

# *Kvinnens behov*

*Et tilpasset tilbud til kvinner ved  
Frelsesarmeens Gatehospital*



Av Evelyn Dyb



# Innhold

Forord .....	4
Sammendrag .....	5
Summary .....	7
<b>1 Innledning .....</b>	<b>10</b>
1.1 Resultater fra evalueringen .....	10
1.2 Et tilbud til kvinner .....	11
1.3 Problemstillinger for rapporten .....	11
1.4 Metode og datainnsamling .....	12
1.5 Strukturen i rapporten .....	14
<b>2 Forklaringer på for tidlig utskrivning .....</b>	<b>15</b>
2.1 Fire forklaringer .....	15
2.2 "Egenskaper" ved kvinnene .....	15
2.3 Forhold utenfor Gatehospitalet .....	18
2.4 "Egenskaper" ved tilbudet .....	20
2.5 Generelle kjønnsforskjeller .....	23
2.6 "Ekte kvinner" – en forvandling .....	25
2.7 Oppsummering .....	27
<b>3 En avdeling for kvinner? Argumenter for og imot .....</b>	<b>28</b>
3.1 Målet med en avdeling for kvinner .....	28
3.2 "Kvinner trenger skjerming" .....	29
3.3 Erfaringer med kvinnetilbud .....	30
3.4 Blanda og egen avdeling .....	31
3.5 Oppsummering .....	33
<b>4 Tilbudet ved en avdeling for kvinner .....</b>	<b>35</b>
4.1 Forslag fra evalueringen .....	35
4.2 Kvinneavdeling og fokus på det psykiske .....	35
4.3 Kvinnegrupper .....	37
4.4 Alternativ behandling .....	38
4.5 Relasjoner og kontakt med pårørende .....	39
4.6 "Avvisende" og "vanskelige" .....	41
4.7 Oppsummering .....	42
<b>5 Avsluttende drøftinger .....</b>	<b>43</b>
5.1 Et tilpasset tilbud – oppsummert .....	45
Litteratur .....	46

# Forord

Oppdragsgiver for prosjektet "Et tilpasset tilbud til kvinner ved Gatehospitalet" er Frelsesarmeen, som også har finansiert prosjektet. Prosjektet er utført ved Norsk institutt for by- og regionforskning – NIBR.

Frelsesarmeen og ledelsen ved Gatehospitalet tok kontakt med NIBR for å få utredet behovet for en egen avdeling for kvinner allerede våren 2006. Prosjektet ble gjennomført i løpet høsten og vinteren 2006. Særegne tiltak for kvinner, eller tiltak som er basert på at det finnes viktige forskjeller mellom kjønnene, blir ofte et politisk spørsmål – og det kan være et kontroversielt spørsmål. Innsikten som dette prosjektet har gitt har overbevist om at en avdeling, eller et tilrettelagt tilbud, vil gi et langt bedre tilbud til kvinnelige pasienter ved Gatehospitalet.

Vi takker både brukere og representanter for Gatehospitalets samarbeidspartnere som har stilt opp til intervju. Samtlige av de forespurte intervjupersonene har sagt ja til å delta. Vi vil også takke ledelsen ved Gatehospitalet for å ha bidratt med informasjon og tilrettelagt for datainnsamlingen.

Prosjektleder ved NIBR og forfatter av rapporten er Evelyn Dyb. Vanligvis publiserer NIBR sine arbeider i en egen rapportserie. Denne rapporten utgis i samarbeid mellom Frelsesarmeen og NIBR i en mer popularisert form. NIBR er likevel helt og fullt ansvarlig for innholdet i rapporten.

**Berit Nordahl**

*Forskningsjef NIBR*

**Evelyn Dyb**

*Prosjektleder*



# Sammendrag

Utgangspunktet for denne rapporten er en utredning om Frelsesarmeens Gatehospital (Gatehospitalet) skal utvide tilbudet med en avdeling for kvinner. Gatehospitalet er et tilbud til rusavhengige i Oslo med store og sammensatte helseproblemer, som ikke ivaretas av den øvrige helsetjenesten. Tiltaket har ved utgangen av 2006 vært i drift i vel to år.

I løpet av de to første årene viser pasientstatistikken at kvinner i større grad enn menn skriver seg ut før de er ferdigbehandlet. Problemstillingene for denne rapporten er om et tilpasset tilbud til kvinner kan bety at flere kvinner blir til de er utskrivningsklare og noen flere kommer videre over i rehabilitering, behandling eller på annen måte får en bedre livssituasjon. Datagrunnlaget for rapporten er intervjuer med fem brukere av Gatehospitalet, alle kvinner, og ni representanter for tiltakets samarbeidspartnere. Tre av disse representerer tiltak for kvinner i rus- og/eller prostitusjonsmiljø.

Erfaringsbasert kunnskap som formidles i intervjuene tyder klart på at en egen avdeling i seg selv kan gi et bedre tilbud til kvinner. Denne oppfatningen har støtte i forskning, som er referert i rapporten. Et viktig argument er at kvinnene er ekstra sårbare når de er ved Gatehospitalet, både på grunn av at de er fysisk syke og nedkjørt og på grunn psykiske belastninger som ikke lenger er bedøvet med rus. Pasientene får substitutter for rusmidler som tar bort abstinensen og rusen. Mange av kvinnene vil ha et særskilt behov for skjerming.

Undersøkelsen peker på fire sentrale årsaker til at kvinner skriver seg ut før de er ferdigbehandlet:

**1. "Egenskaper" ved kvinnene.** Vi mener ikke medfødte egenskaper, men problemer og annen bagasje kvinnene bærer på og som kan føre eller medvirke til at de avbryter oppholdet ved Gatehospitalet. Her framheves skyld, skam og dårlig samvittighet for barn og andre som kvinnene opplever å ha sviktet. Et annet element er svik kvinnene selv er/har vært utsatt for, som misbruk, overgrep og erfaringer knyttet til prostitusjon. Denne "bagasjen" blir vanskelig å håndtere når rusen blir borte.

Undersøkelsen tyder på at en avdeling eller et tilrettelagt tilbud til kvinner kan møte disse problemene bedre enn en fellesavdeling. Et tilpasset tilbud må legge til rette for at kvinner blir tatt vare på når følelsene og problemene kommer til overflaten. Et element som også har kommet fram, er at kvinner er vanskeligere å få kontakt med enn menn.

Kvinner er en minoritet i rusmiljøene og utgjør et mindretall av pasientene ved Gatehospitalet. En "kvinneavdeling" kan skape et rom for at kvinner i større grad blir sett og får den oppmerksomheten de trenger.

**2. Forhold utenfor tilbudet.** Det dreier seg om både positive og negative relasjoner som trekker. Pasienten kan ha ansvar for noe(n) eller behov for noe(n) utenfor Gatehospitalet, enten det er en kjæreste, en fast kunde, gjeld som skal betjenes eller andre relasjoner som av ulike årsaker må ivaretas.

En mann eller kjæreste kan være den viktigste relasjonen en kvinne i et rusmiljø har. Det kan være krevende å kutte ut denne relasjonen, selv for en kort periode. Enkelte brukere mener at en kvinne må være "klar for forandring", viss hun skal bryte med kjæresten. Det samme gjelder "forretningsrelasjoner" som faste kunder: Hun må vite at hun ikke trenger kunden lenger.

Det må også poengteres at livet med rus har en egenverdi, selv om det fører til store helseproblemer og en vanskelig livssituasjon. En svært stor andel av Gatehospitalets brukere har tilbrakt ungdomstiden og sitt voksne liv i rusmiljøet og er sosialisert inn i en subkultur, som forbindes med positive opplevelser.

**3. "Egenskaper" ved tilbudet.** Det framgår av undersøkelsen at flere kvinnelige pasienter har opplevd at det ikke har vært helt trygt å være ved Gatehospitalet. Noen har opplevd det mannsdominerte miljøet som mer besværlig enn truende. Det har vært en tendens til at eldre kvinner har fått en omsorgsrolle og at yngre kvinner får en kjæreste blant mannlige pasienter. Kjæresteforhold kan være positive, men det kan også være repetisjon av en tilvant overlevelsestrategi.

En egen avdeling for kvinner kan, eller åpner for, å gi økt trygghet i en sårbar situasjon.

**4. Generelle kjønnsforskjeller mellom kvinner og menn** kommer også opp som en forklaring. Kvinner er lært opp, sosialisert, til å gi omsorg. Menn er opplært til å motta omsorg, for å si det forenklet og skjematisk. Undersøkelser blant rusmisbrukere bekrefter at tradisjonelle mønstre er sterkere i rusmiljøer enn i mange andre miljøer. Kjønnsroller, der kvinner spiller på karikert kvinnelighet som overlevelsestrategi, er framtreddende i marginaliserte subkulturer som rus- og prostitusjonsmiljøer.

Stereotype kjønnsroller kan blant annet medføre at kvinner blir værende i destruktive relasjoner. Forventninger knyttet til kvinner og kvinnelighet generelt, medfører at rusavhengige kvinner utsettes for hardere fordømmelse og stigmatisering enn menn.

En egen avdeling kan tilby forhold der kvinnene ikke sees på som kjønnsobjekt, men som individer.

**Hva skal tilbudet inneholde?** Tilbudet må tilpasses kvinnenes behov og møte de utfordringene som er skissert i de fire punktene over. Det dreier seg først og fremst om å være oppmerksom på hva mange kvinner sliter med og møte dette med tilbud om samtaler. Det bør legges til rette for at slike samtaler er en del av den generelle virksomheten ved denne avdelingen, slik at samtaler kan foregå når behovet melder seg. Undersøkelsen gir også klar støtte til å utvide med andre former for omsorgstilbud, som for eksempel massasje, rene velværetilbud og fysisk aktivitet.

Noen av brukerne er mer skeptiske til en avdeling for kvinner. Brukernes oppfatninger har en viss sammenheng med antall kvinnelige pasienter mens de var pasienter ved Gatehospitalet. De som var der sammen med flere kvinner har merket mindre til mannsdominans enn kvinner som har vært alene hele eller deler av tiden. Brukerne som er intervjuet legger vekt på at det må være noen felles møteplasser.

Det må også understrekes at brukerne i denne studien er overveiende positive til Gatehospitalet. Alle brukerne vi har intervjuet legger vekt på at mange flere burde fått et slikt tilbud. De framhever videre at det er viktig å ta vare på den gode atmosfæren ved Gatehospitalet i en ny avdeling.

Konklusjonen i rapporten er at en egen avdeling med et tilbud som møter kvinnenes behov, vil gi mange kvinner et bedre tilbud. Undersøkelsen indikerer klart at et tilrettelagt tilbud kan bidra til at noen flere kvinner blir lenger og at noe flere kommer over i en bedre livssituasjon. Samtidig dreier det seg om en pasientgruppe som også i andre sammenhenger avbryter behandlingsopphold, og forventningene til resultater må ta hensyn til dette.

Anbefalingene i rapporten er oppsummert i syv punkter:

- Etablere en avdeling eller et tilpasset tilbud til kvinner, men med noen fellesarenaer for kvinnelige og mannlige pasienter. Avdelingen/tilbudet må forankres i det faglige grunnlaget Gatehospitalet bygger på i dag.
- Utvide tilbudet ved denne avdelingen til større vekt på samtaler med pasientene. Tilbud om psykiatri/psykologhjelp må vurderes. Det sentrale er at de ansatte har kompetanse, tid og rom for å fange opp kvinner som sliter med psykiske problemer og en vanskelig ballast.

- Etablere et omsorgstilbud som også kan inkludere massasje og rene velværetilbud, eventuelt former for alternativ behandling.
- Tilrettelegge for fysisk aktivitet for pasienter som ønsker det, eventuelt i kombinasjon med fysioterapi.
- Vurdere muligheter for utvidet kontakt med pårørende og barn.
- Overføre og videreføre atmosfæren som er etablert ved Gatehospitalet i dag til en avdeling for kvinner.
- Ansatte ved avdelingen må være motivert for å arbeide med nettopp denne pasientgruppa, som kan være blant de aller tyngste å jobbe med.

# Summary

The starting point of this report is an inquiry into the feasibility of expanding the Salvation Army's Street Hospital (Frelsesarmeens Gatehospital) with a separate section or ward for women. The Street Hospital treats substance abusers in Oslo with serious and complicated conditions that are not catered for by the national and municipal health service. By the end of 2006, the Street Hospital will have been up and running for a little over two years.

Patient statistics for these two years suggest that women are more likely than men to leave before completing the course of treatment. The questions explored in this report concern whether a dedicated facility for women would increase treatment completion rate among women patients, as well as the number referred on to rehabilitation facilities, other therapies or services aimed at improving the women's life chances. The report's data derive from interviews with five Street Hospital patients – all women – and nine representatives of the hospital's partners, three of which are services for women affected by substance abuse and/or prostitution.

Experience-based knowledge conveyed in the interviews suggest that a dedicated female ward would be a clear improvement, a sentiment which finds support in the research literature (for references see the report). One of the main reasons is that female patients are particularly vulnerable because they are in poor health somatically and under considerable mental strain from the lack of drugs. Patients receive substitute medication which allays both abstinence and intoxication. Many of the women need special seclusion measures as well.

The study notes four major reasons why women elect to terminate the treatment regime before completion:

**1. Factors related to the women.** We are not talking about congenital factors here, but problems and other pressures on the women which alone or in combination cause them to opt out before completing the programme. Interviewees mentioned sense of guilt, shame, bad conscience for children and/or others they believe they have let down. Another factor concerns the sense of current or historic indignities in the shape of abuse, ill-treatment and experiences relating to prostitution. This type of "baggage" is hard to handle without the analgesic effect of drugs.

The study suggests that a dedicated women's facility should be able to deal with these problems better than at present. It must provide care and support for the women when feelings and problems come to the surface. It has been observed that building relationships with the women is harder. A special female section should therefore increase women's visibility and chances of receiving the attention they need.

**2. Factors extrinsic to the hospital** We refer here to positive and negative relationships. A patient may have responsibilities for or need of others in the outside world, whether they are a partner, loved ones, a regular customer, debts to pay or other concerns which, for various reasons, need attending to.

A male friend or partner may be an addicted woman's most important relationship. It may be difficult to discontinue the relationship, even temporarily. Some drug users believe a woman must be "ready to make the change" before calling off a close relationship. The same applies to "business connections", i.e., regular customers. She needs to be convinced that she no longer needs her client.

It should also be said that life with drugs has its own intrinsic value, despite the reduction in health and life chances that accompany it. A large number of Street Hospital patients have spent their youth and adult lives together with other drug users, and have been socialised into a subculture which for them has positive associations.

**3. Factors intrinsic to the hospital.** According to the study, a number of the female patients at the Street Hospital felt insecure. For some, the male-dominated milieu was more unsettling than threatening. While older women tend to fall into a caring role, younger women find potential partners among the male patients. These latter relationships are sometimes good, but can also represent a retreat into an established survival strategy.

A separate women's ward could, or should, offer female patients an added sense of security in a difficult situation.

**4. Gender-related differences.** General gender-related differences also provide an explanation. Women are taught – socialised – to provide care, and men to receive it, to put it bluntly and schematically. Studies show that conventional gender roles are more likely to be enforced in subsections of the community where drug use prevails than elsewhere.

The gender role by which women act out a caricatured version of femininity as part of their survival strategy, predominate in marginalised subcultures, not least drug and prostitution subcultures.

Stereotypical gender roles often keep women stuck in destructive relationships. Expectations of women and femininity in general mean that drug using women are more likely to face criticism and stigmatisation than men. A separate ward could provide a space where women are not seen as sexual objects, but as individuals.

### **What should be available?**

A separate women's ward should revolve around the needs of the women themselves, and meet the criteria suggested in the four points discussed above. Chief among them is high sensitivity to the problems facing the women and ability to run appropriate therapeutic programmes. There must also be adequate space for consultation. Opportunities for patients to talk with appropriate staff whenever the need arises should be an intrinsic part of the normal day to day running of the ward. The study also underpinned the need for other forms of care such as massage, welfare-related schemes and physical activity.

Some former patients do not fully support a dedicated female ward. There is a correlation here between the respondent's stay at the hospital and number of other female patients. With a relatively large female contingent, respondents are less bothered by male domination. Conversely, without female company, female patients feel the male domination more acutely. Our respondents also said that they would like to see common areas where both sexes can get together, while expressing a hope that the current good atmosphere at the Street Hospital would characterise the new ward as well. Patients interviewed are also, it must be said, overwhelmingly positive to the Street Hospital. All of our patient interviewees want to see facilities like this much more widely available.

The report is able to conclude on the basis of the above that a dedicated ward tailored to the needs of the female patients would represent an improvement on what they are offered today. It is clear from the study that a dedicated ward would encourage more women to stick with the programme and enhance the life chances of a greater number. At the same time, this is a patient category which is also known to exit other types of therapeutic programme before completion, a fact that should inform expectations of the new ward's possibilities.

Recommendations can be summarised in seven points.

