra menn, og der det tilrettelegges for utviklingen av et kvinnefelleskap som bygger på en rusfri identitet, har positiv effekt på behandlingsresultat (342)». De konkluderer med «Ideelt sett bør alle de regionale helseforetakene ha behandlingstiltak som tilbyr kjønnsdelt behandling».

Hvordan ivareta kjønns spesifikk behandling for kvinner

Kjønns spesifikk behandling ivaretas gjennom behandling av rusavhengige kvinners utfordringer. Dette inkluderer språklige og kulturelle utfordringer spesifikke for rusavhengige kvinner samt tematisering av kjønnsidentitets sammenheng med rusavhengighet. (Dette påpekes av Helsedirektoratet som anbefalt i nasjonal faglig retningslinje). Kjønns spesifikk behandling kan integrere intervensjoner som fokuserer på blant annet selvaksept, kroppsbilde og oppbygging av selvfølelse. Fremtredende for svært mange rusmisbrukende kvinner er at de strever med sterk skam, depresjon og skyldfølelse. De opplever i større grad familie- og samlivs-problemer, og de bruker mer sovemedisin, beroligende og angstdempende rusmidler (Duckertm.fl., 2008). Behandlingsmetoder kan tilpasses for å adressere de fysiske, emosjonelle og psykologiske aspektene av kvinnehelse.

Ifølge FN's rapport fra 2020 utgjør kvinner 1/3 del av rusavhengige, men kun 1/5 av rusavhengige i behandling (FN, 2020), og understreker behovet for kjønnsdelt og kvinnespesifikk behandling, da behandling tradisjonelt er tilrettelagt for majoriteten av rusavhengige i behandling, menn. Kvinner har høyere andel affektive forstyrrelser, PTSD og spiseforstyrrelser (Mergler M, 2018) og trenger tilrettelagt behandling med traumesensitiv tilnærming, knyttet opp mot seksuelle overgrep, partnervold og relasjonsskader. Arken har

erfaring med at kvinner ønsker å komme hit også for å unngå uønskede relasjonelle utfordringer som kan oppstå i behandlingsinstitusjoner for begge kjønn. Behandlingstilbudet må ha en policy som søker å minske skadelig diskriminering i rusbehandling av kvinner, og behovet for kvinnespesifikk behandling for rusavhengige kvinner er innlysende, som belyst av Harris: «Given the increasing rates of substance use among women, there is a need to implement and scale-up gender-responsive addiction programming and pursue advocacy at the policy level that addresses the root drivers of substance use inequities among women.»(Harris M, 2022)

Hvem er kvinnene som trenger kjønnsespesifikke tilbud?

Disse kvinnene representerer en ekstra sårbar gruppe i ruspopulasjonen. De aller fleste har opplevd vold, seksualisert vold og overgrep gjennomført av menn. Vi vet at kvinnene har traumereaksjoner som påvirker dagliglivets fungering betydelig. Mange av dem er i konstant beredskapsmodus og har et høyt stressnivå som gjør det vanskelig for dem å fungere i hverdagen da det skal lite til for å gjøre dem utrygge. Det er ikke uvanlig å møte kvinner i rusmiljøet som har utviklet posttraumatisk stresslidelse, også av kompleks type. Dette viser seg iblant annet store utfordringer med å danne langvarige trygge, nære relasjoner, lav selvfølelse, dysregulerte følelser og overveldende angst. Erfaring viser at kvinnene har et spesifikt behov for å føle seg trygge og skjermet fra menn i en periode. Dette handler ofte om at det er vanskelig for dem å være sårbare og åpne opp for endringsarbeid på samme institusjon som menn. Behovet er av en slik art at de vanskelig vil kunne nyttiggjøre seg kjønnsdelt behandling. Mange har behandlingserfaring fra andre institusjoner/tiltak, men det er først når de kommer til kjønnsespesifikk behandling at de finner handlingsrommet til å starte et endringsarbeid.

Tilrettelegging for minoritetskvinner og fremmedspråklige i kjønnsespesifikk behandling  
Behandlingssteder som tar imot denne gruppen bør tilby et miljø som tar hensyn til og adresserer spesifikke kulturelle og religiøse behov. Fremtredende for svært mange rusmisbrukende kvinner er sterk skam- og skyldfølelse overfor familie og barn. Skyld og skam er vel så fremtredende hos kvinner fra etniske grupper der kjønnsrolleforventningene er sterkere enn blant etniske nordmenn. Mange minoritetskvinner står i en klassisk krysspress-situasjon, der de må sjonglere mellom venner versus familiens verdier, de antatt norske versus foreldrenes eller hjemlandets verdier og sosiale praksiser. Å ha en ruslidelse som strider mot sosiale og moralske konvensjoner trenger bearbeiding, og dette er ikke minst aktuelt for minoritetskvinner.

