

MÆND INGEN ADGANG

Kvindespecifik behandling er nødvendig

Stoffri døgnbehandling opfattes som regel som kønsneutral – en tilgang, der får os til at overse deforskelle, der eksisterer mellem de to køn, og de særlige problematikker, som gør sig gældende for både mænd og kvinder i behandlingssystemet.



kontakt med og indsats over for gravide kvinder og mødre med rusmiddelproblemer¹.

De stoffrie døgnbehandling i Danmark er langt hen ad vejen kønsneutrale – mænd og kvinder indskrives på lige fod og behandles for deres afhængighed af stoffer. Metoderne er forskellige, alt efter hvilken institution man indskrives på, men fokus er stoffri behandling.

Umiddelbart giver det mening – mænd og kvinder har det samme ønske: at blive stoffri.

Kønsofattelser har en afgørende betydning

Men så alligevel – mænd og kvinder er forskellige. Forståelse og opfattelsen af mænd og kvinder er forskellige. Historisk beskrives

mænd ofte som stærke, maskuline og virile, der aktivt kan have en afvigende adfærd. Kvinder beskrives ofte som svage og skrøbelige væsener, der passivt befinder sig i risikozonen for at få en afvigende adfærd. Det er kønsofattelser, som blandt andet kommer til udtryk gennem de institutioner, som vi er i kontakt med². Der eksisterer en række forestillinger om, hvilke sociale roller og normer mænd og kvinder skal indgå i og overholde³. Det er ikke neutrale beskrivelser, men særlige problem-

AF CHARLOTTE LØVSTAD

Kathrine Bro Ludvigsen rejste i STOF nr. 14 spørgsmålet, hvorfor et specifikt fokus på kvinder i udsatte-systemet er nødvendigt? Denne tråd tages op i denne artikel, hvor der vil blive argumenteret for, hvorfor et stoffrit døgnbehandlingstilbud kun for kvinder er nødvendigt. Det er et brud med den tradition, som eksisterer på det stoffrie døgnbehandlingsområde, hvor normen er kønsneutrale behandlingstinstitu-

tioner. Dette udfoldes blandt andet i følgende citat:

'Tilgange og tilbud inden for stofbehandling, der rutinemæssigt tager forbehold for eller hensyn til klienters køn eller kønnede erfaringer og belastningsniveau, er altså (endnu) ikke et integreret element i de gængse behandlingsformer, hverken herhjemme eller i andre lande. Dog er der ét område, hvor kvinders brug af rusmidler i stigende grad er blevet tildelt høj prioritet, og hvor kvinder sættes i centrum. Det drejer sig om og sigter på opsporing,

forståelser eller problemidentiteter, som også forekommer inden for systemet og er skabt i den specifikke institutionelle kontekst de indgår i. Eksempler på disse kategorier eller problemidentiteter kan f.eks. være hjemløse, misbrugere, kon-tanthjælpsmodtagere m.m.⁴ Disse kategorier eller problemidentiteter har en afgørende betydning for, hvordan hver enkelt sag håndteres.

Når vi laver kønsneutral behandling, overser vi de forskelle, der eksisterer mellem de to køn. Dette kan betyde, at vi overser de særlige problematikker, som gør sig gældende for både mænd og kvinder i behandlingssystemet.

Barrierer for at søge behandling

Der eksisterer en række barrierer for, at kvinder søger stoffri behandling. De kan deles op i følgende tre grupper:

1. Systembarrierer

Antagelsen er, at kvinders særlige problematikker overses, blandt andet fordi der eksisterer en kønsulighed i behandlingssystemet. Servicestyrelsen oplyser, at kønsfordelingen i stoffri behandling er ca. 75 % mænd / 25 % kvinder⁵. Kvinderne er underrepræsenteret i de stoffrie behandlinger, og denne kønsulighed kan resultere i, at kvindernes særlige problematikker overses, og dermed udsættes kvinderne for en skjult og utilsigtet diskrimination. Det kan også få den konsekvens, at kvinderne har sværere ved at vælge stoffri behandling, hvilket rejser spørgsmål om, hvor de passer