- A dedicated female ward should be built, but with provision of common areas for both sexes. The ward should be governed by the principles on which the Street Hospital rests today.
- Expand the range of provisions in this new ward, while giving more priority to conversations with patients. Patients should be screened for needs of a psychiatric and psychological nature. The major point is that staff have the qualifications and sensitivity to identify mental problems and problematic past histories.
- Set up care facilities including massage, welfare-related schemes, with possibly an opening for alternative forms of treatment.
- Provide opportunities for physical activity for interested patients, in combination perhaps with physiotherapy.
- Make it easier for patients to remain in touch with loved ones and children.
- Ensure that the current congenial atmosphere at the Street Hospital is carried over to the new women's ward.
- Ward staff must be motivated to work with precisely this patient category, which is one of the most demanding.



sa lenge kvinnenet gråtet  
som de gjøt nå,  
kjempere.

# I Innledning

Oppmerksomheten knyttet til at kvinner med rusproblemer har andre behov enn menn, har vært økende det siste tiåret. Samtidig har det vært en voksende erkjennelse av at rusomsorgen har vært og er tilpasset menns behov og i liten grad tilrettelagt for kvinner. Både forskning og praksisfeltet – behandling og omsorgstilbud – har bidratt til å øke kunnskapen om særegne problemer kvinner med rusproblemer sliter med og hvordan disse behovene kan møtes. Men økt kunnskapstilfang har også vist at rusomsorgen, fremdeles, i begrenset grad møter kvinnes behov.

Denne rapporten utreder behovet for et tilpasset tilbud for kvinner ved Frelsesarmeens Gatehospital (heretter Gatehospitalet). Gatehospitalet er et tilbud til rusavhengige i Oslo med store og sammensatte helseproblemer, som ikke ivaretas av den øvrige helsetjenesten. Tiltaket åpnet mot slutten av 2004 og har ved utgangen av 2006 vært i drift i litt over to år. Gatehospitalet drives av Frelsesarmeen med støtte fra Sosial- og helsedirektoratet.

De sentrale oppgavene for Gatehospitalet er definert i fire punkter:

- Medisinsk døgnpleie ved langvarig sykdom som ikke trenger sykehusinnleggelse
- Medisinsk døgnpleie ved underernæring, fysisk utmattelse og helsemessig kollaps
- Medisinsk døgnpleie før innleggelse på sykehus, tannbehandling og lignende
- Medisinsk døgnpleie etter sykehus

Bakgrunnen for etablering av Gatehospitalet er utredet i rapporten ”Det verste er å skrive dem ut – til gata” (Døhlie og Kristoffersen 2002). Utredningen er basert på intervjuer med brukere med langvarig rusavhengighet og ansatte i helsevesenet og rusomsorgen. Rapporten oppsummerer at helsevesenet etter hvert har mer rom for å ta imot og mer kunnskap om denne pasientgruppa. Men fremdeles er det en del brukere som sier de føler seg uønsket i deler av det ordinære helsevesenet. Og det er en del helsepersonell som sier at det følger noe særegne problemer med denne gruppa, som blant annet ”dealing” av stoff, manglende integrasjon ved sykehusavdelinger og problemer med å møte opp til timeavtaler. Men mange av de intervjuede i helsevesenet vektlegger at de største problemene oppstår ved utskrivning:

*For ansvarlig sykehuspersonell er det både et medisinsk problem og et etisk dilemma å skrive pasienter ut fra sykehuset til de samme forutsetningene som har vært med på å skape problemene; et fortsatt tungt intravenøst misbruk, svært utilfredsstillende levekår og manglende poliklinisk ettervern. Mangel på helhetlig tilbud og koordinering mellom tilbudene gjør at mange misbrukere bare blir gående uten at noe endrer seg.*

(Døhlie og Kristoffersen 2002:30)

Rapporten foreslår et nytt tilbud basert på ”hospicebevegelsen”. Ifølge forfatterne er det særlig tre kjennetegn ved hospicebevegelsen som bør legges til grunn for tilbudet: At de som etablerer institusjonen har et personlig kall, at institusjonen bygger på profesjonalitet og faglighet og at det har nettverk i andre faginstanser og offentlige myndigheter.

Svaret på de udekkede behovene som omtales i rapporten, ble Gatehospitalet. Gatehospitalet ble opprettet som et treårig prosjekt. Tiltaket er i prosjektperioden evaluert av Diakonhjemmets Høgskole. Prosjektperioden avsluttes ved utgangen av 2007.

## 1.1 Resultater fra evalueringen

Rapportering fra evalueringen kom høsten 2006 (Briseid og Angell 2006). Den konkluderer med at Gatehospitalet i all hovedsak oppfyller målsettingene Sosial- og helsedirektoratet knyttet til den økonomiske støtten til tiltaket, særlig med hensyn til målgruppa: Gatehospitalet skulle være et tilbud til rusavhengige med store og sammensatte helseproblemer, som ikke ble ivaretatt av den øvrige helsetjenesten, men samtidig vise fleksibilitet i definisjon av målgruppen.

Briseid og Angell påpeker at kliniske og sosialmedisinske resultatmål både er vagere definert og til dels vanskelig å måle. Men de oppsummerer at behandlingsresultatene er svært gode for de pasientene som fullfører behandlingen; sår gror og det skjer en markant bedring i allmenntilstanden. Samtidig understreker rapporten at en god del pasienter ikke fullfører behandlingen. For noen av disse er resultatene fra behandlingen svært små eller fraværende. Noen kommer imidlertid tilbake og kan få gode resultater fra behandlingen.

En tredje målsetting for tiltaket var at Gatehospitalet skulle gi omsorg for hele mennesket; for den fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjonen. Evalueringen har undersøkt hvordan de tre første dimensjonene ivaretas, men avgrenser seg fra evaluering av den åndelige dimensjonen. Forfatterne framhever at den fysiske og somatiske pleien har høy faglig kvalitet og den fysiske dimensjonen er svært godt ivarettatt. Den psykiske dimensjonen ivaretas blant annet ved at Gatehospitalet har et godt terapeutisk miljø, men evalueringen anbefaler å styrke den psykiatriske kompetansen i personalgruppa. Videre anbefales Gatehospitalet å styrke den sosiale omsorgen, blant annet ved å legge til rette for at pasientene kan ha kontakt med pårørende under oppholdet. Evalueringsrapporten understreker samtidig at noen sider ved pasientenes sosiale behov blir godt ivarettatt.

Evalueringen gir en rekke anbefalinger, som kan bidra til å styrke og forbedre tilbudet. Blant anbefalingene, som denne rapporten ser nærmere på, er at det opprettes flere plasser, at det innføres større grad av frihet for å ta imot besøk, å knytte nye typer tjenester til tilbudet, blant annet fysioterapi og psykiatri/psykologikompetanse og å utvide med en egen kvinneavdeling eller opprette kvinnegrupper.

## 1.2 Et tilbud til kvinner

Høsten 2006 fikk NIBR i oppdrag å utrede behovet for et tilpasset tilbud til kvinner ved Gatehospitalet. Erfaringen blant ansatte ved tiltaket tilsier at tilbudet ikke i like stor grad imøtekommer kvinner og menns behov. Tilbudet ”treffer” ikke kvinnelige pasienters behov i samme grad som mannlige pasienters behov.

De ansattes erfaringer kan også belegges med pasientstatistikk. Som nevnt, er det en betydelig andel av pasientene som avbryter behandlingen. Andelen som avbryter behandlingen er imidlertid høyere blant kvinner enn menn. Kvinner skriver seg oftere ut før de er ferdigbehandlet. I første driftsåret, 2005, hadde menn en gjennomsnittlig liggetid på 20,6 dager, mens gjennomsnittet for kvinner var 13,5 dager. Kvinner stod for 34 prosent av oppholdene og for 45 prosent av de frivillige avbruddene.

Ut fra observasjoner om at tilbudet ved Gatehospitalet ikke helt ivaretar kvinnelige pasienters behov, har ideen om en egen avdeling for kvinner stor oppslutning i personalgruppa.

## 1.3 Problemstillinger for rapporten

En viktig målsetting med en avdeling for kvinner er at kvinnene forlenger oppholdet og blir til de er friske. En annen uttalt målsetting er å få flere kvinner til ”å komme videre med livet sitt”, i betydning å gå over på legemiddelasistert rehabilitering, annen behandling mot rusavhengighet, få en stabil bosituasjon og generelt bedre levekår og livskvalitet.

Dermed utkrystalliseres to vesentlige problemstillinger for undersøkelsen:

- Vil en lykkes med disse målsettingene ved å etablere et tilrettelagt tilbud forbeholdt kvinner?
- Hva skal være innholdet i et slikt tilbud – hva skal Gatehospitalet tilby som det ikke har i dag?

Erfaringene med å lage egne tilbud for kvinner er delt. I Sverige er det de siste årene etablert flere tilbud spesielt til bostedsløse kvinner. Selv om utgangspunktet her er bostedsløshet og ikke rusavhengighet, er målgruppa i stor grad den samme som for Gatehospitalet. I Sverige har en sett at noen av disse tilbudene benyttes lite. Evalueringen av en forsøksordning, der staten finansierte tiltak i en prosjektperiode, viser at av de fire tiltakene som ikke ble fullført, var tre tiltak for kvinner (Socialstyrelsen 2006).

På den andre siden har vi her i landet flere eksempler på tilbud forbeholdt kvinner som er mye benyttet. For eksempel er kapasiteten ved tilbud som Natthjemmet og Rusmiddeletatens tiltak for kvinner i Oslo stort sett fullt utnyttet. Hvorvidt tilbudene ”treffer” målgruppa har sannsynligvis mye sammenheng med innholdet og hvilke andre alternative tilbud som finnes.

Konklusjonene fra denne studien er at det bør åpnes en egen avdeling for kvinner ved Gatehospitalet. Et alternativ er at det etableres et eget tilbud, som ikke er en atskilt avdeling. Samtidig er det viktig å ha med seg at et ”kvinnetiltak” kanskje ikke løser problemene med at kvinnene skriver seg ut for tidlig. En betydelig andel både kvinner og menn, som er pasienter ved Gatehospitalet skriver seg ut selv, før de medisinsk og helsemessig er utskrivningsklare. Mange kvinner vil, i likhet med mannlige pasienter, sannsynligvis skrive seg ut før de er ferdigbehandlet også i framtiden. Det er viktig å holde fast på målet om at flere skal bli til de er ferdigbehandlet og noen flere skal komme over en bedre livssituasjon etter oppholdet.

Tanken om at kvinner trenger egne tilbud innen behandling og i rusomsorgen ellers, er både fundert på og finner støtte i teorier om grunnleggende forskjeller mellom kvinner og menn. Kjønnsideitet som noe grunnleggende ved mennesket forklares ut fra ulike teoretiske og empiriske ståsteder. Den kan begrunnes i hovedsak ut fra et biologisk perspektiv eller fra et sosialiseringperspektiv. Det sentrale her er imidlertid å slå fast at kjønnsforskjeller i økende grad blir tatt hensyn til i utforming av helsetilbud og behandling, selv om mange vil mene at det er langt igjen før kvinners og menns ulike behov blir møtt på en adekvat måte. I rusomsorgen peker flere på at menns behov legger malen for behandlingstilbudene, blant annet fordi menn har vært og er i flertall blant rusavhengige (f.eks. Wormnes og Skutle).

Hva skal innholdet i en avdeling eller et tilbud for kvinner være? En kan tenke seg at en avdeling forbeholdt kvinner er et mål i seg selv. Denne tanken tar utgangspunkt i at kvinner i en svært vanskelig situasjon og med store helseproblemer trenger beskyttelse fra menn – fra noen menn eller menn i sin allmennhet. Som vi skal komme tilbake til, er dette en ide som kan argumentere for med basis i empirien vi presenterer i rapporten.

En kan for eksempel begrunne etablering av en avdeling for kvinner med at kvinner i utsatte situasjoner i enda større grad enn andre trenger et ”eget rom”. Det handler enkelt sagt om at kvinner får mindre plass, de tar seg mindre plass både i det fysiske rommet, i diskusjoner og i andre sosiale settinger. En egen avdeling kan gi kvinner et ”eget rom”; plass og mulighet til i større grad å handle og forholde seg til omgivelsene på egne premisser.

Ut over de to argumentene som er ført over, om at en avdeling forbeholdt kvinner kan være et gode i seg selv, kan en gå videre og diskutere om kvinner bør ha et utvidet tilbud. Er det ikke tilstrekkelig å lage en egen avdeling? Bør den i tillegg ha noe mer å by på enn tilbudet Gatehospitalet har i dag? De kan dreie seg om alt fra alternative behandlinger som akupunktur til rene velværetilbud og mellomvarianter mellom behandling og velvære, som massasje og fotsoneterapi. Vil kvinner ha spesielt stort behov for et psykiatrisk tilbud? Disse spørsmålene drøftes i rapporten.

## 1.4 Metode og datainnsamling

Datainnsamlingen er foretatt gjennom 14 intervjuer. Ni av intervjuene er med samarbeidspartnere til Gatehospitalet. Tre av de ni intervjuede representerer tilbud for kvinner. Disse er Natthjemmet (Kirkens bymisjon), et akutt krise overnattingstilbud til kvinner med tilhørighet i rus- og prostitusjonsmiljøet, et tilbud til kvinner i prostitusjon og nasjonalt kompetansesenter og Thereses Hus, Rusmiddeletatens akuttiltak for kvinner.

De fem andre intervjuene med samarbeidspartnere representerer to feltpleiestasjoner (Frelsesarmeens feltpleie og en kommunal), ROP – Prosjekt rus og psykiatri ved et distriktspsykiatrisk senter, Sykepleie på hjul (Fransiskushjelpen), en ansatt ved Ullevål sykehus og en ansatt ved Gatehospitalet. De ni intervjupersonene eller instansen de representerer, ble valgt ut fra at de har samarbeidet med Gatehospitalet og/eller at de kjenner godt til målgruppa, dvs. kvinner med store rusproblemer. Noen har fått pasienter innlagt ved Gatehospitalet. Andre har kontakt med brukere som har vært innlagt. Alle kjente til og hadde hatt en form for kontakt med Gatehospitalet.

Alle disse ni informantene refereres til som ”samarbeidspartnere”, selv om en av dem altså er ansatt ved Gatehospitalet.

Vi har intervjuet til sammen fem brukere. Alle fem er kvinner. Det ble vurdert å foreta intervjuer med menn som var, eller hadde vært innlagt ved tiltaket. Men bla. fordi evalueringen, som også omfatter intervjuer med brukere av begge kjønn, nylig var avsluttet, ble et ikke prioritert å intervjuer menn i dette prosjektet.

Av de fem kvinnene var én pasient ved Gatehospitalet på intervjutidspunktet, fire var tidligere pasienter. En av brukerne hadde gjennomført – og fullført – ett opphold. Fire av brukerne hadde to eller flere opphold bak seg. Tre av brukerne hadde avbrutt minimum ett opphold før de fullførte siste opphold, og en av disse hadde ikke fullført noen av oppholdene, men var på intervjutidspunktet innlagt ved et sykehus. Vi har med andre ord ikke intervjuet brukere som har avbrutt oppholdet og som var i rusmiljøet uten noen form for videre oppfølging på intervjutidspunktet. Erfaringer med å avbryte oppholdet blir imidlertid formidlet av de intervjupersonene som hadde avbrutte opphold bak seg.

Flere av samarbeidspartnerne er sekundærkilder for brukeres opplevelse av Gatehospitalet, også brukere som har avbrutt oppholdet. Disse informantene forteller om oppfatninger og opplevelser brukere har formidlet til dem.

De intervjuede brukerne er fra midten av 30-årene til rundt 50 år. Alle er på metadon på intervjutidspunktet, enten som ledd i rehabilitering eller som medisiner under sykehusopphold. Antall år med tungt rusmisbruk varierer fra nærmere 30 til 10 år. Men bruken av rusmidler hadde vart lenger enn for eksempel bruken av heroin, slik at den lengste ”ruskarrieren” i utvalget er nærmere 40 år.

Noen av brukerne forteller om dramatiske helseplager og tilstander før de ble innlagt ved Gatehospitalet. Flertallet hadde også hatt dårlige levekår og vært uten egen bolig.



Tre av brukerne var uten egen bolig på intervju tidspunktet. To hadde egen leilighet; den ene hadde hatt leilighet i en forholdsvis kort periode. De tre siste bodde i ulike former for institusjon med varierende lengde på oppholdet. En av disse hadde aldri hatt egen leilighet i voksen alder, men bodd på ulike former for tilpassede boliger – boliger med betjening / institusjon eller hospits. Flere har vært uten bolig i mange år, og alternert mellom venner, bekjente og hospits.

Tre av intervjuene med brukere, og intervjuet med en ansatt ved Gatehospitalet, ble gjennomført i Gatehospitalets lokaler på et møterom med bare intervju personen og forskeren til stede. De ti andre intervjuene ble gjort utenfor Gatehospitalet.

## 1.5 Strukturen i rapporten

Denne rapporten gir ingen helhetlig vurdering av Gatehospitalet som tilbud. Rapporten og undersøkelsen den bygger på, tar opp problemstillinger knyttet til særegne behov som kvinnelige pasienter har eller kan ha, og drøfter hvordan disse behovene kan møtes.

Rapporten er inndelt i tre hovedkapitler. Kapittel 2 tar opp ulike forklaringer på hvorfor kvinner avbryter behandlingen og skriver seg ut selv. Kapittel 3 drøfter behovet for en avdeling for kvinner og legger fram argumenter for og imot. Kapittel 4 ser på innholdet i en avdeling for kvinner; skal kvinner ha et tilpasset tilbud? Kapittel 5, oppsummerer og samler trådene.

