

SKEIVE I RUSBEHANDLING

Hvordan opplever skeive seg ivaretatt i rusbehandling, og hvordan kan deres beskrivelse bidra til videreutvikling av helsefremmede arbeid på denne arenaen?

ESTER SELAND

VEILEDER

Elsa Almås

Universitetet i Agder, 2018

Fakultet for helse og idrettsvitenskap

Institutt for psykososial helse



Forord

Hvordan skeive har opplevd seg ivaretatt i rusbehandling har vært et spørsmål for meg i flere år. Jeg har holdt et lite øye med pasienter jeg har visst har vært skeive som har vært i rusbehandling ved en av enhetene på rusinstitusjonen der jeg jobber. Jeg har snakket med noen av dem etterpå og hørt hvordan de har underrapportert og forkledd mye av denne siden av sin identitet. «Det er jo ikke derfor jeg var i behandling». Dette har gjort meg nysgjerrig da jeg vet at en god rusbehandling ivaretar hele mennesket. Det er egentlig lite fokus på rus og rusmidler i behandlingen. Det er hele mennesket, følelser, skyld/skam og ansvar som får det største fokuset.

Jeg har brukt 4 år på å ta denne mastergraden og har jobbet i 100% stilling ved siden av. Og så har livet skjedd, slik livet skjer for oss alle. Opp og nedturer. Det har vært både krevende, utviklende og spennende 4 år. Som fagperson har jeg vokst. Ikke bare som et resultat av den teorien jeg har lest, men også i den stoltheten jeg føler over å ha kommet til en slik prestisjefylt universitetsgrad. Jeg har brukt mange år av livet mitt på å ruse meg. Jeg har vært skeiv i rusbehandling. Og jeg har brukt mange år på å sette beina under meg, reise meg og få en ny og styrket identitet.

Jeg vil takke professor Elsa Almås ved Universitetet i Agder, institutt for psykososial helse for tålmodighet og oppmuntrende veiledning gjennom prosessen. Jeg vil takke arbeidsplassen min, Sørlandet sykehus avdeling for rus og avhengighetsbehandling for å ville satse på meg. Spesielt vil jeg trekke fram assisterende avdelingsleder Tobbi Kvaale som har vist at hun har trodd på meg og mine evner i denne prosessen. Jeg vil også takke min kjære Heidi for støtte, muntre tilrop og håp om et liv etter levert oppgave

Ester Seland

Sammendrag

Skeive i rusbehandling har vært et lite beskrevet forskningsområde. Jeg har i denne mastergradsoppgaven hatt problemstillingen «Hvordan opplever skeive seg ivaretatt i rusbehandling, og hvordan kan deres beskrivelse bidra til videre utvikling av helsefremmende arbeid på denne arenaen?»

Jeg har brukt en kvalitativ tilnærming til problemstillingen. Opprinnelig var det ønskelig å motta historier fra åpne skeive som hadde vært innlagt til rusbehandling i løpet av de to siste årene. Dette lot seg ikke gjennomføre. Jeg intervjuet derfor informanter om temaet. Jeg anså ikke dette utvalget for stort nok til å gjøre en valid analyse av innsamlede data, så jeg tok derfor initiativ til et fokusgruppeintervju med terapeuter som jobber med rusbehandling. Forut for dette intervjuet hadde jeg ei pilotgruppe for å avdekke hvilke temaer som kunne være aktuelle å belyse. Innhentede data fra informantene (de som hadde vært i rusbehandling) og en kategorisering av disse viser at informantene hadde store utslag på temaer som skam, positive holdninger i pasientgruppa, manglende tilhørighet og manglende tematisering av legning. En videre analyse av dette førte til at informantene opplevde en svak identitet, ønske om å passe inn og utenforskap.

Terapeutene mente det var en form for ivaretagelse av de skeive at legning ble normalisert på en slik måte at den ikke ble nevnt i noen sammenhenger bortsett fra gitte oppgaver der pasienten selv tok initiativ til dette. Dette var en bevisst strategi. Analyse av innsamlede data viser høy score på bagatellisering, positive holdninger og seksualisert fokus. Dette igjen ble analysert videre

til å handle om frykt for det ukjente, manglende kunnskap og gode intensjoner.

Litteratur og føringer fra Helsedirektoratet tilsier at skeive har behov for spesiell oppmerksomhet i rusbehandling.

Minoritetsstress og homonormativitet i samfunnet tilsier at det er egne utfordringer knyttet til dette. Man er en minoritet i samfunnet som rusmisbruker, og man får en dobbel minoritetsopplevelse ved å være skeiv rusmisbruker.