ind, og hvor deres særlige behov bliver tilgodeset?⁶

2. Strukturelle barrierer

Ofte er det en lang proces for kvinder at træffe beslutningen om at vælge stoffri behandling. Erfaringsmæssigt er mænd ofte hurtigere til at træffe beslutningen om at tage i stoffri behandling, ofte begrundet i, at deres misbrug er eskaleret voldsomt, at de har en dom hængende over hovedet, at det nu *'bare er for meget, og nu gider jeg sgu ikke mere'* eller andre forhold, som gør, at det pludseligt opleves som presserende at blive stoffri. Dette gør sig ikke gældende i helt samme grad for kvinderne. De bruger lang tid på at overveje, om de vil / tør / kan vælge stoffri behandling, samtidigt med, at de bruger mange ressourcer og energi på at bekymre sig om deres nære relationer – hvordan skal de klare den, når de er væk, hvem sørger for børnene etc. Når kvinderne så har truffet beslutningen, er det afgørende, at de kommer i møde og ikke føler sig 'sat på et sidespor'.

Er der for lang ventetid, fra kvinden er visiteret, til hun indskrives i stoffri behandling, kan det have som konsekvens, at motivationen ikke kan fastholdes og at hun vælger den stoffri behandling fra.

Det kan bl.a. være, fordi angsten / utrygheden for det ukendte, tidligere dårlige erfaringer, ændringer i det tætte netværk eller andre forhold sætter sig igennem i perioden med ventetid.

Andre strukturelle barrierer såsom geografisk placering af behand-

lingssted, mulighed for kontakt med netværk, behandlingsformen på stedet etc. kan også spille en central rolle for kvinder i forhold til at vælge stoffri behandling.

3. Sociale og kulturelle barrierer

Samfundets syn på kvinder og på kvinders brug af illegale stoffer, de normative forventninger til kvinder og den rolle, de skal udfylde, kan også have en betydning for, om kvinder vælger stoffri behandling. Disse forventninger kan også sætte sig igennem i systemet, hvilket kan få den konsekvens, at kvindens oplevelse af at bryde de normative forventninger i forhold til at være kvinde, mor, datter, partner etc. forstærkes af systemets oplevelse af hende. Når kvinden ser sig selv med systemets øjne, kan der ske en udbygning af den skyld og skam, hun har med sig. Oplever hun at føle sig stempet som afviger i systemet, kan det være en barriere for, at hun vælger stoffri behandling, og det kan være med til, at kvinden udstødes yderligere.

Endelig skal det ikke underkendes, at den måde kvinden (og manden) mødes af systemet på, når hun ønsker stoffri behandling, kan have en stor indflydelse på det efterfølgende forløb. Oplever hun, at ønsket om stoffri behandling modtages i en inkluderende, støttende og lyttende 'ånd', kan det betyde, at kvinden er langt mere motiveret for at indgå i et forløb, end hvis hun oplever sig afvist og dømt af systemet. Det første møde kan derfor være afgørende i forhold til, om kvinden føler sig

DENNE ARTIKEL ER MENT SOM ET INDSPARK i debatten om, hvorfor et kønsspecifikt fokus er nødvendigt i udsatte-systemet. Den er på ingen måde fyldestående, men repræsenterer de overvejelser og forståelser, Højlokke Behandlingscenter har arbejdet med i forløbet op til etableringen af sit Kvindebehandlingscenter. Yderligere oplysninger eller ønsker om at få uddybet synspunkter er altid velkomne.

Se nærmere på www.hojlokke.dk, eller ret henvendelse til centerleder Klaus Schønfeld ks@hojlokke.dk

Artiklens første del omhandler de særlige problemstillinger, som gør sig gældende for kvinder. Denne del bygger både på praksiserfaringer på feltet, som spænder over afklaring, visitation til og gennemførelse af stoffri døgnbehandling, herunder erfaringer med opfølgning af forløbet som kommunal forpligtelse og forskning på området. Den anden del af artiklen bygger på de første spæde erfaringer, som er indhentet på Kvindebehandlingscenteret både i fasen omkring kortlægning af behov og efterspørgsel og derudover erfaringerne efter åbningen 1. januar 2010.

mødt og inkluderet eller ekskluderet og afvist⁷.