## 2. Forklaringer på for tidlig utskrivning

Evalueringen slår fast at Gatehospitalet fyller målsettingen om å være et tilbud til personer med et tungt rusmisbruk og store helseplager. Våre informanter bekrefter et slikt syn og samtlige er svært positive til tiltaket. Det er tilbud som har manglet, sier flere av informantene i denne rapporten. Enkelte informanter mener at tiltaket gjør det enklere for den ordinære helsetjenesten å fraskrive seg ansvaret for pasientgruppen:

*Gatehospitalet er et godt supplement til denne gruppa som er utstøtt. Men den ordinære helsetjenesten slipper unna med å lage et tilbud. Sykehusene skriver ut pasienter til Gatehospitalet uten å gå inn og lære noe om behovene til denne gruppa. Men det overordna er at gruppa har et tilbud. (samarbeidspartner)*

Det er i dette perspektivet at en kritisk gjennomgang av mangler ved Gatehospitalet, som påpekes i dette kapitlet, må leses.

Ut fra empirien i denne undersøkelsen, støttet av eksisterende kunnskap både om kjønnsforskjeller mellom kvinner og menn generelt og kunnskap om rusavhengighet, er det mulig å skissere noen forklaringer om hvorfor kvinner skriver seg ut før de er ferdigbehandlet, og hvorfor de gjør det i større grad enn mannlige pasienter ved Gatehospitalet. En stor andel både kvinner og menn avbryter oppholdet før de er utskrivningsklare. Her er fokuset rettet mot kvinnene.

### 2.1 Fire forklaringer

Dataene våre indikerer fire ulike forklaringer på hvorfor kvinnene velger å forlate Gatehospitalet før behandlingen er avsluttet. Vi skal kort skissere de fire hovedforklaringene, før vi utdyper og belegger disse med funn fra intervjuene:

#### 1. "Egenskaper" ved kvinnene.

Vi mener ikke medfødte egenskaper, men problemer og annen bagasje kvinnene bærer på og som kan føre eller medvirke til at de avbryter oppholdet ved Gatehospitalet. Det kan dreie seg om gamle og nyere opplevelser av misbruk, omsorgssvikt, tap, mishandling, vold eller prostitusjon.

#### 2. Forhold utenfor tilbudet.

Det kan for eksempel dreie seg om både positive og negative relasjoner som trekker. Pasienten kan ha ansvar for noe(n) eller behov for noe(n) utenfor Gatehospitalet, enten det en kjæreste, en fast kunde, gjeld som skal betjenes eller andre relasjoner som av ulike årsaker må ivaretas.

#### 3. "Egenskaper" ved tilbudet.

Det finnes forskning som viser at rusomsorgen er mer innrettet på menn og i større grad ivaretar mannlige rusmisbrukeres behov enn behovene til rusavhengige kvinner (bla. oppsummert i Wormnes og Skutle). Gjelder det Gatehospitalet også?

#### 4. Generelle kjønnsforskjeller mellom menn og kvinner kommer også opp som en forklaring.

Kvinner er lært opp, sosialisert, til å gi omsorg, og menn til å motta omsorg, for å si det forenklet og skjematisk. Undersøkelser blant rusmisbrukere bekrefter at slike tradisjonelle mønstre er minst like sterke, og kanskje sterkere i grupper med mye rus enn i andre miljøer.

I det følgende vil vi utdype disse fire forklaringene. Data fra intervjuene viser at det ikke er én forklaring på at kvinner skriver seg ut for tidlig. Utgangspunktet er at pasientene selv velger å forlate et behandlingstilbud de har stort behov for og som de gjennomgående gir mye ros til i intervjuene. Forklaringen på at de selv velger å skrive seg ut er sammensatt. Av og til kan det også være vanskelig, nærmest litt kunstig, å dele forklaringene inn i de fire kategoriene. Men vi tror likevel av inndelingen kan bidra til å tydeliggjøre at det dreier seg om ulike forhold og at forklaringen er sammensatt.

### 2.2 "Egenskaper" ved kvinnene

Det er viktig å presisere at det ikke dreier seg om "egenskaper" – for eksempel dårlige egenskaper – i bokstavelig forstand. Begrepet henspiller for eksempel på problemer kvinnene strir med og som kan påvirke avgjørelsen om å bli værende eller gå.

Intervjuene peker klart i retning av at forhold knyttet til kvinnenes liv, historie og problemfylt bagasje er en av de viktigste forklaringene på at de avbryter oppholdet.

Alle pasientene ved Gatehospitalet har et langvarig og tungt rusmisbruk. Dette er en av definisjonene av målgruppa for tilbudet. Rus er et dominerende element i pasientenes liv.

Dette framkommer også klart i intervjuene. Tydeligst er det i intervjuene med brukerne, men også samarbeidspartnerne legger stor vekt på rusen som et styrende element i pasientenes liv.

Det er vanskelig å klare seg uten rusmidler. Alle pasientene får metadon eller andre substitutter når de innlegges, dersom de ikke allerede har metadon. I tillegg får de angstdempende medisiner, men ikke i et slikt omfang at de blir rusa. En del av pasientene ruser seg normalt på en kombinasjon av narkotiske stoffer og piller. Ved innleggelse blir rusen tatt vekk. En av samarbeidspartnerne framholder dette som en av de aller viktigste forklaringene på for tidlige utskrivninger:

*Jeg tror nok Gatehospitalet er liberale med medisineringen, men jeg tror ikke de får nok piller.*

Denne og andre intervjupersoner vektlegger at dette bare er en innledende forklaring. Den viktigste forklaringen på at kvinner avbryter oppholdet, er det som skjer når rusen blir borte. Forklaringene er nettopp knyttet til at de er kvinner.

*Jeg tror det for noen av kvinnene er vanskelig å ta-  
kle psykisk å ikke være rusa. Jeg kjenner en som  
har skrevet seg ut. De tåler ikke pilleabstinensen  
og det psykiske som flommer inn når de ikke er  
rusa nok. [...] Hele det ødelagt mennesket kommer  
opp til overflaten når rusen blir mindre. Uansett*

*hva det er, kvinner kjenner på det mer enn menn.  
De klarer ikke å flykte når de blir nøkterne.*

(samarbeidspartner)

*Kvinner generelt evner å ta inn over seg det følel-  
sesmessige aspektet. Heroin tar bort smertene.  
Når de går over på metadon kommer angsten og  
depresjonen. Når fastlegen ikke vil gi piller går de  
heller og kjøper som selvmedisinering.*

(samarbeidspartner)

I en intervjuundersøkelse blant kvinner som brukte Natthjemmet vår/sommer 2003, blir informantene blant annet spurt om hva rusen særlig hjelper dem til. 90 prosent svarte "Hjelper meg til å stoppe følelser". Andre hyppig oppgitt svar er (rangert) "Hjelper meg til å stoppe følelser" (87 prosent), "Hjelper meg å bli fjern" (82 prosent) og "Hjelper meg til lindring og trøst" (77 prosent). Resultatet av denne undersøkelsen er i stor grad i tråd med våre funn. Brukergruppa ved Natthjemmet og Gatehospitalet er delvis den samme og er delvis svært lik.

"Skyld", "skam" og "dårlig samvittighet" er begreper som går igjen i intervjuene med samarbeidspartnerne og delvis også i intervjuene med brukere. Den andre siden av dette er "rus" og "flukt", som ikke lenger er mulig under oppholdet på Gatehospitalet. I forlengelsen av begrepene skam og skyld kommer ord som "misbruk", "vold", "prostitusjon" og "svik".

En av de intervjuede brukerne snakker om egne opplevelser knytta til overgrep i oppvekst og i forbindelse med prostitusjon. Det skal nevnes at intervjuene ikke direkte la opp til å snakke om bakgrunn og personlige ting, ut over det som knytter seg til oppholdet ved Gatehospitalet og årsaker til utskrivninger. Flere av de intervjuede kom inn på personlige opplevelse, men det personlige ble omtalt i mer generelle vendinger og til dels gjort allment.



Den ene brukeren forteller at hun ikke lenger går ”på strøket”, fordi hun ikke ”kan”: ”Jeg blir kvalm”. Intervjupersonen refererer ikke til noen bestemte episoder, men gir uttrykk for at hun kom til et punkt der hun ikke orket lenger.

I en undersøkelse blant kvinner som bodde ved Thereses Hus, Rusmiddelstatens akuttilbud for kvinner, våren 2004 svarer 91 prosent at de har vært utsatt for vold i løpet av livet. Tre av fire hadde vært utsatt for vold det siste året, halvparten i løpet av siste måned og en av fire i løpet av siste uke. Av de instansene kvinne hadde hatt kontakt med i forbindelse med vold, ble politiet nevnt oftest. Rapporten konkluderer med at kontakt med politiet er en indikasjon på at volden har vært særdeles grov. (Rusmiddelstaten 2005)

I undersøkelsen gjennomført ved Natthjemmet oppgir over 82 prosent av kvinnene at de har opplevd overgrep som har vært så smertefulle, at de trodde de skulle dø av det. Overgrepene kan ha skjedd mens vedkommende var barn, ung eller voksen. En av fem har opplevd slike overgrep både som barn og voksen. 82 prosent oppgir også at de følte seg sviktet av en eller begge foreldrene under oppveksten.

Flere av intervjupersonene i vår undersøkelsen legger vekt på kvinnenes opplevelse av å være den som har sviktet. Det er særlig egne barn de opplever å ha sviktet. En av brukerne er svært direkte med hensyn til sitt barn:

*Jeg er redd for at [...] ikke vil prate med meg. Jeg har vært egoistisk overfor [...], jeg har skuffa gang på gang.*

En annen formulerer seg slik:

*Metadon er ikke angstdempende. Skyldfølelsen kommer – vi er gjerne mødre – det er vanskelig å takle og tenke på ungene. [...] Når vi begynner å bli nyktre kommer den dårlige samvittigheta for ungene og slikt til overflata. Det kommer brått*

*på – tanken på at du har svikta ungene dine. Det kommer ikke gradvis – det kommer som et poff – så er det der.* (bruker)

Flere av samarbeidspartnerne framhever også opplevelse av både tap og svik knyttet til barn. En stor andel av kvinnene i rusmiljøet har barn, men svært få har omsorg for barna. ”Det er sjelden å møte en kvinne som ikke har en drøm om å få tilbake barna” sier en intervjuperson. Undersøkelser viser at kvinner med rusproblemer, som blir fratatt barna, sjelden får tilbud om hjelp til å bearbeide sorgen og det nederlaget som tap av barna medfører (f.eks. Beijer 2000). Opplevelsen av å ha sviktet kan også være rettet mot andre personer de har eller har hatt nære relasjoner til.

Noen nevner også andre typer ”indre” forhold som ”trekker” pasientene ut av behandlingen, blant annet at livet blir for rolig når pasientene begynner å bli bedre. De er vant til ”action” og at det skjer ting. En av samarbeidspartnere gjenforteller en begrunnelse hun fikk fra en av kvinnene som hadde skrevet seg ut av Gatehospitalet selv: ”Hun holdt ut til våren og sola kom. Men da ville hun bare ned i Skippergata og få det hun trengte og sitte i sola ved festningsmuren.”

Også brukere vi har intervjuet nevner at livet på Gatehospitalet kan bli for stille og rolig, særlig når de har vært der en stund og begynner å bli bedre. Det er lett å bli rastløs. En av brukerne gir følgende oppsummering:

*Uansett hvilke tiltak som settes inn; de som går på stoff, de vil ut. De synes det blir for rolig liv. De er ikke motivert for å ta imot hjelp. De vil ha dette som en hvileplass. Det er feil måte å bruke Gatehospitalet på.* (bruker)

## 2.3 Forhold utenfor Gatehospitalet

Med forhold utenfor Gatehospitalet mener vi for eksempel relasjoner og forpliktelser ute.

Andre undersøkelser viser at kvinner uten bolig, ofte med rusavhengighet velger bort tilbud, fordi de ikke kan bo sammen med en kjæreste (f.eks. Dyb 2006; Thörn 2004). Uansett hvordan forholdet til en kjæreste er, kan det være den eneste nære relasjonen noen av kvinnene har. Relasjonen kan være et – gjensidig – avhengighetsforhold:

*Gutter klarer avrusningen bedre enn jentene rent fysisk. Det er også lettere for jenter å dra ut og skaffe penger. Jentene forsørger ofte kjæresten sin. Gutter må gjøre innbrudd, osv. Jeg har vært gjennom alt det der sjøl.* (bruker)

Intervjupersonen som sier dette, har hatt to opphold ved Gatehospitalet. Første gang skrev hun seg ut før behandlingen var avslutta: ”Jeg hadde kjæreste ute. Jeg hadde ikke ro inni meg.”

Et annet sitat fra en bruker er om mulig enda tydeligere:

*En gutt som kommer inn har ikke problemer med å tenke at jenta som er der ute kan ordne seg sjøl. Jenta tenker at nå er kjæresten der ute og er sjuk og trenger dop. Gutta kan distansere seg.* (bruker)

I undersøkelsen ved Natthjemmet er ”kjæreste/mann” og ”Natthjemmet” oppgitt som de som er mest til hjelp når kvinnene trenger noen å snakke med (22 prosent svarandel på begge). Andre hjelpeinstanser kommer også høyt opp, mens familie og venner kommer lang ned på lista. Den største svargruppen på spørsmålene om hvor de henvender seg når de trenger praktisk hjelp er ”har ingen å gå til” (27 prosent). En tredel svarer at de ordner seg selv – ”meg selv” – når de har økonomiske problemer, og dette er svaralternativet som er oppgitt av flest, med svaralternativet ”har ingen å gå til” på andre plass.

Svarene i undersøkelsen ved Natthjemmet, sammenholdt med intervjuene våre kan indikere en slagside i forholdet; nemlig at mann eller kjæreste er mindre til hjelp på det praktiske og økonomiske planet, og at kvinnen yter mer enn de får av penger og praktisk hjelp. Vår undersøkelse indikerer også mangel på eller svakt nettverk, som illustrert i dette sitatet fra en samarbeidspartner ved en institusjon:

*De fleste har ikke så mye nettverk. Noen er heldige og har en pårørende. Noen legges inn og oppgir saksbehandler ved sosialkontoret eller metadonkontakten som pårørende.* (samarbeidspartner)

Selv om en god del har kontakt med familie (foreldre, søsken), er ikke familiemedlemmer åpenbare ressurser som de lener seg til i vanskelige situasjoner. Dermed kan kjæresten bli viktigere uansett hvordan dette forholdet er og selv om vedkommende ikke gir mye praktisk og økonomisk hjelp. Forskning viser imidlertid at familie og partnere trekker seg raskere ut av relasjoner med kvinner som ruser seg:

*Hvis kvinnen selv ikke makter å ta vare på relasjonen, stiller familie og venner sjeldnere opp for henne enn for en mann med tilsvarende rusproblemer. Det er kvinnens eget ansvar å ivareta relasjoner og intimitetsbehov. Mestrer de ikke denne oppgaven, vil mange kvinner oppleve skyldfølelse og skam. Familie og venner stiller i noe større grad opp for en mannlig misbruker, og i hans nettverk vil kvinner oftere ta ansvar for å ivareta hans behov for nærhet og ømhet.* (Wormnes og Skutle, s.15)



Forhold utenfor tiltaket kan også være forretningsmessige relasjoner. En mann som venter ute trenger ikke å være kjæresten. Det kan for eksempel være en kunde:

*Prostitusjon kan være en årsak – en antakelse i alle fall angående noen av jentene. De har faste kunder som kommer opp med piller eller penger og som setter hardt mot hardt. Det kan høres søkt ut, men det er kunder som ringer 20 til 30 gangen om dagen. Når utskrivelsen nærmer seg, begynner de også å bli bedre og behovet for piller er sterke.* (samarbeidspartner)

I andre intervjuer framkommer det at prostitusjonsmarkedet er blitt tøffere, med hardere konkurranse fra utenlandske jenter. I en slik situasjon kan bli det viktig å holde på faste kunder. Men det kan også være andre ting enn kunder og kjæreste som trekker, og omstendigheten kan være sammensatte. En ansatt ved en institusjon formulerer problemstillingen slik:

*Vi merker krav til kvinnene om å komme seg ut. Det er grusomt; jenter som er innlagt her må ha permisjon en kveld for å tjene seg noen penger. De kan ha gjeld, vi vet ikke, men en kan gjøre seg noen tanker. Noen av kvinnene virker mer rastløse. De har av en eller annen grunn flere ting som skal ordnes; de skal i møte med noen, for eksempel sosialkontoret, ordne noe med leiligheten, de*

*har barn de skal møte. En del har kontakt med barna sine.* (samarbeidspartner)

Andre krav utenfra kan være at de er involvert i omsetning av stoff, og har forpliktelser de må følge for å kunne beholde plassen sin i et nett av handel med illegale stoffer.

Et spørsmål som taes opp i evalueringen (Briseid og Angell 2006), som også kommer opp i intervjuene, er Gatehospitalets strenge praksis med å ikke tillate besøk og i svært begrenset grad tillate permisjoner. Evalueringen påpeker at tiltaket ikke har avklart hvorvidt det har lovhjemmel for å nekte pasientene å ta imot besøk. Evalueringen anbefaler Gatehospitalet både å avklare det juridiske, og å ”innføre en større grad av frihet til å kunne motta besøk under oppholdet” (s. 7).