Denne studien viser at det er gode intensjoner blant terapeuter i rusbehandling for å ivareta også denne pasientgruppa. Men kunnskapen er for lav.

Abstract

Queer in drug treatment has been slightly described in research. In this master's thesis, I want to answer this; "How does the queer patient feel they are treated in drug treatment, and how can their description contribute to the further development of health-promoting work in this arena?" I have used a qualitative approach to analyse this issue. Originally, it was desirable to receive stories from informants that had been admitted to drug treatment during the last two years. This did not work. So I interviewed informants about the subject. I did not consider this selection as big enough to make a valid analysis of collected data, so I initiated a focus group interview with therapists working on drug treatment. Prior to this interview, I had a pilot group to reveal which topics might be relevant to illuminate. Data obtained from the informants (those who had been in drug treatment) and a categorization of these show that the informants had a great deal of themes such as shame, positive attitudes in the patient group, lack of belonging and lack of thematicization from their therapists. A further analysis of this led to the informants experiencing a weak identity,

a desire to fit in and a sensation of being outsiders. The therapists thought it was a form of care for the queer patients that their sexual orientation were normalized in such a way that it was not mentioned in any context apart from given tasks where the patient himself took the initiative. This was a conscious strategy.

Analysis of collected data shows high scores of belittling of the subject, positive attitudes and sexualized focus. This again was analysed to deal with fear of the unknown, lack of knowledge and good intentions. Literature and guidelines from the Norwegian Directorate of Health indicate that queers need special attention in drug treatment. Minority stress and homonormativity in society indicate that there are challenges related to this. One is a minority in society as drug addict, and one gets a dual minority experience by being a queer drug addict. This study shows that there are good intentions among therapists in drug treatment to take care of this patient group. But the knowledge to do this is too low.

Innholdsfortegnelse

Innledning	8
Bakgrunn for prosjektet	8
Samfunnsendringer	11
Hvorfor dette temaet?	12
Hensikt med forskningen	15
Problemstilling.....	15
Begrepsavklaring	16
Teoretisk rammeverk	17
Skeivt perspektiv	19
Skeiv rus.....	20
Queer theory	20
Rusbehandling.....	21
Tidligere forskning.....	22
Metodisk tilnærming.....	23
Metodevalg	23
Narrativt design.....	24
Utvalg informanter	28
Datainnsamling.....	32
Supplerende datainnsamling.....	34
Fokusgruppeintervju med terapeuter	36
Planlegging og igangsetting av fokusgruppa	37
Analyse av innsamlede data	41
Den skeive rusmisbrukeren/informanten	43
Koding.....	46
Resultater	50
Svak identitet.....	50
Behov for å passe inn	51
Utenforskap.....	52
Supplerende datainnsamling.....	52
Inntrykk etter fokusgruppen	53
Koding.....	57
Resultater	58
Frykt for det ukjente.....	58

Manglende kunnskap	59
Gode intensjoner	60
Drøfting.....	61
Forskningsprosessen	61
Styrker og svakheter	62
Egen rolle i forskningen	63
Å «komme ut»	64
Skam	65
Holdninger i samfunnet.....	66
Minoritetsstress	68
Skeives behov i rusbehandling	71
Hva med forskningsspørsmålene ?	72
Konklusjon	73
Hvordan kan denne kunnskapen bidra til et helsefremmende arbeid?	75
Videre forskning	75

Litteraturoversikt

Vedlegg:

1. Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt
2. Søknad om fremleggsvurdering Regional etisk komite
3. Godkjenning fra Regional etisk komite

Innledning

Bakgrunn for prosjektet

Tidlig på 1970 – tallet begynte det å komme en del studier av bl.a. alkoholproblemer blant homofile og lesbiske. Disse undersøkelsene rekrutterte ofte personer fra utesteder for homofile og lesbiske eller fra andre homoseksuelle miljø. Samlet sett tydet denne forskningen på en svært høy forekomst av alkoholrelaterte problemer (Cochran, Keenan, Schober, & Mays, 2000). I og med at rekrutteringen ble gjort på utesteder kan man stille spørsmål om

dette var et representativt utvalg av denne grupperingen. I en norsk studie i -99 sammenliknet man et mer representativt utvalg av befolkningen generelt med hensyn til alkoholkonsum og beruseshyppighet. Man fant at andelen som brukte alkohol mer enn en gang i måneden var betydelig høyere blant homofile enn heterofile. Videre var andelen som drakk seg beruset fire til seks ganger i måneden langt større i det homofile utvalget; i forhold til menn generelt var andelen blant de homofile mennene dobbelt så stor, og blant de lesbiske var den hele fire ganger større enn andelen blant kvinner generelt (Hegna, Kristiansen, & Moseng, 1999)