Motivation for behandling

Som nævnt ovenfor ønsker både mænd og kvinder stoffri behandling, men deres motivation for stoffrihed bunder 'groft sagt' i to forskellige forståelser. Mændene ønsker det ofte af hensynet til sig selv, hvor kvinderne ønsker stoffrihed af hensyn til andre⁸. Kvinder ønsker stoffrihed, fordi de ønsker at blive bedre i stand til at tage sig af barn / børn, og / eller de ønsker at være noget mere for andre tætte relationer. Kvinder ser ofte ikke deres stofmisbrug som det primære problem. Det er et problem blandt flere, hvor de nære relationer ofte fylder en betragtelig del.

Tætte relationer er afgørende for kvinder. Det har også en betydning for kvinders søgning til stoffri behandling. Det vil ofte være sådan, at når kvinders partnere søger stoffri behandling, så vil det have en afgørende betydning for, at kvinder søger stoffri behandling. Omvendt set gør det sig også gældende, at ønsker kvinders partnere hverken selv at søge stoffri behandling, eller at hun søger stoffri behandling, så vil det ofte afholde hende fra at søge stoffri behandling, med mindre hun er på vej væk fra forholdet alligevel. Kvinden vil ofte følge mandens ønske langt hen af vejen⁹.

En altovervejende grund til at søge stoffri behandling og have lyst til og et ønske om at ændre sit liv vil ofte være forbundet med graviditet. Gravide kvinder er motive-

ret for at ændre deres liv! Dette er dog ofte kombineret med en angst for systemets reaktion, idet kvinder har en erkendelse af, at kombinationen gravid og aktivt stof(mis)brug ikke er en holdbar kombination. Dette resulterer i, at kvinderne har en angst for, hvordan systemet vil håndtere graviditeten og stof(mis)bruget. Dette knytter også an til systemets normative forventninger til kvinder og det herskende samfundssyn på gravide. Stofmisbrugere, der bliver gravide, vil ofte ses som uansvarlige og egoistiske og skal kæmpe bravt for at blive anerkendt for deres ret til at være mødre og dermed også deres ret til at tage vare på eget barn, hvis dette er muligt.

Graviditet

Kvinder bliver gravide, og kvinder bliver mødre. Gravide kvinder med et aktivt stof(mis)brug er særligt sårbare og udsatte, hvilket også betyder, at det ufødte barn er særligt udsat¹⁰. Graviditeten vil ofte være indgangsvinklen til en meget tættere kontakt til systemet. Det er den enkelte kvindes tidligere erfaringer med systemet, som er afgørende for, hvor hurtigt kvinden tager kontakt til systemet. Hvis hun har positive erfaringer, vil hun ofte tage hurtigere kontakt og bede om hjælp, end hvis hun har negative erfaringer. En tidligere negativ kontakt kan betyde, at kvinden undgår kontakt med systemet så længe som muligt¹¹.

Denne kontakt med systemet kan udgøre en potentiel risiko for, at kvinden stigmatiseres yderligere, og at kvindens oplevelse af skyld og

skam forværres. Risikoen er, at systemet fastholder fokus på kvindens 'problemidentitet' som misbruger, hvilket kan betyde, at systemet ser kvinden som egoistisk, uansvarlig og ude af stand til at varetage sit barns tarv. Samtidigt kan denne moralske tilgang bevirke, at kvinden oplever sig selv som stærkt afvigende og føler en stor skyld og skam over, at hun er blevet gravid. Denne proces kan være medvirkende til, at kvinden trækker sig væk fra systemet. Dette sammenholdt med, at den behandlingsmæssige indsats kan opleves som massiv og voldsomt indgribende, kan betyde, at forløbet opleves som ekskluderende og stigmatiserende i stedet for inkluderende og støttende¹². Manglende viden i systemet kan desuden betyde, at kvinden får en utilstrækkelig behandling i forhold til den indsats, der vurderes nødvendig.