En av brukerne framholder at det kan virke noe selvmotsigende at hun ikke har fått ha kontakt med familien uten personalet til stede i løpet et lengre opphold, samtidig som hun kunne gå ut døra viss hun ville: ”Det er bare for å gå ut og ruse meg.”

Andre brukere sier eksplisitt at de ønsker en streng praksis med hensyn til besøk. De begrunner det med at besøkende vil forsøke å få inn stoff og at pasienter vil bruke muligheten til å ruse seg. I tillegg til at det ikke er lov, påpekes det at det er urettferdig og problematisk overfor andre, som forsøker å holde seg unna rusen.

Besøksordninger og permisjoner bringer oss over på en annen type forklaring på utskrivninger; nemlig årsaker som kan tilskrives tilbudet i seg selv.

## 2.4 ”Egenskaper” ved tilbudet

Finner vi noen trekk ved Gatehospitalet i dag som gjør at tilbudet er bedre tilpasset menn enn kvinner? Tendensen til at kvinner oftere skriver seg ut selv enn menn, indikerer i seg selv et ja på spørsmålet. Når vi opererer med ”egenskaper” ved tilbudet som egen ”forklaringskategori”, er det i et forsøk på å isolere hva som kan tilskrives tilbudet og hva som må tilskrives andre forhold.

Intervjupersonen fra Ullevål sykehus framholder at de ikke har sett samme tendensen til at kvinner skriver seg ut før menn. Det er vanligvis noen rusavhengige pasienter ved denne avdelingen til en hver tid. En informant blant samarbeidspartnerne antyder at Gatehospitalet sannsynligvis ”holder på” pasientene lenger enn et vanlig sykehus. Et opphold på en ordinær sykehusavdeling normalt er kortere og at pasienten skrives ut tidligere



i behandlingen. En av funksjonene ved Gatehospitalet er nettopp å ta imot pasienter som ikke er syke nok til å bli på sykehuset, men som ikke har tilfredsstillende og ordnede omgivelser og/eller bosituasjon og helse til å kunne klare seg selv. Pasientene har kommet lenger i behandlingen og er friskere. Nettopp derfor er det lettere å skrive seg ut fra Gatehospitalet. Men også ved Ullevål sykehus er det en del rusavhengige pasienter som skriver seg ut før de er ferdigbehandlet, selv om pasientene i denne gruppa som er innlagt på Ullevål ofte vil være dårligere enn de som kommer til Gatehospitalet.

En annen mulig forklaring på for tidlige utskrivninger ved Gatehospitalet, er den strenge praksisen med permisjoner og besøk. Forpliktelse, bånd, forretningsmessige kontakter, osv. ute kan virke vanskeligere å håndtere når en isoleres helt. Her kan kjønnsforskjellen slå ut. Det er vel dokumentert at kvinner i rusmiljøene er mer sårbare enn menn og lettere blir satt under press.

Et mindretall av brukerne i våre data trekker fram forhold direkte knyttet til Gatehospitalet som negativt for kvinnelige pasienter. En av brukerne gir klart uttrykk for at det kan være vanskelige situasjoner, både på Gatehospitalet og ved andre institusjoner:

*Det er ikke ok å komme inn på avrusning, med dårlig helse, og sitte ved frokostbordet å høre på hva noen av guttene sier om jentene, og sånt som ”jeg er sadomasochist”. Noen skal gå rundt og klemme på alle jentene.* (bruker)

Videre framholder vedkommende at hun har opplevd å være eneste jente på Gatehospitalet og at ”det var en tøff tid å være eneste jente blant gutter. Jenter har andre ting i bagasjen – voldtekt, gått på gata for å skaffe penger, skyldfølelse, dårlig samvittighet.” Denne brukeren sier at hun opplever noen av de mannlige pasientens atferd som påtrengende og uønsket. Samtidig sier hun også at det er vanskelig å være kvinne, med de spesifikke opplevelsene kvinner har, i sterkt mannsdominerte miljøer.

Flere av intervjupersonene blant samarbeidspartnerne formidler fortellinger fra andre kvinnelige pasienter om negative opplevelser ved Gatehospitalet. En tidligere pasient har

fortalt at hun ble mobbet av guttegjeng. Kvinner som har hatt opphold på Gatehospitalet har uttalt at de oppfattet miljøet som mannsdominert. En intervjuperson, som er primærkontakt for fem kvinner som har vært innlagt ved Gatehospitalet formidler følgende:

*Aller ”mine”, minus en, sier at det er mannsdominert – særlig de yngste. Særlig de som har gått og går på strøket har et vanskelig forhold til menn. For eksempel; en som fortalte at de skulle på kino, men hun nådde ikke fram med sitt syn på hva slags film hun hadde lyst til å se. Det hadde hun egentlig heller ikke regna med. Noen av de eldre jentene har blitt ”husmor”. (samarbeidspartner)*

Lignende synspunktene blir også formidlet av andre: De yngre kvinnene blir kjæreste med en av mennene, mens de eldre blir ”husmødre” eller omsorgspersoner.

Et annet spørsmål som bringes opp er følelsen av utrygghet versus trygghet. Det kan være flere grunner til at kvinnelige pasienter oppfatter at det ikke er helt trygt å være på Gatehospitalet, selv om de ikke har vært utsatt for noe. Intervjuene viser til at mange, kanskje de fleste kvinnene har opplevelser som tilsier at de sjelden eller aldri kan føle seg helt trygge. Derfor tør de heller ikke stole på at Gatehospitalet er trygt.

Trusselen kan også oppleves som reell. Det er et lite miljø og en del har uoppgjorte saker med hverandre. Voldelige menn kan være en trussel. Kvinnene må føle seg beskytta, påpeker en samarbeidspartner. Opplevelse av trygghet/utrygghet kan ha sammenheng med hvem som er pasient der og da. ”En tøff kar fra Skippergata” kan være vanskelig å forholde seg til.

Det må poengteres at alle dem vi har intervjuet først og fremst omtaler Gatehospitalet som et svært godt og nødvendig tilbud. Innvendingene som har kommet fram her er relatert til å forsøke å finne fram til forbedringspotensialet for å innrette tilbudet bedre på

saendae, disse tre:

erlighed. Men størst

er kjærligheden.

en kvinnelig pasientgruppe. Våre data viser at kvinner også har funnet seg godt til rette på Gatehospitalet. En av brukerne, som i likehet med flere, har skrevet seg ut før hun var ferdigbehandla, opplevde Gatehospitalet som tryggere enn et stort sykehus.

En samarbeidspartner sier at hun tviler på at det har noe med tilbudet å gjøre når kvinnene skriver seg ut selv. Også enkelte brukere framholdt lignende synspunkt. De mener det i hovedsak handler om at kvinnene selv enten ikke ”er klar” for forandring, eller ikke ønsker å ta imot den hjelpen som tilbys. Men tilbudet kan ha betydning for om flere kvinnene likevel tar imot hjelpen.

## 2.5 Generelle kjønnsforskjeller

Generelle kjønnsforskjeller kan virke i samspill med de andre faktorene som er drøftet i dette kapittelet. Kjønnsforskjeller, som i utgangspunktet ikke er knyttet til bestemte miljøer, kan forsterke de spesifikke problemene kvinner i rus- og prostitusjonsmiljøer opplever og bærer på. En vet også at kjønnsrollene kan være mer konservative og ekstreme i denne typen miljøer enn i andre miljøer. Det bekreftes også i denne studien. I dette avsnittet drøfter vi generelle kjønnsforskjeller ut fra ytringsformer de kan få i rusmiljøer. Et like viktig poeng er hvordan kvinner i rusmiljøer blir oppfattet av omverdenen, og hvilke bilder eller stereotyper som eksisterer både i den generelle opinionen og i hjelpeapparatet.

”Moderne kvinnelighet” er nært knyttet til skillet mellom den offentlige og private sfære. Tradisjonelt har menn vært knyttet til den offentlige og kvinner til den private sfære. Kvinnens ”plass” var (og delvis er) i hjemmet. Det er ikke mange tiårene siden begrepet et ”offentlig fruentimmer” ble benyttet som synonym for prostituert. Et kjennetegn ved utviklingen de siste 25 – 30 årene er at kvinner i raskt tempo har inntatt stadig flere offentlige arenaer; arbeidsliv, organisasjonsliv, politikk og fritidsarenaer. Deltakelse på offentlige, sosialt anerkjente arenaer øker menneskenes integrering i samfunnet.

Innenfor rusmiljøer, blant hjemløse osv. er tilknytningen til det offentlige rommet preget av marginaliserende aktiviteter, som handel med illegale stoffer, annen kriminalitet eller ”gråsonøkonomi” og prostitusjon. I tillegg er personer i slike miljøer, ofte eller i perioder, prisgitt å bruke det offentlige rommet til private aktiviteter. Tre av de fem brukerne i vår undersøkelse var uten egen bolig på intervjuutidspunktet.

Bruk av Natthjemmet og Thereses Hus gir en tydelig indikasjon på at det finnes en stor andel hjemløse kvinner i Oslo. 179 forskjellige kvinner oppsøkte Natthjemmet i 2005 og av disse var 50 nye brukere. Samme år ble Thereses Hus brukt av 228 forskjellige kvinner. Det fleste av disse var hjemløse og en betydelig andel hadde flyktet fra boligen for å slippe unna en voldelig mann.

”Veldig mange er bostedsløse – helt hjemløse – de flyter rundt”, sier en av samarbeidspartnerne om brukerne som oppsøker tiltaket for kvinner hun representerer.

Å leve deler av sitt privatliv i den offentlige sfære er normalt et tegn på desintegrasjon og ikke på integrasjon (f.eks. van Doorn 2000; Dyb 2006). Begrepet ”et offentlig fruentimmer” uttrykker marginalisering og utestenging. For kvinnene i slike posisjoner, som en stor andel av kvinnene i målgruppa for Gatehospitalet er, dreier det seg om utestenging både fra sosialt aksepterte offentlige arenaer og den private sfære.

Ifølge sosiologen Catharina Thörn vil kvinnenes historiske tilknytning til hjem og familie føre til at hjemløse kvinner rammes av en sterkere og annerledes stigmatisering enn hjemløse menn. Stigmatisering handler både om hvem vi er og hvordan vi oppfattes av omgivelsene. Forestillinger om og forventninger til kvinner er generelt doble og til dels motstridende. Hjemløse kvinner er ikke unntatt fra dobbeltheten. Undersøkelser av populærkulturens bilder av den hjemløse kvinnen viser at de inneholder sterke seksuelle og mytiske elementer ispedd fascinasjon og redsel (referert i Thörn 2000). Det handler blant annet om at hjemløse kvinner rett og slett ikke passer inn i forestillingen om hjemløse mennesker.

En kvinne som ruser seg er mer stigmatisert enn en rusmisbrukende mann. I Odd Ramsøys kjente studie av uteliggerne ved Akerselva fra rundet 1970, finner vi svært få kvinner. I tillegg til å være få er de også perifere i miljøet. Gruppen i Ramsøys studie er den tradisjonelle alkoholisererte mannlige uteliggeren. Til tross for at all statistikk og en rekke studier har dokumentert at denne skikkelsen er i mindretall (Dyb 2002), lever den fremdeles som inkarnasjonen på hjemløshet og rusavhengighet. Selv om rødsprittflasken – i forestillingen – kan byttes ut med narkotiske stoffer, inneholder forestillingen fremdeles en mann.

På samme måte som alkoholisme tradisjonelt knyttes til menn som sover under bruene, er hjemløsheten i dag knyttet til moderne former for rus, inkludert illegale narkotiske stoffer, piller og alkohol. Rus finnes over alt i samfunnet. Kombinasjonen hjemløshet og rus oppstår ofte som følge av en – lengre – nedadgående spiral, der tap av hjem, familie og bolig blir et sluttpunkt (Granfelt 2001). Et av de vanskeligste punktene i tapsspiralen er å bli fratatt barna. Tap av barn vurderes av intervjupersonene, og framkommer i andre undersøkelser (Granfelt 2001, Beijer 2000) som det alvorligste og største tapet. I tillegg har kvinnene, enten de har barn eller ikke, andre tapsopplevelser.

Lenger opp drøfter vi selve tapsopplevelsen som et personlig/psykologisk problem; en ”egenskap” knyttet til kvinnene. Men tapene er samtidig knyttet til å lykkes versus og



mislykkes som kvinne. En intervjuperson med lang erfaringer i arbeider med kvinner i rus- og prostitusjonsmiljø slår fast at:

*De har mislykkes som mor, døtre, koner, søstre.  
De bærer på mye tap og mislykkethet som kvinner.  
Menn har ikke så sterk identifikasjon i farsrollen.*

(samarbeidspartner)

Utsagnet støttes av andre intervjupersoner. Enkelte legger til at det er mer tradisjonelle kjønnsroller i rusmiljøet. Mange kommer fra familier med "karikerte kjønnsroller". Kvinner har overlevd ved å spille på å være kvinne. Samtidig er det trekk ved miljøet som forsterker karikerte og/eller tradisjonelle kjønnsroller. I en undersøkelse av jenters vei til rusmidler fant Bjerrum Nielsen og Rudberg (1990) at mange jenter som begynner å misbruke rusmidler tidlig, får rusmidler av eldre menn. Jentene gir sex i bytte mot rusmidler. Ofte er disse forholdene preget av sterkere mannlig dominans og kvinnelig underordning enn ellers. Sex blir en måte å få bekreftelse på og den nærheten som jentene egentlig søkte.

Brutale trekk ved miljøet, knyttet til for eksempel kriminalitet og vold, favoriserer – fortrinnsvis fysisk sterke – menn. De ekstra merkelappene eller sosiale stigma som følger av prostitusjon og koblingene "kvinne/rus" og "kvinne/hjemløs", presser kvinnene ut i ekstremvarianter og karikaturer av kvinnelighet. Det blir også en overlevelsesstrategi. Lang tid i samfunnets randzone vil øke distansen til mer oppdaterte og moderne kvinnemodeller og kjønnsroller. Det faktum at menn er en klar majoritet i rusmiljøene styrker i seg selv den mannlige dominansen.

Studier viser at en tradisjonell ansvarsdeling, som en vil finne i vanlige mann kvinneforhold, får sine særegne utslag i marginale miljøer. Randi Ervik (1994) har undersøkt kjønnsforskjeller mellom kvinner og menn i rusmiljøer. Hun fant blant annet at kvinner tok ansvar for prevensjon og beskyttelse mot smittsomme sykdommer ved bruk av kondom og rene sprøyter. Kvinners ansvarlighet og omsorg kommer blant annet fram når temaet er sprøytangel, skriver Ervik. Hun bruker begrepet "mummi-mammaer med sprøyter i veska" om kvinnene i miljøet.