Det må tilstrebes å være bevisst på hvordan kulturelle normer og religiøse spørsmål påvirker behandlingen. Dette kan handle om å tilby egnet mat og fasiliteter for bønn, videre kan det handle om å ta høyde for kulturforskjeller når man gjør kliniske vurderinger av pasientens psykiske og fysiske helse. Videre blir pasientenes språklige behov tilrettelagt for, da dette kan styrke kommunikasjonen og forståelsen mellom behandlere og pasient. Dette kan bidra til bedre forståelse og skape et mer tillitsfullt terapeutisk miljø. En ren kvinneinstitusjon kan for en del minoritetskvinner være å foretrekke, og det kan være betryggende for familien i de tilfellene der en kjønnsblandet institusjon betraktes som en mulig trussel mot kvinnens moralske livsførsel.

## Del 2

Takk for muligheten for innspill.

For meg var det viktig med kjønnsdelt behandling!!

For det første så handler det om trygghet og handlingsrom for endringsarbeid.

Vi kvinner har opplevd traumer relatert til menn, noe som gjør at kjønnsblandet behandling oppleves utrygg. Det er umulig å ta imot behandling og jobbe med endringsarbeid når jeg er traumeaktivert og utenfor toleransevinduet mitt, da har jeg nok med å være på «vakt».

Som voldsoffer ville jeg ikke turt å dele min erfaring fra miljøet i frykt for at det ville bli brukt mot meg. Jeg ville vært redd hele tiden for å bli utsatt for ny vold eller drept. Jeg ville blitt trigget av å sove i samme hus som en mann. Det ville bare ikke fungert for meg, jeg var for sårbar. Bare tanken på at en mann som «kjenner meg eller mitt miljø» skulle være i behandling med meg, ville gjort at jeg ikke hadde valgt å dra i behandling. Det ville blitt for utrygt.

For det andre, så ville mine gamle strategier rundt menn vært med på å forme min oppførsel. Jeg ville vært opptatt av å få «oppmerksomhet», brukt kroppen min for å oppnå «en slags kontroll», flyktet fra mine følelser og reaksjoner ved å «forelske meg» og for å få et adrenalinkick. Jeg gikk tidligere glipp av all behandlingen fordi fokuset mitt var på menn. Jeg forlot behandlingen før den var ferdig med en mann og vi sprakk i lag. Dette skjedde gang på gang.

Videre ville jeg ikke hatt kontakt med de andre kvinnene i behandling slik jeg fikk i kjønnsdelt behandling, de ville vært konkurrenter, og da ville damene også vært utrygge.

Jeg ville mistet de fortrolige og ærlige samtalene om å være kvinne, mor, datter, søster, skammen, sorgen... hvordan det er å være kvinne i miljøet, hva vi gjorde for å få rusmidler, prostitusjonsmiljøet, kriminalitet. Hvordan det er å være et overgrepsoffer, et voldsoffer, traumer. Oppleve vennskap i behandling med gjenkjennelse, støtte og forståelse fra et kvinnefelleskap. Tørre å være sårbar, lære å bygge relasjoner uten å manipulere og spille på sex. Lære å løse konflikter, og andre utfordringer med kommunikasjon.

Jeg trengte tid til å bli trygg! Eksponering av menn på trygg grunn (ansatte og på øvingsfri) for å venne meg til at det ikke ledet til rus, sex, eller vold. Jeg måtte lære meg sakte å håndtere følelsene mine rundt menn, og den beste erfaringen var at jeg hadde et kvinnefelleskap bak ryggen min som støttet meg og kjempet med meg – ikke mot meg. Jeg lærte sakte, men sikkert hva grenser er i møte med menn, og at jeg har lov til å si nei!

Jeg trengte å bli kjent med mine traumetriggere rundt mennesker, til å finne ut hvordan min seksualitet har blitt skadet av menn og rusmiljøet, til å lære hvordan jeg oppfører meg som en voksen kvinne, som en mor, som et medmenneske. Jeg trengte tid til å bli trygg nok til å kunne leve uten å ruse meg.

Jeg hadde vært død om det ikke var for kjønnsdelt behandling!!