Risikoen er, at kvinderne i et sådan forløb oplever, at de ikke følger de normer, som er i overensstemmelse med de fremherskende i samfundet og dermed stemples som afvigere. Når kvinden ser sig selv 'gennem andres øjne' i et sådan forløb, kan hendes situation forværres, både i form af et eskalerende misbrug og en forværring af hendes indre følelsesliv, idet hun oplever det som 'en lang række af nederlag'¹³. Det er derfor af afgørende betydning, at forløbet omkring kvinden, hendes graviditet og ufødte barn bliver støttende, respektfuldt, genomsigtigt for kvinden og med et højt informationsniveau, hvor kvinden kontinuerligt inddrages i de



FAKTA OM:



HØJLØKKE KVINDEBEHANDLING

Åbnet 1. januar 2010

17 pladser.

18 år og opefter.

CENAPS-modellen.

Mulighed for psykiatrisk udredning.

Mulighed for eksternt forløb med psykolog.

Forældreevneundersøgelse kan gennemføres.

Mulighed for at indskrive gravide misbrugere.

Mulighed for at nedkomme under forløbet.

Mandebehandling

Åbnet 1. januar 2000.

17 pladser.

18 år og opefter.

2000-2004: 12 trins / systemisk / psykodynamisk model

Siden 2004: CENAPS-modellen

Mulighed for § 78 afsoning.

Mulighed for at arbejde med antisocial/kriminel adfærd.

CENAPS-modellen

CENAPS-modellen består af følgende 8 elementer:

Vurdering og behandlingsplanlægning.

Problemløsende gruppeterapi.

Tilbagefaldsforebyggende rådgivning.

Håndtering af benægtelse.

Håndtering af antisociale personlighedstræk.

Kognitiv restrukturering af afhængighed.

Tilbagefaldsforebyggende terapi.

Rådgivning i primær helbredelse.

forskellige behandlingsindsatser. Det kræver også, at de forskellige aktører koordinerer og samarbejder tværfagligt omkring sagen.

Prostitutions- og overgrebsproblematikker kan overses

Kvinder har i langt højere grad prostitutions- og overgrebsproblematikker med sig. Kvinder har et ofte modsætningsfyldt forhold til det modsatte køn. Dette er et vigtigt arbejds punkt i stoffri behandling. Der skal skabes et rum, hvor det er muligt at arbejde med disse meget svære og voldsomme problematikker, som ofte har traumatiseret kvinden voldsomt. Mænd til stede i behandlingsmiljøet kan gøre det meget svært (næsten umuligt) for kvinden at arbejde med disse problematikker: Det kan være svært at løsrive sig fra sin egen problemforståelse i forhold til det modsatte køn, og samtidigt kan det være svært at ændre sin rolle og igen sin egen forståelse og positionering i forhold til det modsatte køn.

Dette kombineret med kønsuligheden i systemet - en problemforståelse, der primært bygger på mænds erfaringer, og en behandlingsform, som ikke er direkte målrettet kvinder - kan betyde, at det ofte er svært at arbejde med disse problematikker, som er nødvendige i forhold til at opnå og fastholde stoffrihed.

Den koordinerende funktion

Uanset om der er tale om en gravid misbruger eller ej, er det centralt, at den stoffri døgnbehandlingsinstitution påtager sig rollen som koordinator af kvindens forløb. Det er naturligt særlig vigtigt, når kvinden er gravid, idet langt flere instanser er inddraget, og der er et meget stort hensyn til det ufødte barn.