Forskning om kvinner og rus påpeker at kvinne får et dårligere behandlingstilbud enn menn. Med referanse til svensk forskning hevder Karin Trulsson at når en mann i gjennomsnitt har fått åtte tilbud, om behandling har kvinner fått ett tilbud (foredrag, Göteborg 11. oktober 2006) (se også Wormnes og Skutle). De samme erfaringene formidles av våre intervjupersoner:

*Menn er flinkere til å legge ansvaret for sin situasjon ut, kvinner tar mer ansvar sjøl. Vi ser det på de ulike avdelingene i [...] – der er det manns- og kvinneavdeling – mennene som kommer er utredet og fått en diagnose. De er utagerende, de har ”slått” seg til hjelp. Kvinner har dårligere kontakt med psykiatrien, de er dårligere utredet. De stues bort i dårligere botilbud. Kvinner kan god være utagerende og slå, men de taes ikke på alvor i en slik setting. Dette er en klar erfaringsbasert kunnskap.”* (samarbeidspartner)

*Mange er vanskelig å bistå – ”kur umulig”. Rusa kvinner er enda mer uartige enn menn. Kvinneforakten, forakten for eget kjønn en del av det. Som kvinnelig terapeut er det enklere å forholde seg til menn.* (samarbeidspartner)

En av brukerne formulerer det hun oppfatter som nedsettende holdning i hjelpeapparatet:

*De som stiller opp for meg i [...], når de sier ”nå kommer narkomanen i deg fram”, da blir jeg lei meg. Jeg lurere på hvorfor de jobber med meg i det hele tatt.* (bruker)

## 2.6 ”Ekte kvinner” – en forvandling

Kvinner oppfattes altså som ”vanskelige”. Personer vi har intervjuet beskriver kvinnelige brukere blant annet som avvisende:

Det er menn som snakker mest med meg. Kvinner er harde – kalde – dominerende. Jeg vet ikke hva som skulle til for at det fungerer. (samarbeidspartner)

En av intervjupersonene karakteriserer de kvinnelige brukerne som mer ”sårbare og utrusa med hele seg” og som mer ”barnslige og utfordrende”. Forskjellen mellom hvordan mannlige og kvinnelige bruker oppfattes av hjelpeapparatet kan illustreres i følgende sitat:

*Når menn kommer inn og de får seg en dusj og en natts søvn kan de bli veldig sjarmerende, og det er lett å gi dem oppmerksomhet, mens mange av kvinnene ikke slipper oss inn. Kvinner har både et reservert og samtidig et eksponerende forhold til kroppen sin. Vi vil forandre dem – om vi ikke er bevisst på hvordan vi tenker, er det lett å gå inn i en tralt.* (samarbeidspartner)

Thörn (2004) viser tydelig hvordan ønsket – bevisst eller ubevisst – om å forandre kvinner i marginale posisjoner kan være en viktig del av hjelpeapparatets arbeid med gruppen. Et, i noen sammenhenger det viktigste, målet for forandringsarbeidet er kvinnekroppen. Følgende sitat er ett av flere intervjuer med tjenesteytere der dette poenget kommer tydelig fram:

*Jag tänker att kvinnorna skall kunna komma hit, nedkissad, nedspydd, nedmensad, inte ätit på flera dagar, inte sovit, misshandlad, mår jattedåligt så her totalpsykotisk. In i duschen med henne och det er det som är så fantastisk med kvinnor att man har någon slags autopilot. Så hur psykotisk och påtänd man än är så ställer man någon i duschen och setter en flaska Lorealschampon i handen på dom då börjar dom tvätta håret och tvätta och fixa, så va. Och sedan så får dom lunchen, dom får en ansiktskräm, dom får en ansiktsmask om dom vill lyxa lite, dom får lotion, dom får balsam, vi kan hjälpa dom att tona håret lite, altså vi har mycket sådana här grejor så vi har alltid ett lager så at dom kan fixa lite. Vi kan klippa håret lite, vi har personal som er jätteduktiga på att klippa, toppa hår. Och sedan har vi smink från Body Shop och då kan dom få sminka sig lite.*

*Gå över dom här rosiga, åldriga kinderna. Rena kläder och fixa med håret. Ja, men förstår ni? Att grejen är att man skall kunna se sig i spegeln och känna att jag står ut att se mig och nu har jag gjort det bästa med mitt utseende. Att skillnaden på en kvinna som har fått göra dom här grejorna och den som inte har det, som bara pågår i sitt nedkissade och nedblodade skick och sedan går direkt till socialkontoret. Vad är skillnaden i utgangsläge som dom har? Altså att känna att man ändå har ens slags stolthet och respect i sin självbild, det är så himla viktig.*

(Thörn 2004:137, intervju med ansatt på dagsenter)

Fortellingen om hvordan kvinnene blir mottatt er en slags fortelling om "før" og "etter", skriver Thörn. Den forvandlingen som dagsenteret tilbyr, handler både om å restaurere kvinnens selvrespekt og kvinnelighet. Begge deler knyttes til kroppen og utseendet, som om det å være kvinne er et ytre en ikler seg. Det samme gjelder for selvrespekten. Sitatet knytter misbrukende og hjemløse kvinner til det å være skitten i bokstavelig forstand. Ifølge Thörn knyttes kvinnene til skitt (smuts) også i overført betydning. Kvinnelig renhet forbindes tradisjonelt med å være en "skikkelig og ordentlig jente". I den andre enden av skalaen opptrer den prostituerte kvinnen.

En av intervjupersonene i vår undersøkelse bruker begrepet "kvinnene og de skitne kroppene deres". Vedkommende referer til hvordan hun opplever at kvinnelige brukere kan bli oppfattet i hjelpeapparatet. Informanten gir ikke nødvendigvis uttrykk for egne oppfatninger.

## 2.7 Oppsummering

Dette kapitlet har drøftet årsaker til at kvinner skriver seg ut av Gatehospitalet selv, fra fire ulike innfallsvinkler:

- ”Egenskaper” ved kvinnene blant brukerne
- Forhold utenfor Gatehospitalet
- ”Egenskaper” ved tilbudet
- Forskjeller mellom kvinner og menn mer generelt

De fire punktene griper inn i hverandre. Selv om inndelingen mellom for eksempel ”ytre” og ”indre” (”egenskaper” ved kvinnene) omstendigheter av og til kan virke kunstig, gir kategoriene en mulighet til å sortere et komplekst bilde og påpeke at det finnes flere ulike årsaker.

I de første punktet – ”egenskaper” ved kvinnene – framheves først og fremst opplevelser av skam, skyld og dårlig samvittighet, særlig i forhold til barn, som kommer veltende når rusen ikke er der. Kvinners bagasje av overgrep, misbruk og prostitusjon er også en viktig forklaringsfaktor på at det er tøffere for kvinner å bli ”nykter” enn det er for menn.

Noen av brukerne forklarer utskrivninger før de var ferdigbehandlet med at de ikke var ”klar til å gjøre noe med livet”. Det handler delvis om problemene som er omtalt i avsnittet over, og delvis om at livet ved Gatehospitalet kan bli for stille og rolig. De fleste er vant til at det skjer mye. Savnet etter mer ”action” kan komme når helsa blir bedre.

Forhold utenfor er først og fremst kjæreste eller mann som trenger hjelp eller krever at hun kommer ut. Andre forklaringer er faste kunder, som kvinnene ikke tar sjansen på å miste, eller at de er involvert i annen økonomisk virksomhet, der de må stille opp. Gjeld kan være en viktig driv for å komme seg ut og ordne opp. En undersøkelse blant innsatte viser at mange har gjeld, som kan være en viktig barriere for reetablering etter fengselsoppholdet. En god del har ”uoffisiell” gjeld, som i tillegg til å være vanskeligere å håndtere også er tabubelagt (Dyb m.fl. 2006).

”Egenskaper” ved tilbudet dreier seg om forhold internt ved Gatehospitalet. Det framgår at flere brukere har følt seg utrygge, enten på grunn av menn som har vært der samtidig, eller en generell følelse av at ingen steder er helt trygge. Noen har opplevd et mannsdominert miljø mer som besværlig enn truende. Det har vært en tendens til at det etableres i tradisjonelle kjønnsroller. De eldre kvinnene blir ”husmødre” og omsorgspersoner. De yngre blir kjæreste med en av guttene. Enkelte brukere framholder i imidlertid at de ikke har hatt noen av disse opplevelsene.

Det siste punktet, generelle kjønnsforskjeller med siste underavsnitt ”Ekte kvinne – en forvandling” som en del av dette, drøfter kjønnsroller og -forskjeller, slik de framkommer i rusmiljøer og andre marginale miljøer. Et viktig funn i forskning, som bekreftes av dataene i vår undersøkelse, er at kjønnsforskjellene blir mer ekstreme og ”karikerte” i marginale rusmiljøer. Det er også gjort studier som viser at hjelpeapparatet kan bidra til å bygge opp under tradisjonelle og konserverende kvinneroller.

Kategorier laget i forskning kan også bidra til å skape sjablongbilder av kvinner med rusproblemer og kvinner i marginaliserte miljøer. I de neste kapitlene vektlegges betydningen av å se den enkelte kvinne og hennes spesielle situasjon. Samtidig vil det ofte framtre noen fellestrekk, som er viktige utgangspunkt for en mer allmenn forståelse og utforming av tiltak som skal omfatte mange.

### 3. En avdeling for kvinner? Argumenter for og imot

Dette kapitlet drøfter om det er riktig å satse på en egen avdeling bare for kvinner ved Gatehospitalet. Hva en slik avdeling eventuelt skal innholde; om den skal ha spesielt tilrettelagte tilbud for kvinnene, eller om den i hovedsak skal være et sted der kvinner kan være for seg selv, taes opp i neste kapittel.

Dersom Gatehospitalet og Frelsesarmeen velger å satse på en egen ”kvinneavdeling”, kan det (utilsiktet) føre til at det blir en egen avdeling for menn. Hva det kan bety for Gatehospitalet og for helheten, og om det vil få betydning, blir ikke drøftet her. En egen avdeling forbeholdt kvinner kan også kombineres med en blandet avdeling for begge kjønn.

De fleste vi har intervjuet er positive til å opprette en avdeling for kvinner. Men noen stiller spørsmål om hva målsettingen skal være. En viss skepsis og motargumenter kommer først og fremst fra brukere. Noen brukere har et nyansert eller delt syn på om det er riktig eller hensiktsmessig å utvide med egen kvinneavdeling. Men brukere er samstemte om at Gatehospitalet bør utvides og at flere må få et slikt tilbud.

#### 3.1 Målet med en avdeling for kvinner

Frelsesarmeen/Gatehospitalet har definert en todelt målsetting med å opprette en egen avdeling for kvinner. Det ene målet er å gi et bedre helsetilbud for kvinner, som resulterer i flere blir lenger og at flere fullfører oppholdet. Det andre er å komme i posisjon til å hjelpe brukerne å komme videre og over i en bedre livssituasjon.

Flere av samarbeidspartnerne understreker at en viktig kvalitet ved Gatehospitalet er at de ”får folk videre i systemet”. Det blir ikke luker mellom opphold på Gatehospitalet og overgang til LAR, bolig, og/eller annen behandling og rehabilitering. Med luker menes at pasientene ikke blir utskrevet til en venteperiode i et hospitsrom eller ingen ting, dersom de ønsker å komme inn i et rehabiliteringsopplegg. Brukerne er samstemt om at luker betyr stor risiko for ”å havne på kjøret igjen”:

*De hjelper deg viss du finner ut at du vil noe mer. Om du er på Gatehospitalet og våkner opp – da tar de vare på deg. Det var ikke nødvendig for meg å være der så lenge, men det holdt på meg og tok vare på meg til jeg fikk plass her. Jeg visste at jeg kunne gå på kjøret igjen om jeg ble skrevet ut.*

(bruker)

Enkelte samarbeidspartnere stiller imidlertid et kritisk spørsmålsteget ved hva som er målsettingen med å utvide tilbudet:

*Hva er målet? Hvis målet er å få dem til å forandre livet sitt, er det ikke lenger et hospital.*

Utsagnet legger opp til problematisering av målet. Gatehospitalet er både noe mer og noe mindre enn et vanlig hospital. Målet med Gatehospitalet er at det skal gi et helhetlig omsorgstilbud, dvs. å gi et tilbud som ivaretar den fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjonen ved mennesket. Hovedkonklusjonen fra evalueringen av Gatehospitalet er at de tre første dimensjonene i all hovedsak er ivaretatt (Briseid og Angell 2006). Evalueringen vurderer ikke hvordan den siste dimensjonen – den åndelige – blir ivaretatt.

Gatehospitalet er ikke et ordinært sykehus. Noen av pasientene kommer fra en sykehusavdeling. For disse blir Gatehospitalet en mellomstasjon mellom sykehusopphold og utskrivning. Mange kommer også fra feltpleie og fra andre tilbud til rusmisbrukere og er ikke innoen et sykehus først. Enkelte av informantene våre framhever at Gatehospitalet har mer kunnskap enn det ordinære helsevesenet om lidelser og helseproblemer denne pasientgruppen er spesielt utsatt for. Det gjelder særlig stell og pleie av sår.

Den flerdimensjonale målsettingen rommer også arbeid for forandring. Forandring kan imidlertid være så mangt. I forrige kapittel drøftet vi oppfatninger i hjelpeapparatet, som handler om å forandre på mennesket – i sin ytterste konsekvens å ”omskape” kvinnene slik at de kan oppstå som rene og nye mennesker ”med ny selvfølelse”.

Meldingene fra brukerne indikerer klart at de blir akseptert på Gatehospitalet. De blir møtt som en person og ikke som ”narkoman”: ”Du trenger ikke å forestille deg – du merker med en gang du kommer inn, at her kan du senke skuldrene”.

De aller fleste pasientene ved Gatehospitalet har generelt svært dårlig allmenntilstand. Det dreier seg om underernæring, fysisk utmattelse og helsemessig kollaps. Dette var også en del av grunnlaget for å opprette Gatehospitalet (Døhlie og Kristoffersen 2002). Å ta vare på pasientgruppas helse, vil for manges vedkommende innebære og arbeide for, eller motivere for endringer av livsstil.

I likhet med Briseid og Angell finner vi også brukere som sier at Gatehospitalet har betydd redningen for dem; for eksempel: ”Jeg var så nær kista som jeg kunne komme” og ”Gatehospitalet redda livet mitt.” Briseid og Angell bruker betegnelsen ”frelsesperspektiv” på denne oppfatningen av Gatehospitalet, og skriver at denne pasientgruppa støtter helt og fullt opp om reglene Gatehospitalet praktiserer, og har til hensikt å holde stedet rusfritt. Om en ser på pasientenes ”rushistorie” og livssituasjon kan utsagn som Gatehospitalet ”redda livet mitt” være en ganske presis beskrivelse. Utsagnet er basert på opplysninger om helseplager, helsetilstand og tid med rusavhengighet som framkommer i intervjuene med brukere.

Vi skal se på hvilke argumenter for og imot å opprette en egen avdeling for kvinner, som har vært mest i fokus i intervjuene. Spørsmålene er stilt åpne – dvs. at intervjupersonene er spurt om hvilke argumenter de kan se for og imot. Etter at intervjupersonene har svart på de åpne spørsmålene, har vi presentert noen alternative argumenter og bedt om kommentarer på disse.

### 3.2 ”Kvinner trenger skjerming”

Et viktig argument fra samarbeidspartnere sin side for å opprette en avdeling for kvinner, er at kvinnene trenger en form for skjerming. En intervjuperson argumenterer for at mange av kvinnene i pasientgruppa trenger å bli skjermet ut fra den helhetlige livssituasjonen de er i:

*Kvinner bør skjermes både overfor seg selv, rusen og overgriperne der ute. Mange har opplevd mishandling og rusbruk fra barnsben av. De bruker rusen for å glemme. Kvinner blir misbrukt av menn; de må ut og tjene penger.* (samarbeidspartner)

Argumentene for å skjerme kvinner i en egen avdeling er med andre ord de samme som bidrar til å forklare hvorfor kvinner skriver seg ut før de er ferdigbehandlet; nemlig ”bagasjen” av tidligere og nye overgrep og krav fra menn som ”trenger dem”. Eller de er drevet av egen dårlig samvittighet, som innebærer at de bør skjermes mot seg selv. Behovet for skjerming kan også begrunnes med at noen kvinnelige brukere har sagt at de har følt seg utrygge under oppholdet. En tidligere pasient opplever for eksempel at hun er blitt mobbet av en guttegjeng (referert i kapittel 2).

Mer generelt går argumentene på at kvinner trenger skjerming fra menn ut fra kjønnsrollene som eksisterer i rusmiljøene. De skal slippe å være kjønnsobjekt:

*For mange er det ikke heldig å være så tett opp i menn. Noen blir fort kjæreste til en av mennene. Det er en overlevelsesstrategi å bruke kropp og seksualitet. Om de får et eget tilbud, kan de få slappe litt av.*

Særlig intervjupersoner som arbeider med kvinner og tiltak forbeholdt kvinner i rusmiljøer, framholder de mer generelle kjønnsrollene i miljøet som argument for en separat avdeling for kvinnene.

*Jeg tror at gruppen trenger skjerming – slippe å bli sett som kjønn en stund. Over lengre tid er det annerledes. Og det er spørsmål om hvor isolert de bør være. Noen har sagt at det er utrygt å være på samme avdeling som menn.*

En ansatt ved Gatehospitalet legger vekt på behovet for skjerming ut fra de momentene som framføres i sitatene over, men framholder også muligheten for å ta bedre vare på de kvinnelige pasientene: ”Vi kan rette tida mer mot kvinnene”. Det finnes per i dag flere tilbud bare for kvinner og veldig få for menn. De eneste tilbudene som er forbeholdt menn er lavterskel overnattingstiltak. En ansatt ved et av ”kvinnetilbudene” sier at både menn og kvinner mener at det er urettferdig at menn ikke får bruke tiltaket. Denne intervjupersonen påpeker at menn i rusmiljøet generelt får mer oppmerksomhet enn kvinnene, blant annet fordi er utgjør et betydelig flertall. En oppsummering av intervjuene viser at den dominerende oppfatningen er at særegne tilbud til kvinner både kan forsvares og ofte er helt nødvendige.

### 3.3 Erfaringer med kvinnetilbud

Vi har bevisste valgt å intervju representanter for tilbud til kvinner i rus- og prostitusjonsmiljøet; Natthjemmet, og et av Rusmiddeletatens tilbud til kvinner. Det har vært viktig å få fram erfaringer med egne kvinnetiltak. Disse er også blant de mest positive til å opprette en egen avdeling. Blant argumentene for er at kvinnene og deres behov kan bli sett og tatt vare på. En av intervjupersonene poengterer også at kvinner er vant til å oppsøke egne kvinnetiltak i vanskelige situasjoner:

*Mange av jentene har jobba på strøket og er blitt misbrukt. Mange har et vanskelig forhold til menn. De er også vant til steder der det bare er kvinner; Thereses Hus, Nadheim, Natthjemmet. I en sårbar situasjon kan det være vanskelig å være så nær menn. (samarbeidspartner)*

Tilbudene for kvinner i rus og/eller prostitusjonsmiljø blir mye brukt. Noen av tilbudene har hatt litt nedgang eller de blir brukt av andre grupper i løpet av de siste par årene. De blir i økende grad benyttet av utenlandske kvinner og samtidig er det blitt færre norske brukere fra rus- og prostitusjonsmiljøet. Det forklares både med motsetninger mellom ulike brukergrupper, som har ført til norske kvinner i mindre grad går dit. Men det forklares også med at gruppa av norske kvinner er redusert i antall. Færre jobber på strøket, de bruker andre arenaer. En del har fått metadon og trenger mindre penger. Metadon kan utløse trygdeytelser.

Natthjemmet har hatt noe nedgang både i antall nye kvinner som har oppsøkt tilbud og i belegg totalt fra 2004 til 2005. I Natthjemmets årsberetning (2005) heter det at dersom dette er et signal om at færre rekrutteres inn i miljøet, ”er det, mildt sagt, en positiv utvikling” (s. 20). På den andre siden ble Thereses Hus benyttet av 228 forskjellige kvinner i 2005. Tiltaket har hatt en økning i søkermassen på 55 prosent i løpet av fire år (Årsmelding Thereses Hus 2005). Det har også kommet en del nye tilbud, som ikke er spesielt forbeholdt kvinner, men som også fanger opp kvinnene i miljøet. ROP oppdaget for eksempel at det var flere kvinner med dobbeldiagnose enn de hadde regnet med. Nye tilbud kan også forklare den beskjedne nedgangen mer etablerte tilbud har registrert.

Brukerne er ikke udelt positive til en egen avdeling for kvinner ved Gatehospitalet. De baser motforestillingene delvis på erfaringer med tiltak for kvinner. To av brukerne sier det slik:

*Jeg ser ikke poenger med å ha egen avdeling for jenter. Jeg bodde på [...] og det var masse intriger der.*

*Jeg bodde på [...]. Det var 26 jenter der. Det ble mye sjalusi og bråk.*

Begge de direkte referansene til negative erfaringer handler om samme sted. Også en tredje bruker referer til negative opplevelser med dette stedet; det kan bli utrygt og ustabilitet i miljøer med bare kvinner, når en ruser seg. En fjerde bruker omtaler blant annet Natthjemmet – ”det er alltid fullt” – og Pro-senter som gode tilbud, som blir mye brukt. Denne brukeren er også svært positiv til å åpne en avdeling for kvinner ved Gatehospitalet.



En av samarbeidspartnerne oppsummerer ut fra egne erfaringer at mange kvinner ikke vil bo sammen med bare kvinner, men at det endrer seg når de ”kommer et stykke på vei”.

Oppfatning om en avdeling for kvinner blant brukerne synes å være preget både av tidligere erfaringer fra andre steder og av positive og negative erfaringer de har fra tiden på Gatehospitalet. En av brukerne, som uttrykker skepsis mot et eget kvinnetilbud, var der sammen med flere andre kvinner:

*Det var fire jenter her første gang jeg var her. Andre gang var vi to og ei som var innom, men ho skreiv seg ut fort. Det må være litt blanda. Det kan være ei jenteavdeling, men det må være slik at jenter og gutter kan være sammen når de vil – ha fellesrom, men egne soveavdelinger. (bruker)*

En informant blant brukerne med klart positiv holdning til en egen avdeling for kvinner, har vært eneste kvinnelige pasient i en periode, og det har vært få kvinner i løpet av de to oppholdene hun har hatt. Det kan tenkes at mannsdominansen blir sterkere når det er få kvinner og dempet når det er flere kvinner samtidig ved Gatehospitalet. Dette kan også påvirke de intervjuede brukernes oppfatning av hvorvidt det er behov for å skape et større rom for kvinner. Flere kvinner har fungert som motvekt mot mannsdominans. Behovet for å ”skjerme” kvinnene blir dermed ikke like tydelig.

I forrige kapittel siterte vi intervjupersoner blant samarbeidspartnerne, som poengterte at enkelte kvinners opplevelse av at Gatehospitalet har vært utrygt, kan ha sammenheng med hvilke personer – hvilke menn – som var innlagt samtidig. En kan anta at det ikke bare har vært antallet menn, dvs. mannsdominans ved Gatehospitalet i kraft av å være den store overvekten av pasientene, som har spilt en rolle. Hvilke personer som dominerer miljøet under oppholdet, kan påvirke enkelte kvinnelige pasienters syn på om det er behov for et tilbud til kvinner – og om de selv ville foretrukket å være på en avdeling med bare kvinner.

Brukeres erfaringer, formidlet av samarbeidspartnere, støtter opp om ideen om å etablere et tilbud for kvinner. En intervjuperson, som er tvilende til om en egen avdeling vil gi et bedre tilbud, mener at Gatehospitalet allerede er et godt tilbud. Informanten framholder at den psykiske belastningen som kommer når rusen blir borte, er den viktigste årsaken til at kvinner skriver seg ut selv.

En av samarbeidspartnerne vi har intervjuet har en klar oppfatning av at en egen avdeling ikke vil få flere kvinner til å bli lenger. Men denne intervjupersonen legger også vekt på at hun ikke har noen klar oppfatning av hvorvidt en egen avdeling vil bedre tilbudet til kvinnene mens de er der. Et par av brukerne vi har intervjuet ser ikke umiddelbart et behov for en egen avdeling, men de har heller ingen innvendinger mot ideen. Alle brukerne og flere av samarbeidspartnerne er opptatt av muligheten for kontakt mellom kvinner og menn; at de finnes møteplasser og fellesrom.

### 3.4 Blanda og egen avdeling

Alle brukerne gir uttrykk for at det bør være mulighet for å omgås med alle pasientene, både kvinner og menn. En av brukerne, som har gitt klare uttrykk for at det kan være tøft å være eneste jente og at det er behov for noe skjerming, vil også ha muligheten for å omgås menn:

*Det hadde ikke vært dumt med en egen avdeling. Noen ganger er det fullt, og det hadde vært lettere for jenter å komme inn. Men jeg synes ikke det skal være helt lukka. Det kan for eksempel være felles tv-stue og noen felles møteplasser. (bruker)*

Brukere kan også ha negative erfaringer med et strengt og rigid skille mellom kvinner og menn fra tidligere institusjonsopphold. Enkelte behandlingsinstitusjoner for rusavhengige praktiserer totalforbud mot å omgås pasienter fra motsatt kjønn. En av brukerne bygger her på egen erfaring:

*Jeg ser det her (institusjon, vår merknad) også. Gutta er overtallige og jentene er ikke de mest aktive. Gutta er overtallige i rusmiljøet. På [...] ble det litt kunstig, gutter og jenter fikk ikke være sammen på fritida. Vi må takle og forholde oss til menn. Vi kan ikke melde oss helt ut. I terapi og sånn kan det være bra at det bare er jenter, men på [...] var det helt ekstremt. Det var barnehage mentalitet. (bruker)*

Intervjupersonen påpeker mannsdominansen i rusmiljøet generelt, og ser behovet for at kvinner får mer rom. Hun mener det vil være et riktig tiltak å etablere en avdeling for kvinner. Men i likhet med andre brukere, understreker hun at det ikke må være total atskilte manns- og kvinneavdelinger. Alle brukerne vi har intervjuet legger stor vekt på at Gatehospitalet er et godt tilbud. Noen mener det medisinske tilbudet er bedre enn på sykehus. Andre poengterer at det ikke er der forskjellen mellom Gatehospitalet og det øvrige helsevesenet først og fremst ligger:

*Jeg kom hit og godtok det. Jeg grua meg, fordi jeg ikke visste hva jeg gikk til. De bryr seg på sykehussene også. Men her er det mer som en storfamilie. Det er felles måltider, det er koselig at vi kan ha de stundene. Om det skal være egen avdeling for jenter, er det ok å spise sammen. Fellesskapet med måltider syns jeg skal være for den som vil, men ikke slik at alle må. (bruker)*





Denne intervjupersonen legger vekt på de positive opplevelsene rundt det sosiale, som felles måltider, og atmosfæren på Gatehospitalet. Flertallet av brukerne gir på ulike måter uttrykk for at de svært positive opplevelsene ved å være på Gatehospitalet må ivaretas i en egen avdeling for kvinner. Det bør bemerkes at fire av fem brukere i vårt materiale har gjennomført hele oppholdet ved Gatehospitalet. Tre har skrevet seg ut før de ble ferdigbehandlet, men to av disse har hatt nye opphold og fullført behandlingen. Vi kan ikke se bort fra at disse har et langt mer positivt syn på Gatehospitalet, slik det er i dag, enn kvinner som aldri har fullført behandlingen.

Synspunktene blant samarbeidspartnere er delt. Enkelte argumenterer for at en må vurdere behovet for skjerming individuelt:

*Kanskje en blanda avdeling og en kvinneavdeling – skjerming for de aller svakeste. Kvinner er også forskjellige. Noen vil sikkert ha mer kontakt med menn.* (samarbeidspartner)

*Jeg føler at tilbudet ikke fanger opp kvinnene. Kvinner - enten man er narkomane eller ikke, har flere forpliktelser ute. Bakgrunnen til mange av kvinnene er voldtekter og overgrep. Det seksuelle blir en del av overlevelsesstrategien. Mange bør ikke være så nært opp til menn.* (samarbeidspartner)

### 3.5 Oppsummering

Blant våre intervjupersoner, brukere og samarbeidspartnere, er det klart flertall for å ha en egen avdeling eller et eget tilbud for kvinner. De som går inn for en egen avdeling, argumenterer i retning av at kvinner bør skjermes. Behovet for skjerming begrunnes med at mange av kvinnene har et vanskelig forhold til menn. Flertallet har prostitusjonserfaring. Mange har vært utsatt for ulike typer overgrep.

En annen type argument er at kvinner bør komme unna mannsdominansen i miljøet og eventuelle trusler eller følelse av utrygghet det kan skape. Utrygghet kan også utløses av uoppgjorte saker mellom pasienter. Og, som de ble påpekt, kanskje opplevelsen av at Gatehospitalet ikke er helt trygt handler om hvem som er innlagt på et gitt tidspunkt.

Informanter som representerer kvinnetiltak er mest positive til å opprette en egen avdeling for kvinner. Disse har lang erfaring i å arbeide med kvinner i rus- og prostitusjonsmiljø. Representanter for kvinnetiltak framholder at kvinner i rus- og prostitusjonsmiljøer er vant til å være i tiltak for kvinner, spesielt når de er i en sårbar situasjon.

Et par av brukerne er svært positive og ingen er motstandere av å etablere en avdeling for kvinner. Men noen av brukerne er nølende. Brukernes oppfatninger ser ut til å ha en viss sammenheng med hvor mange andre kvinner som har vært på Gatehospitalet samtidig med dem. De som har vært alene eller sammen med svært få andre kvinner, er tydeligst for å opprette en avdeling for kvinner. Brukere som er mer nølende gir veldig klart uttrykk for at de satte stor pris på atmosfæren og miljøet på Gatehospitalet. Det vil være viktig å overføre eller skape den samme atmosfæren ved en kvinneavdeling.

Ingen av brukerne ønsker total atskillelse mellom kvinner og menn. Alle legger vekt på at det må finnes fellesrom og møteplasser.



## 4. Tilbudet ved en avdeling for kvinner

Dette siste hovedkapittelet drøfter hvordan et tilpasset tilbud til kvinner kan bygges opp. Ut fra argumentet om at kvinner trenger ekstra skjerming, er det nærliggende å konkludere med at det å ha en egen avdeling for kvinner, i seg selv er det viktigste tiltaket. Men en kan likevel tenke seg at kvinner har behov for å bli spesielt tatt vare på ut over tilbudet om opphold på en ”kvinneavdeling”.

Tanker som har kommet opp i intervjuene rundt dette går både i retning av å legge til rette for samtaler med kvinnene, at kvinnene ”blir sett” og gitt oppmerksomhet når rusen forsvinner og de psykiske belastningen kommer, til forslag i retning av rene velværetilbud. Her har vi også lagt fram alternativer for intervjupersonene og bedt om reaksjoner. Informantene har også kommet med egne forslag ut fra egen erfaringsbasert kunnskap.

Forskning om kvinner og rus, selv om den ofte er fra rusbehandling, kan bidra til å belyse hvordan et tilbud kan tilrettelegges, for å møte behovene til kvinner med rusavhengighet.

### 4.1 Forslag fra evalueringen

Evalueringen av Gatehospitalet skisserer en rekke forslag til forbedringspunkter (Briseid og Angell 2006: 53). Her refererer vi de punktene vi oppfatter som relevante for den videre drøftingen i denne rapporten:

- Opprette flere plasser
- Utvide med en egen kvinneavdeling
- Utvide med en avdeling der det psykiske er mer i fokus
- Knytte tjenester som fysioterapi, fotpleie og psykolog til Gatehospitalet
- Innføre større grad av frihet for å kunne ta imot besøk under oppholdet

Samarbeidspartnere og brukere har ulike oppfatninger av behovet for en avdeling for kvinner. Men informantene er så å si samstemte om at det er behov for flere plasser. Brukerne mener at Gatehospitalet er et tilbud flere bør få. Samarbeidspartnere ser at flere av deres brukere kunne hatt behov for et slikt tilbud og oppfatter at det noen ganger ikke er plass til personer som ville ha nytte av nettopp det tilbudet Gatehospitalet gir.

Både brukere og samarbeidspartnere mener at noen av plassene burde vært forbeholdt kvinner. Noen ser dette som et alternativ til å opprette en egen avdeling for kvinner. Det er muligens også et uttrykk for at brukerne, selv de som er nølende til egen avdeling, kunne ønske at det var flere kvinnelige pasienter under oppholdet.

### 4.2 Kvinneavdeling og fokus på det psykiske

Undersøkelsen vår peker klart i retning av både flere plasser til kvinner og til å utvide tilbudet til kvinner. Briseid og Angell foreslår som et alternativ til egen avdeling at det opprettes kvinnegrupper. Dette forslaget har ikke kommet opp i intervjuene våre. Utgangspunktet for den videre drøftingen her er at det etableres en avdeling forbeholdt kvinnelige pasienter, og om avdelingen skal ha et særskilt tilbud. Vi vil også kommentere forslaget om egne kvinnegrupper.

Mye av argumentasjonen for å en egen avdeling er at kvinner har mer behov for omsorg for den psykiske helsen. En sentral forklaringsfaktor for hvorfor kvinnene ikke fullfører oppholdet er nettopp den psykiske belastningen de opplever når rusen ikke lenger holder problemene på avstand. Man hvordan behovet for omsorg skal møtes, er det litt ulike meninger om.

De psykiske belastningen defineres på ulike måter. For det første sier flere informanter at det er flere kvinner med psykiske lidelser enn før eller at de har blitt mer synlige:

*Da vi starta var de enten usynlige eller altfor synlige. Men det ble mange flere jenter enn vi hadde trodd.* (intervjuperson, ROP)

Dobbeltdiagnose rus/psykiatri er et forholdsvis nytt begrep. En måte å definere dobbeltdiagnose på har inntil nylig vært at klienten ikke har fått noen diagnose (Gärdner og Sundin 1998). Så sent som i 2000 skriver Statens helsetilsyn at dobbeltdiagnose kjenne-tegnes av at pasienten faller mellom to stoler – mellom både rusomsorgen og psykiatrien. Økt fokus på kombinasjonen rus og psykiatri fører også til at flere med dobbeltdiagnose blir synlige. Men ifølge intervjupersoner i vår undersøkelse er det også flere med rusavhengighet og psykiske lidelser blant kvinner enn det har vært tidligere. En ansatt ved et tiltak for kvinner sier:

*Siste året har vi hatt mye mer psykiatri – flere akuttinnleggelser. Det er få steder for dobbeldiagnose.*

En ansatte ved en feltpleiestasjon mener at kvinner ofte har større psykiske lidelser enn menn, og at det er flere kvinner enn menn med psykiske lidelser i rusmiljøene. En av informantene mener at ”99 prosent av kvinnene har en psykisk lidelse.” Hvordan Gatehospitalet skal møte pasienter med psykiske lidelser gis det ingen entydige svar på.

*Hvordan de møter kvinne kan bli avgjørende. Kvinnens skam og skyldfølelse må møtes. Kjæresten kan bli en unnskyldning for å slippe ut. [...] Men man klarer ikke å lage en relasjon på to måneder. Det er vanskelig å snakke om de vanskelige tingene. Gatehospitalet må i så fall stille spørsmål om de skal ha en annen kompetanse enn de har – ikke bare medisinsk kompetanse. (samarbeidspartner)*

Hva slags kompetanse skal Gatehospitalet ha ut over det tiltaket har i dag? Kompetansen i dag er sykepleier, lege, hjelpepleier, sosionom og teolog med lektorkompetanse. Svaret på spørsmålet om Gatehospitalet skal utvide kompetansespekteret, er ikke nødvendigvis at Gatehospitalet skal tilby terapeutiske psykolog-/psykiatritjeneste. Sitatet over påpeker også at det kan være vanskelig å etablere en terapeutisk relasjon i løpet av oppholdet, som normalt har en maksimumslengde på to måneder. En av brukerne påpeker at Gatehospitalet er flink til å ordne kontakt med andre tjenester dersom det er behov. Noen av brukerne har allerede etablert en kontakt med ROP eller andre instanser, som skal dekke behovet for psykiatrisk hjelp. Flere intervjupersoner mener det viktigste er samtaler, at personalet har tid og at samtalen går lenger enn til ”har du det bra i dag”:

*Jeg tror mer på samtaleoppfølging. De kan få formidla mer historie fra livet sitt. Nettopp fordi en er der i en slik sammenheng, har en muligheten.*

(samarbeidspartner)

Intervjupersoner som har en oppfatning av spørsmålet om Gatehospitalet bør tilby terapeutiske psykolog-/psykiatritjenester, er skeptiske til at dette skal inngå i tilbudet. Men de mener likevel at Gatehospitalet må tilby samtaler og at disse må ivaretas av en fagperson:

*Det kan like gjerne være uformelt, men samtidig ivaretatt av en fagperson – en sykepleier eller miljøarbeider. (samarbeidspartner)*

*Det viktigste er å ha gode sykepleiere og miljøterapeuter, som evner å snakke om ting, men som ikke driver terapi. De (pasientene, vår merknad) har nok med å forholde seg til helsa si. Om de hadde fått tilbud om psykolog, er det et spørsmål om de ville sagt ja. (samarbeidspartner)*

Gatehospitalet har en noe uklart plassering i det offentlig finansierte helsetilbudet. Men det er ingen tvil om at tiltaket ikke tilhører spesialisthelsetjenesten. Briseid og Angell skriver at Gatehospitalet, etter karakteren og innholdet i tjenestene det tilbyr, er å regne som et tiltak innen kommunehelsetjenesten. Oslo kommune har ikke villet innlemme Gatehospitalet i sine kommunale tjenester, og tiltaket er derfor ikke en del av Oslo kommunens tilbud. Ledelsen ved Gatehospitalet og Frelsesarmeen har definert tiltaket et sted i skjæringspunktet mellom førstelinje- og andrelinjetjenesten.