Når forløbet omhandler en gravid stofmisbruger, tager sundhedssystemet ofte udgangspunkt i den interventionsmodel, som familieambulatoriet på Hvidovre Hospital har udviklet¹⁴. Eftersom det er

centralt at koordinere de relevante aktører, både enkeltvis i forhold til kvinden, men også tværfagligt, er en vigtig opgave for behandlingsinstitutionen at hjælpe kvinden til at bevare et overblik over sin sag og samtidigt hjælpe hende til at prioritere 'hvornår hvad er vigtigt i forhold til min sag', og 'hvornår skal jeg gøre hvad i forhold til de forskellige aktører'. Det kan være et kaotisk og voldsomt indgribende forløb, som samtidigt også kan være et meget følelsesmæssigt belastende forløb, idet kvinden vil arbejde både med stabilisering og / eller stoffrihed¹⁵ og samtidigt skal holde fokus på sin graviditet. Derfor vil det være af afgørende betydning, at kvindens kontaktperson på behandlingsinstitutionen er i stand til at skabe gennemsigtighed, forudsigelighed og overblik over forløbet. Det er vigtigt at minimere både barrierer og uforudsigelighed for at hjælpe kvinden til at fastholde fokus på de to centrale dele i hendes liv: stabilisering / stoffrihed - og graviditeten.

Et højt informationsniveau er afgørende i forhold til at sikre kvinden indsigt og overblik over eget forløb. Det vil sige, at kvinden informeres om de mulige konsekvenser af hendes aktive stofmisbrug. Det være sig skader på barnet, iværksættelse af forældreevneundersøgelse efter fødslen, iværksættelse af diverse støtte- og kontrolforanstaltninger i forhold til hendes nye opgave som mor - med andre ord, kvinden skal orienteres om både rettigheder og pligter og fremtidige muligheder og konsekvenser i hendes nye rolle som mor.

Det tværfaglige samarbejde og koordineringen af kvindens sag gør sig også gældende, når det drejer sig om en kvinde, som ikke er gravid. Det er afgørende, at kvinden støttes i at fastholde fokus på sin stabilisering / stoffrie behandling, når hun er indskrevet i stoffri behandling. Derfor er en vigtig opgave for behandlingsinstitutionen også at rydde de



førnævnte barrierer af vejen i form af at hjælpe med at skabe forudsigelighed, gennemsigtighed og overblik over alle aspekter af kvindens liv, det være sig økonomi, samarbejde med forvaltningen, samværs- / forældremyndighedssager, netværksarbejde m.m. Dette gør sig naturligvis ikke kun gældende for kvinderne, men også for mændene indskrevet i stoffri behandling.

Højløkke Kvindebehandlingscenter

Højløkke etablerede i 2000 en specifik stoffri mandebehandling i erkendelse af, at der er særlige problematikker, som gør sig gældende kun for mænd, og som de har behov for at arbejde med, uden at der er kvinder til stede. Det gav bedre muligheder for at udvikle kvaliteten af tilbuddet, og samtidigt gav det mændene mulighed for at 'smide facaden'. Tanken var også at minimere kæresteforhold i behandling. Ved kønsneutral behandling har der altid været mulighed for at flytte fokus fra behandling over på en kæreste. Erfaringerne fra mandebehandlingen har vist, at mændene rent faktisk ikke mister deres evne til at finde en kæreste. Når det sker, f.eks. efter nogle måneders behandlingsforløb, viser erfaringerne også, at de ofte vælger en kæreste med et højere funktionsniveau, hvilket typisk resulterer i færre tilbagefald.

Det var og er tydeligt, at et 'kvindefrit' miljø giver mænd nogle andre muligheder for at arbejde med blandt andet deres sårbarhed, deres hårde facade og deres kompenserende adfærd. De mænd, der er og har været indskrevet på Højløkke, har gang på gang givet udtryk for, at et 'kvindefrit miljø' har været en medvirkende faktor til, at behandlingsforløbet er blevet en succes.

Disse erfaringer, suppleret med en periode med fokus på kvindespecifikke problemstillinger, betød, at Højløkke tog springet og åbnede et behandlingscenter kun for kvinder pr. 1. januar 2010.