Briseid og Angell drøfter Gatehospitalets plassering i tjenestetilbudet blant annet ut fra problemstillinger knyttet til hvilke lovverk tiltaket er underlagt. Spørsmålet i denne sammenheng er hvilke tjenester det er relevant for Gatehospitalet å tilby, ut fra plassering i tjenestetilbudet og definisjonen av hva slags tilbud tiltaket skal være. Skal for eksempel Gatehospitalet knytte til seg psykolog eller psykiater som en del av den faste personalgruppa? Eller skal oppgaven være å henvise og bistå med å opprette kontakt med spesialisthelsetjenesten der det er nødvendig og pasienten ønsker dette?

Enkelte brukere legger vekt på at det er viktig å tilby samtaler. De har selv ønsket mer tid til samtaler. Noen av brukerne tror også det kan bidra til at flere kvinner blir værende til de er ferdigbehandlet.

Behovet for at Gatehospitalet har tilbud om samtaler begrunnes også ut fra at disse brukerne har savnet nettopp dette; at noen i personalet "veit hva du sliter med" og at du blir "sett og hørt" når problemene kommer som lyn fra klar himmel. Enkelte, både bruker og samarbeidspartner, mener det burde vært en psykolog knyttet opp til tilbudet. Gatehospitalet må i så fall ta stilling om det skal være en del av staben eller et tilbud om å formidle kontakt.

Det ligger åpenbart en utfordring i å ta vare på den psykiske helsen hos pasientene. Behovet er særlig tydelig overfor kvinner. Denne undersøkelse går klart i retning av at det er behov for å bygge opp og videreutvikle kompetansen innen psykiatrisk sykepleie og rusrelaterte psykiske problemer, også med et kjønnsperspektiv. Flere av informantene legger vekt på at det er viktig å tilby samtaler med fagpersonell, men at det ikke er hensiktsmessig å tilby samtalerapi innenfor den tidsrammen oppholdet har.

Det sentrale er at det blir skapt tid og rom – at det legges til rette ressursmessige og rent fysisk – for samtaler mellom pasienter og ansatte.

### 4.3 Kvinnegrupper

Å opprette egne kvinnegrupper er ett av forslagene i evalueringsrapporten om Gatehospitalet. Dersom et viktig mål med å opprette et eget tilbud er å skjerme kvinner som trenger dette, vil ikke kvinnegrupper løse problemet. Forslaget er likevel verdt å drøfte. Kan det for eksempel være et supplement eller et alternativt tilbud til kvinner som ikke er innlagt ved "kvinneavdeling"? Igjen er det viktig å spørre om hva hensikten med gruppene skal være. Skal de ha et terapeutisk mål og innretning?

Mange av pasienten har vært i terapeutiske grupper tidligere, stort sett i forbindelse med behandling for rusavhengighet. I intervjuer med samarbeidspartnere blir det blant annet påpekt at "de ikke har overskudd til å høre på andre". Når pasientene kommer til Gatehospitalet er de vanligvis i en svært dårlig helsemessig tilstand. Slik beskriver også brukere sin fysiske og psykiske tilstand ved innleggelse ved tiltaket; "så lang nede jeg kunne komme"; "jeg hadde ikke vært i live uten". Ingen av brukerne har ytret ønske om kvinnegrupper.

Noen av tiltakene for kvinner har imidlertid gode erfaringer med samtaler i grupper, der blant annet brukerne har definert tema for samtalen. Dette har ikke vært terapeutiske grupper, men tematiske diskusjoner, blant annet om aktiviteter brukerne kunne tenke seg å delta i. De tematiske samtalen kan ha fungert bra, men kvinnene har ofte uteblitt når ønskede aktiviteter har vært arrangert. Det skyldes ikke nødvendigvis at interessen ikke er så stor når det kommer til stykke, men at avhengighet av å skaffe rusmidler blir det styrende elementet i struktureringen av døgnet.

Forskning om rusbehandlinger tyder på at kvinner kan ha mindre nytte av grupper i en terapeutisk setting enn menn. Kvinner legger stor vekt på nære relasjoner og forholdsvis liten vekt på grupper og gruppesamtaler som elementer i behandlingen (Trulsson 2006).

Det har ikke framkommet sterke argumenter for kvinnegrupper som alternativ til en avdeling for kvinner. Men muligens kan Gatehospitalet være mer oppmerksom på at kvinner kan ha andre interesser enn menn og dempe mannsdominansen i miljøet. Mannsdominansen har åpenbart blitt tydelig de gangene det har vært få kvinnelige pasienter, og blant annet gitt seg konkret utslag i hva slags aktiviteter ulike pasienter ønsker. Preferanser med hensyn til aktiviteter kan følge både alders- og kjønnsskiller. Kvinnegrupper kan kanskje bety at kvinner kan få et forum for å få fram preferanser og oppfatninger. Men både forskning og informasjon fra flertallet av informantene gir klare indikasjoner på at kvinner trenger mer skjerming enn det et tilbud om deltakelse i kvinnegrupper kan gi.



#### 4.4 Alternativ behandling

Bør alternative behandling og velværetilbud bli en del av tilbudet ved en avdeling for kvinner? Vi har stilt spørsmålet både til samarbeidspartnere og brukere. Reaksjonene har vært udelt positive fra alle informantene. Men samarbeidspartnerne og brukerne har ikke vært helt samstemte.

I begrepet alternativ behandling har vi primært lagt tilbud som massasje, fotsoneterapi, akupunktur og rene velværebehandlinger. Vi har ikke spurt om det en vanligvis regner som alternativ medisinsk behandling, og slike forslag har heller ikke kommet opp. Den mest utbredte reaksjonen blant samarbeidspartnere er at spesielt kvinner vil profitere på slike tilbud. Kvinner med rus- og evt. prostitusjonserfaring har ofte et vanskelig forhold til egen kropp, som følge av blant annet misbruk og/eller prostitusjonserfaringer. Det kan innebære et komplisert forhold til fysisk kontakt.

Informantene vektlegger at betydningen av å tilby, og legge til rette for positive kroppserfaringer. Et av kvinnetiltakene i vårt materiale bruker massasje i konfliktsituasjoner. Intervjupersonen fra dette tiltaket framholder at massasje kan gi nærhet – ”å bli tatt på uten at det ligger forpliktelser i det.”

Et annet moment som trekkes fram, er at det kan være vanskelig å nå inn til kvinner som ruser seg. Noen opplever at de kan ha vanskelig for å ta imot omsorg. En av forskjellene mellom kvinner og menn, uansett hva slags miljø og situasjon de befinner seg i, er at kvinner sosialiseres til å gi omsorg. Menn kan også være gode omsorgspersoner, men de sosialiseres likevel til å ta imot kvinners omsorg. Miljø og situasjoner kan dempe og forsterke forskjellene. Men forskning på temaet kjønn og likestilling er ganske entydig på at disse forskjellene er grunnleggende universelle i vår kultur. Vårt materiale dokumenterer også at kvinnelige pasienter ved Gatehospitalet kan inngå i en ”husmorrolle” eller som en av brukerne formulerer det: ”Jentene har lett for å bli omsorgspersoner”.

Samarbeidspartnere vi har intervjuet framhever alternative behandlinger og velværetilbud som én måte å gi kvinner omsorg på.

*SPA, fotsoneterapi, massasje osv. – de kan få ”hands on” uten å snakke – det kan gi en omsorg som ikke innebærer at en skal snakke. Det kan*

*også være en form for ”skjult omsorg”, de slipper å bli svake.* (samarbeidspartner)

Om alternative tilbud vil bety at flere kvinner gjennomfører behandlingen er informanten usikre på. Noen sier eksplisitt at de ikke tror velværetilbud osv. vil bety at flere blir til behandlingen er avsluttet. Målet kan imidlertid være å gjøre tilbudet og oppholdet bedre:

*Alternative behandlinger – jeg tror veldig på det – å gi folk en god opplevelse. Å gå inn i en dusj er ikke det samme som å legge seg i et badekar. Mange av kroppene er veldig slitne og herja med. Nøkkelen, alfa og omega, er å finne roen, senke skuldrene og vite at ”her kan jeg være”, takle at noen dager er verre enn andre, takle rastløsheten.*  
(samarbeidspartner)

Brukerne er opptatt av at alternative tilbud og velværetilbud må være for alle: ”Alternativ behandling kunne vært bra. Men det måtte være for begge kjønn”. ”Det må være et tilbud til alle.” Samtidig er det helt klart at de kunne tenke seg slike tilbud. En av brukerne formulerer sine ønsker slik:

*Jeg er veldig for akupunktur, meditasjon, rolig, behagelig musikk – sånt som kan tømme hodet for alle tanker.*

Brukerne er også noe mer fokusert på muligheten for å kunne snakke om problemer som dukker opp, den psykiske omsorgsdelen. Brukerne legger stor vekt på at Gatehospitalet nettopp tar vare på helheten, at de blir møtt som mennesker og ikke som ”narkomane”.

Briseid og Angell referer til ønske fra brukere om tilrettelegging for mer fysisk aktivitet. Behov for fysisk aktivitet og treningsmuligheten framkommer også i vårt materiale. Tilbud om fysisk aktivitet og treningsmuligheter kan begrunnes med at det kan ha effekt både på den fysiske og psykiske helsen. I et helhetlig tilbud, slik Gatehospitalet har målsetting om å gi, kan trening inngå som en del. Én mulighet er knytte fysioterapi og massasje til et treningsopplegg. Dette tilbudet trenger ikke å være forbeholdt kvinner.

Trening bør ikke erstatte eller komme i stedet for særskilte tilbud. Kvinner og menn kan også ha ulike behov for trening og former for fysisk aktivitet. Trening og fysisk aktivitet kan ofte eksponere det kroppslige. I situasjoner med fysiske aktivitet, er det viktig å ta hensyn til at kvinnelige pasienter kan ha et komplisert forhold til kroppen sin og ha behov for ”skjerming”.

#### 4.5 Relasjoner og kontakt med pårørende

Mer åpenhet for å ta imot besøk og ha kontakt med pårørende er ett av punktene evalueringen av Gatehospitalet lister opp under ”forbedringspotensial”. I husordensreglene heter det blant annet:

- Utgang kun med følge av personale. Dette skjer fortrinnsvis på dagtid.
- Det er ikke tillatt å ta imot besøk på Gatehospitalet.

Åpenhet mot verdenen utenfor tiltaket er et kontroversielt tema, særlig blant brukerne. Hovedargumentet mot mer åpenhet er at det kan bli vanskelig å holde tiltaket rusfritt; ”noen prøver å få inn rus. Det er en regel som ikke skal brytes, at det ikke skal være rus der” (bruker). Det kan nettopp være et argument for å få kvinner til å bli lenger at de får hjelp til ”å kutte ut omverdenene. Du kan ikke være sammen med en som ruser seg, viss du vil klare det.” (bruker)

En tredje bruker, som har hatt et langt opphold ved Gatehospitalet, antyder at reglene kan være for strenge. Hun kunne tenkt seg mer kontakt med pårørende. Pårørende kan være søsken, foreldre eller barn. Ett forslag som kom opp i intervjuene med samarbeidspartnere er å legge til rette for kontakt med barn:

*En del har kontakt med barna sine. Og de vil gjerne prøve å opprettholde kontakten med barna. Om de får en avdeling for kvinner på Gatehospitalet, kunne de kanskje lagt til rette for samvær med barn.*

Det vanskeligste spørsmålet er kvinnes forhold til en kjæreste eller mann utenfor. Både brukere og samarbeidspartnere sier at ”mannen som trenger henne” utenfor er en av de viktigste årsakene til at kvinner skriver seg ut før de er ferdigbehandlet. En av informantene mener at relasjoner til partner/kjæreste er en utfordring Gatehospitalet må forholde seg til mer aktivt, enn for eksempel å få kvinnene til å bryte kontakten:

*Den hjelpeløse typen som venter på utsida. Kan han inviteres inn? Om det er en mann denne kvinnen er avhengig av, må en møte kvinnen på at hun er avhengig av ham. Får han lov til å komme på besøk? Finns det en måte å spille på lag på?*

Sitatene lenger opp, fra brukeren som slår fast at kvinner må få hjelp til å kutte ut en kjæreste som ruser seg, viser at problemstillingen er komplisert. Når kvinner velger å forlate Gatehospitalet fordi kjæresten trenger henne, kan en vurdere om det er bedre at hun får den behandlingen hun trenger, selv om det innebærer at kontakten opprettholdes, enn at hun skriver seg ut før.

Håndteringen av dette kan være et av nøkkelspørsmålene i forhold til kvinner som er innlagt ved Gatehospitalet – og vårt materiale tyder på at det ikke har et entydig svar.

Så blir de stående, diss  
o, håp og kjærlighet. Me  
blant dem som har b



Ansatte og ledelsen ved Gatehospitalet gir uttrykk for at besøk og besøksforbud er en komplisert problemstilling. I all hovedsak ønsker pasientene, og særlig kvinnene, å bli "fratatt" ansvaret for å overholde besøksforbudet. Besøksforbudet praktiseres heller ikke som et absolutt. Enkelte besøk, også fra pasientenes nære pårørende, har ført til vanskelige situasjoner.

#### 4.6 "Avvisende" og "vanskelige"

En siste problemstilling vi skal ta opp er oppfatningen om at det kan være mer krevende og vanskeligere å forholde seg til kvinner som ruser seg enn menn. Denne erfaringen formidles både av informanter som jobber ved kvinnetiltak og informanter som jobber med begge kjønn.

*Mange flere menn kommer for å snakke. Kvinner kommer med konkrete ting. Menn snakker om behandling, metadon, behandling de ikke makter, familien, kjæresten, været. De finner ro. Jeg tror kvinner som ruser seg har vansker med å ta imot omsorg.* (samarbeidspartner)

Kvinner i rusmiljøet karakteriseres også som "kalde" og avvisende.

*Kvinnelige rusmisbrukere kan være vanskelige å bli "kjent med". Mange kvinner har veldig høye dagsdoser. Overgrep er også mer et kvinneproblem, selv om menn også har vært utsatt for overgrep.* (samarbeidspartner)

Imidlertid kan mannlige pasienter oppleves som mer krevende enn kvinnene. En informant oppsummerer følgende:

*Vi opplever at mannlige pasienter – stoffmisbrukere – er mer krevende. De lager mer styr og vesen, forsøker å manipulere oss som jobber her. De vil gjerne at sårstell skal kunne foregå midt på natta. De skal for eksempel ha kaffe hele døgnet. Vi jobber en del med grensesetting, det må være like linjer for alle pasientene. Kanskje jentene har stukket av før de har gjort seg like bemerkta.*

(samarbeidspartner)

En av informantene framholder at kvinner som bråker og tiltrekker seg oppmerksomhet gjennom å bli veldig synlig, ikke taes på alvor. Erfaringene, som også denne informanten påpeker, er at menn får mer oppmerksomhet, fordi de krever det og fordi det er høyere aksept for menn som stiller krav og er utagerende. Fordi det bryter med forventningen til "kvinnelig oppførsel", risikerer kvinner å bli straffet for voldsom atferd. I beste fall oppnår de ingen ting.

Disse erfaringene styrker argumentene for å opprette en avdeling for kvinner. En egen avdeling kan gi større mulighet til nettopp å komme i kontakt med å "bli kjent med" kvinnene og tilrettelegge for i møtekomme kvinners behov på en bedre måte.

Sist, men ikke minst, vil vi poengtere at forskning støtter opp om at kvinner bør ha egne tilbud. I omtale av behandling for kvinner med rusavhengighet vektlegger Lossius og Lundberg (2006) følgende:

*Terskelen inn til behandling bør ligge så lavt at en føler seg hjertelig velkommen inn og intervensjonene så spekket med empati at det blir mulig gradvis å forholde seg til egen skyldfølelse og, for mange, en uutholdelig skam. God kvinnebehandling er behandling der den enkelte blir sett og forstått og der en skaper en terapeutisk setting der det er mulig selv å velge når en vil snakke om de vanskelige temaene, som seksuelle overgrep, tap av omsorgsevne og ikke minst usikkerheten rundt egen identitet og kvinnelighet. (s. 40)*

Ifølge Lossius og Lundberg finner en slik tilnærming stor støtte i mange års forskning. Forfatterne beskriver en behandlingssituasjon. Men perspektivet er i tråd med det mange av informantene våre legger vekt på; nemlig at kvinner med rusavhengighet trenger et bredt spekter av omsorgstiltak.

#### **4.7 Oppsummering**

En egen avdeling vil gi kvinner som har behov for det skjerming fra menn og økt beskyttelse generelt. Det viktigste er at kvinner får tilbud om samtaler, at de opplever at de blir møtt og at det er tid og rom for deres spesifikke problemer som melder seg når rusen blir borte.

Det er ulike oppfatninger av behovet for psykiatri-/psykologtjenester. Mange av informantene mener slike samtaler kan bli ivaretatt av miljøterapeuter og sykepleiere. Spørsmål om å trekke inn psykolog eller psykiatritjeneste er mer omdiskutert. Her kommer også Gatehospitalets stilling i forhold til spesialisthelsetjenesten inn. I den settingen som Gatehospitalet er, handler det kanskje mer om å ”vite hva den enkelte strir med”.

Videre vektlegger en del informanter at kvinnene kan slippe å bli sett på som omsorgspersoner – bli ”husmor” – eller kjønnsobjekt – bli kjæreste med en mannlig pasient. Vi sier ikke at kjæresteforhold nødvendigvis er påtvunget. Men en egen avdeling kan gjøre valget for kvinner i forhold til hvilke relasjoner og roller de går inn i større – eller det kan gi et valg som enkelt ikke opplever på en avdeling med menn.

Ut fra denne undersøkelsen, kan vi oppsummere at kvinnegrupper ikke vil erstatte de behovene som en atskilt avdeling vil kunne fylle. Å måtte forholde seg til andre i en gruppesetting, kan være en belastning for pasienter med store og sammensatte helseproblemer.

Forslag om alternative behandlinger og velværeopplevelser scorer høyt både hos samarbeidspartnere og brukere. Enkelte informanter mener at særlig kvinner vil kunne profitere på massasje og rene velværetilbud. Det gir en mulighet til å ta imot omsorg uten å prate. Det kan gi positive kroppsupplevelser uten at det innebærer forpliktelser.

Et vanskelig dilemma er forhold og relasjoner til personer utenfor Gatehospitalet. Dette handler i realiteten ikke om innholdet i en avdeling for kvinner, men er en generell problemstilling. Det spesielle er at kvinner synes å ha flere – negative og positive – relasjoner utenfor, enn menn har, eller at kvinner påvirkes i større grad av relasjonene.

I intervjuene framkommer det at kvinner som ruser seg er vanskeligere å forholde seg til, å ”bli kjent med”, enn menn i en tilsvarende posisjon. Vi ser det som et tilleggsargument for at kvinner trenger et særskilt tilrettelagt tilbud.

## 5. Avsluttende drøftinger

Utgangspunktet for denne rapporten og undersøkelsen den bygger på er at kvinner, i større grad enn menn, skriver seg ut fra Gatehospitalet før de er ferdigbehandlet. Kvinner har en markant gjennomsnittlig kortere liggetid og står for en relativt høyere andel av utskrivningene, som pasientene selv ønsker før behandlingen er fullført. Det primære målet for denne rapporten er å utrede om et tilpasset tilbud til kvinner kan motvirke denne tendensen. Undersøkelsen tar utgangspunkt i to overordnede problemstillinger.

- Hvordan motvirke at kvinner skriver seg ut før de er ferdigbehandlet?
- Hvordan bidra til at flere kvinner kommer videre og ikke går tilbake til rusmiljøet?

Konklusjon er at mange av de kvinnelige brukerne vil profitere på å være i en avdeling med bare kvinner. En annen viktig konklusjon er at en avdeling der tilbudet er tilpasset behovene til rusavhengige kvinner, også vil gi et bedre tilbud. Å lage et tilrettelagt tilbud kan bidra til at kvinner får bedre behandling og et bedre opphold totalt sett. Men fører det nødvendigvis til at de blir lengre?

I kapittel to trakk vi fram fire viktige forklaringer på at kvinner skriver seg ut før de er ferdigbehandlet og har kortere opphold enn menn. Her skal vi gi en kort oppsummering av de fire forklaringene. Vi skal også se disse forklaringene i lys av behovet for et eget tilbud til kvinner ved Gatehospitalet. Dersom en avdeling – eller et tilpasset tilbud – for kvinner skal svare på problemstillingene over, er det naturlig å tenke seg at tilbudet skal motvirke faktorer som trekker kvinnene ut av Gatehospitalet.

### **1. ”Egenskaper” ved kvinnene i betydningen problemer som misbruk, svik, tapsopplevelser osv., som kvinnene har i bagasjen og som kommer ”veltende” når rusen forsvinner.**

Det er grunn til å tro at en egen avdeling for kvinner med et tilrettelagt tilbud kan møte denne problemstillingen.

Pasientene som legges inn ved Gatehospitalet får metadon eller andre substitutter for rusmidler under oppholdet. Substituttene tar bort abstinensen og rusen. Problemer, som ofte kan være store og sitte dypt, kan komme som et ”poff” når en blir ”nykter”. Et særlig forhold som påpekes er tap av barn, der både tapsfølelsen og følelsen av selv å ha sviktet kan bli en for stor påkjenning. Mange vil også oppleve skam og skyldfølelse for livet de lever.

Det bør legges til rette for at kvinner blir møtte og tatt hånd om når følelsene kommer veltende. Det må skapes et rom for at kvinnene blir sett, lyttet til og tatt vare på. En avdeling der det bare er kvinner kan i seg selv bidra til at kvinnene i større grad blir ”sett” og får oppmerksomhet. Det kan blant annet bety at en slik avdeling må ha noen ekstra ressurser.

Blant informantene i denne undersøkelsen er det delte meninger om tilbudet bør omfatte psykiatri/psykologtjeneste, eller om samtaler og det vi kan kalle utvidet omsorg kan ivaretas av faggruppene Gatehospitalet har i dag. Noen av pasientene har allerede en relasjon til spesialisthelsetjenesten, og det er ikke umiddelbart naturlig at Gatehospitalet skal fylle en tilsvarende funksjon.

### **2. Forhold utenfor tilbudet. Relasjoner – positive og negative – ute som trekker. Det kan være kjærester, kunder, gjeldsproblemer eller andre forhold som de må ut og ta hånd om.**

En ”kvinneavdeling” kan sannsynligvis i liten grad motvirke de kreftene utenfor Gatehospitalet som trekker.

Dette punktet er kanskje det vanskeligste å håndtere. Vi har referert til ulike undersøkelser som viser at mann eller kjæreste er den viktigste relasjonen mange kvinner i rusmiljøer har. For å kutte ut kjæresten (som oftest en mann som ruser seg) må kvinnene være ”klare for forandring”. Det samme gjelder spørsmålet om å kutte ut faste kunder. Kvinnene må ha tatt en beslutning om at de ikke trenger kundene, dvs. være klar for forandring.

Relasjoner utenfor kan også være pårørende eller barn. Briseid og Angell (2006) anbefaler Gatehospitalet å legge til rette for økt kontakt med pårørende. Informantene i vår undersøkelse er delt. Brukerne vil beholde dagens restriktive linje, for å holde tiltaket rusfritt, mens enkelte samarbeidspartnere mener Gatehospitalet burde se på om eller hvordan kontakten med omverdenen kan håndteres bedre.

Gjeld, som det stilles krav om skal betales, kommer i en annen kategori. ”Uoffisiell” gjeld er også i andre sammenhenger vanskelig eller nesten umulig for hjelpeapparatet å håndtere eller gi hjelp til å takle. Et siste element som er pekt på, er at livet med rus har en egenverdi. En stor andel av Gatehospitalets brukere har tilbrakt mesteparten av sin ungdom og voksne liv i rusmiljøer og er sosialisert inn i en subkultur, som også forbindes med positive opplevelser.

### **3. ”Egenskaper” ved tilbudet. Er det forhold ved Gatehospitalet som bidrar til at kvinner skriver seg ut før de er ferdigbehandlet?**

Selv om noen kvinner som har vært ved Gatehospitalet har hatt kritiske innvendinger, er det ikke belegg for å si at flere kvinner forlenger oppholdet, om en retter på disse forholdene isolert sett.

Flertallet av brukerne vi har intervjuet synes Gatehospitalet er et flott tilbud. Noen brukere har imidlertid opplevd oppholdet som utrygt. Det kan ha sammenheng med hvilke menn som har vært der eller at de generelt føler at det ikke er trygt noen steder.

Noen kvinner opplever å ha blitt ”husmødre” eller omsorgspersoner, mens andre raskt har fått en kjæreste. Kjæresteforholdet kan selvsagt være positivt, men det kan også være en tilvant overlevelsesstrategi i rusmiljøer, som repeteres.

En avdeling for kvinner vil i stor grad kunne rette på disse svakhetene. Dersom Gatehospitalet velger en løsning med ”kvinneavdeling” og ”blanda avdeling” bør disse problemstillingene vies oppmerksomhet ved en blanda avdeling.

### **4. Generelle forskjeller mellom kvinner og menn, og særegne ytringsformer som kjønnsforskjeller kan få i rusmiljøer.**

Uansett hvordan en forklarer kjønnsforskjeller, er det knapt noen som vil bestride at kjønnsidentiteten er et grunnleggende trekk med menneskene. Nettopp dette perspektivet ligger til grunn for å opprette en egen avdeling for kvinner og det ligger i bunnen av de tre andre forklaringene. I forlengelsen av resonnementet ligger at en egen avdeling for kvinner vil kunne motvirke negative utslag av kjønnsrollemønsteret.

Undersøkelser i rusmiljøer, inkludert denne, bekrefter at kjønnsrollene gjennomgående er mer tradisjonelle og tildels karikerte i denne typen subkulturer enn generelt i samfunnet. Det kan blant annet bidra til å holde kvinner i destruktive forhold, og avhengigheten av en mann blir styrket. I en egen avdeling kan kvinner først og fremst bli sett på som personer og ikke som kjønnsobjekt.

Kjønnskategoriene og forventningene knyttet til disse, medfører at kvinner i rus- og prostitusjonsmiljøer blir utsatt for hardere fordømmelse og stigmatisering enn menn. Det slår igjen inn som forakt for eget kjønn og selvforakt. Det er grunn til å forvente at å være i en setting der en ikke blir sett på som kjønn, kan bidra til at noen flere kvinnene forlenger oppholdet ved Gatehospitalet.



## 5.1 Et tilpasset tilbud – oppsummert

Vi har argumentert for at en avdeling med et tilpasset tilbud til kvinner kan motvirke noen av forholdene som trekker kvinner ut av Gatehospitalet, men ikke alle. Et ”kvinnetiltak” løser neppe problemene med at kvinnene skriver seg ut for tidlig. En betydelig andel både kvinner og menn, som er pasienter ved Gatehospitalet skriver seg ut selv, før de medisinsk og helsemessig er utskrivningsklare. Mange kvinner vil, i likhet med mannlige pasienter, skrive seg ut før de er ferdigbehandlet, selv om de får et tilrettelagt tilbud.

Rusavhengige ved vanlige sykehus skriver seg ut eller forsvinner før behandlingen er avsluttet, selv om pasientene der er ”sykere” enn de som er ved Gatehospitalet. Målet for Gatehospitalet må være at flere skal bli til de er ferdigbehandlet og noen flere skal komme over en bedre livssituasjon etter oppholdet.

Basert på erfart kunnskap og faglighet formidlet gjennom Gatehospitalets samarbeidspartnere og brukere, og forskning om kvinner og rusavhengighet, kan vi oppsummere at viktige elementer i et tilpasset tilbud bør være:

- Etablere en avdeling eller et tilpasset tilbud for kvinner, men med noen fellesarenaer for kvinnelige og mannlige pasienter. Avdelingen/tilbudet må forankres i det faglige grunnlaget Gatehospitalet bygger på i dag.
- Utvide tilbudet ved denne avdelingen til større vekt på samtaler med pasientene. Tilbud om psykiatri/psykologhjelp må vurderes. Det sentrale er at de ansatte har kompetanse, tid og rom for å fange opp kvinner som sliter med psykiske problemer og en vanskelig ballast.
- Etablere et tilrettelagt omsorgstilbud, som også kan inkludere massasje og rene velværetilbud, eventuelt former for alternativ behandling.
- Tilrettelegge for fysisk aktivitet for pasienter som ønsker det, eventuelt i kombinasjon med fysioterapi.
- Vurdere muligheter for utvidet kontakt med pårørende og barn.
- Overføre og videreføre atmosfæren som er etablert ved Gatehospitalet i dag til en avdeling for kvinner.
- Ansatte ved avdelingen må være motivert for å arbeide med nettopp denne pasientgruppa, som kan være blant de aller tyngste å jobbe med.

Hvordan en avdeling – eller et tilrettelagt tilbud – til kvinner konkret skal utformes må ta utgangspunkt i den faglige kompetansen ved Gatehospitalet. Videre vil fysiske strukturer – tilgjengelig plass og utformingen av lokalene – ha betydning for hvordan tilbudet vil eller kan bli.



# Litteratur

Bejer, U. (2000): På männens villkor – om hemlösa kvinner i Stockholm. I W. Runquist og H. Swärd: *Hemlöshet*. Stockholm, Carlsson Bokförlag

Bjerrum Nielsen, H. og Rudberg, M. (1990): *Jenters vei til rusmidler: et sosialiseringsspektiv*. Oslo, Rådet for anvendt medieforskning

Briseid, K. og Angell, O.H. (2006): *Evaluering av Frelsesarmeens Gatehospital*. Rapport nr. 7/2006, Oslo, Diakonhjemmets Høgskole

Dyb, E. (2002): Bostedsløshet i Norge – forklaringer på marginalisering. I Sahlin, I. og Kärkkäinen, S-L. (red): *Bostadsløshet som problem og politik. Aktuell nordisk forskning*. TemaNord 2002:558, København, Nordisk Ministerråd

Dyb, E.; Brattbakk, I.; Bergander, K.; Helgesen, J. (2006): *Løslatt og hjemløs. Bolig og bostedsløshet etter fengselsopphold*. Oslo, samarbeidsrapport NIBR, KRUS, Byggforsk

Dyb, E. (2006): *Roofless people and use of public place, a study in Oslo*. NIBR/FEANTSA (under utgivelse)

Døhlie, E. og Kristoffersen, A.S. (2002): *”Det verste er å skrive dem ut – til gata”*. Utredning om et utvidet helsetilbud til tunge rusmisbrukere. Rapport nr. 7/2002, Oslo, Diakonhjemmets høgskolesenter

Ervik, R. (1994): Sårbar posisjon. *Om stoffmisbruker, risiko og beskyttelse mot hiv, med kvinnene i fokus*. Hovedfagsavhandling. Institutt for kriminologi. Juridisk fakultet. Universitetet i Oslo.

Gerdner, A. og Sundin, Ö. (1998): *Dubbeltrubbel – nya rön och erfarenheter i diagnostik och behandling av samtidig beroande och psykisk störning*. Örebro, Statens Institutionsstyrelse och Runnagården

Granfelt, R. (2001): *Hemlösa kvinnors beretnelser*. Paper til konferanse i Nordisk nettverk for forskning om bostedsløshet. Helsingfors, august 2001.

Lossius, K. og Lundberg, A. (2006): Kvinner, morgenkåper og krenkelser. *I Rus & avhengighet – nr. 2 2006*

Natthjemmet, *Årsrapport 2005*, Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo

Natthjemmet (2004): *En kartlegging blant kvinner med tilhørighet i rus- og gateprostitusjonsmiljøet, når det gjelder mulige sammenhenger mellom tidligere belastninger og psykisk helse i dag*. Natthjemmet, Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo

Ramsøy, O.; Burmann, F.; Johansen, P-O.; Kalberg, T. (1971): *På livet ... Fra fileproletariatet i Oslo*. Oslo, Universitetsforlaget

Rusmiddelstaten (2005): *Voldsundersøkelse blant kvinner ved Thereses Hus*. Oslo kommune

Socialstyrelsen (2006): Lokala hemlöshetsprosjekt 2002-2005 – resultat, slutsatser og bedømmingar. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

Statens helsetilsyn (2000): *Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk*. Utredningsserie 10-2000

Thörn, C. (2004): *Kvinnans plats(er) – bilder av hemlöshet*. Stockholm: Égalité.

Trulsson, K. (2006): *Dans på lina. Om kvinnors missbruk, familjeliv og behandling*. Stockholm, Carlsson Bokförlag

van Dorn, L. (2000): From begging to dealing. The stock of income strategies of the homeless. *I Focal no. 36, 2000: pp. 31-49*

Wormnes, E. og Skutle, A.: *Pandoras boks: Kvinner, kjærlighet til rus, og håpet*. Stiftelsen Bergensklinikkene

*Årsmelding kvinnetiltaket Thereses Hus 2005*. Rusmiddelstaten, Oslo kommune







*Frelsesarmeens rusomsorg,  
prosjekt Gatehospitalet*

Heimdalsgata 27  
0561 Oslo