Med baggrund i ovenstående er de centrale fokuspunkter på Højløkke Kvindebehandlingscenter følgende:

- Der er ansat kvindelige terapeuter og kvindelige rollemodeller.
- Der er en kontaktperson på hvert forløb, som har en koordinerende funktion i forhold til klienten. Det er muligt både at nedkomme og efterfølgende være indskrevet med det nyfødte barn på Højløkke, hvilket betyder, at kvinden og barnet vil være i trygge omgivelser under afklaringsforløbet omkring fremtiden.
- Det er et 'mandefrit' miljø, som betyder, at kvinden kan arbejde med sine særlige problematikker, sin egen problemforståelse uden at blive fastholdt i en bestemt rolle i forhold til det modsatte køn.
- Der er mulighed for at gennemføre samkvem på institutionen.
- Far og / eller partner kan gennemføre en stoffri behandling sideløbende på Højløkkens Mandebehandlingscenter, hvilket giver mulighed for både at inddrage 'far' i forløbet, men også at arbejde med 'par-delen' i det stoffri behandlingsforløb. Det giver et fælles fundament at bygge stofriheden på, idet begge centre arbejder efter CENAPS-modellen, hvilket betyder et fælles sprog og en fælles referenceramme.
- CENAPS-modellen¹⁶ er en ikke-konfronterende metode, hvilket kvinder ofte profiterer bedre af. De første indskrevne kvinder på Højløkke Kvindebehandlingscenter har givet udtryk for, at det er nemmere at skabe tryghed og tillid, når der ikke er mænd til stede. Det tager kortere tid 'at åbne op' for det svære, og de oplever, at der er mere 'ro' i behandlingen. Derudover understreger de første forløb, at det både tager længere tid at træffe beslutningen for kvinderne om at indgå i et stoffrit forløb, og at forløbet hurtigt afbrydes, hvis de træffer beslutningen 'for andres skyld' uden selv at være med i det.

Afsluttende bemærkninger

Et stoffrit behandlingstilbud kun for kvinder er nødvendigt, hvis kvinder skal have mulighed for at bryde gamle mønstre og arbejde med deres særlige problematikker i forhold til fx traumer eller overgreb.

På et mere overordnet samfundsmæssigt og politisk niveau er det centralt, at der arbejdes for kvinders ligestilling, hvilket også betyder en anerkendelse af kvinders særlige problematikker og samtidig en anerkendelse af den reelle kønsulighed, som pt. eksisterer i døgnbehandlingssystemet. Etablering af Højløkke Kvindebehandlingscenter er et skridt i den rigtige retning mod at skabe forandring. ■

REFERENCER

- 1 Køn og stofbrug: Kvinder og behandling, af Helle Vibeke Dahl og Mads Uffe Petersen, Center for Rusmiddelforskning. 2008.
- 2 Representation of the Young, af Christine Griffin. 1997.
- 3 At skabe en klient, institutionelle identiteter i socialt arbejde, redigeret af Nanna Mik-Meyer og Margaretha Järvinen, kap. 1, Hans Reitzels Forlag. 2003.
- 4 Som 3.
- 5 Denne kønsfordeling afspejler den generelle kønsfordeling i behandlingssystemet og den generelle kønsulighed. Fokus er her den stoffri døgnbehandling.
- 6 Hvorfor er et specifikt fokus på kvinder i udsatssystemet nødvendigt? Af Kathrine Bro Ludvigsen, STOF nr. 14. Vinter 2009/2010.
- 7 Anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde, af Søren Juul og Peter Høilund, Hans Reitzels Forlag. 2005.
- 8 Som 1.
- 9 Som 1.
- 10 Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer. Familieambulatoriets interventionsmodel. Sundhedsstyrelsen. 2005.
- 11 Graviditet og misbrug. Statusrapport 2006, af Helle Vibeke Dahl og Dorte Hecksher, Center for Rusmiddelforskning, 2006.
- 12 Som 1.
- 13 Som 1.
- 14 Som 10.
- 15 Alt efter hvornår kvinden indskrives i stoffri behandling i hendes graviditetsforløb, kan hun være i gang med sanering af sidemisbrug og dertilhørende stabilisering på metadon. Har hun været indskrevet i en længere periode før fødselstidspunktet, kan hun være nedtrappet og dermed i gang med stoffri behandling.
- 16 Se faktaboks for yderligere oplysninger.