I følge levekårsundersøkelsen Seksuell orientering og levekår (Anderssen & Malterud, 2013) der man belyser skeives levekår og holdninger i samfunnet til denne gruppa, kommer det fram at majoriteten av de lesbiske/homofile/bifile/transpersoner (LHBT-personer. I denne oppgaven omtales denne grupperingen som skeive) skårer høyt på de fleste levekårsvariablene. Men det er likevel en

		Selvrapportert seksuell orientering					
		Heterofile menn	Homofile menn	Bifile menn	Heterofile kvinner	Lesbiske kvinner	Bifile kvinner
Cannabis (hasj, marihuana mm)	Månedlig	22	19	24	14	9	30
	el oftere	2.8%	6.1%	11.2%	1.4%	4.6%	7.5%
Ruset deg på legemidler	Månedlig	6	11	7	4	6	12
	el oftere	0.8%	3.5%	3.3%	0.4%	3.1%	3.0%

^a Tabellen viser resultatene for statistisk kontroll for utvalgsbiasheter ^b Chi-kvadrat-testing; se vedlegg

FIG 1 (ANDESSEN & MALTERUD 2013)

overrepresentasjon av skadelig bruk av alkohol blant den skeiver delen av befolkningen. Fig 1.

Undersøkelsen viser også at det er et større forbruk av cannabis

og beroligende

medikamenter i denne

delen av befolkningen

enn i den heterofile

andelen. Når det kommer

til det man tradisjonelt

kaller «tyngre rusmidler»

ser man også et større

forbruk i den skeive

populasjonen. Dette

gjelder spesielt den bifile

delen av dette utvalget.

Denne forskningen er

alarmerende.

Når det kommer til

alkohol viser studien at det også her er et tydelig

større forbruk blant homofile, lesbiske og bifile i

forhold til den heterofile delen av befolkningen. *Fig 2*

Samme studie har også gjennomført en spørreundersøkelse i

forhold til hvilke holdninger man ser blant den norske

befolkningen til spesielt homofile menn og lesbiske kvinner.

Denne studien sier at det oppleves bedre å være skeiv i Norge nå

enn tidligere. Fra 2008 til 2013 har analyser vist at det disse fem

år har vært en viss bevegelse blant norske menn i retning av større

aksept for skeive. Andelen som bekrefter negative påstander om

skeive er imidlertid fortsatt betydelig, og negativ atferd

forekommer blant et mindretall. Funnene viser også at det på

dette feltet er mulig å ha positive og negative holdninger samtidig.

Et stort flertall sa de hadde positive holdninger til skeive, samtidig

som en god del bekrefter at de grøsser når de tenker på denne

delen av befolkningen.

		Selvrapportert seksuell orientering					
		Heterofile menn	Homofile menn	Bifile menn	Heterofile kvinner	Lesbiske kvinner	Bifile kvinner
Drukke alkohol	Daglig	33	23	13	23	5	9
		4.2%	7.3%	6.0%	2.4%	2.5%	2.2%
	Minst ukentlig	352	128	89	304	71	123
		44.7%	40.6%	41.4%	31.1%	36.0%	30.5%
	Sjeldn. enn ukentlig	345	151	95	560	101	241
		43.8%	47.9%	44.2%	57.3%	51.3%	59.8%
	Aldri	58	13	18	91	20	30
	7.4%	4.1%	8.4%	9.3%	10.2%	7.4%	
Alkohol, tydelig beruset	Minst ukentlig	87	59	32	81	20	64
		11.1%	18.7%	15.0%	8.3%	10.2%	15.9%
	Sjeldn. enn ukentlig	511	196	131	565	120	260
		65.0%	62.2%	61.2%	57.8%	60.9%	64.7%
	Aldri	188	60	51	331	57	78
	23.9%	19.0%	23.8%	33.9%	28.9%	19.4%	
Alkohol, overstadig beruset	Minst ukentlig	21	11	11	16	4	17
		2.7%	3.5%	5.1%	1.6%	2.1%	4.2%
	Sjeldn. enn ukentlig	310	152	90	347	73	199
		39.6%	48.3%	42.1%	35.5%	37.4%	49.5%
	Aldri	452	152	113	614	118	186
	57.7%	48.3%	52.8%	62.8%	60.5%	46.3%	

FIG 2 (ANDERSSEN & MALTERUD 2013)

Samfunnsendringer

Det har også skjedd en del samfunnsendringer når det gjelder skeive de siste årene. Dette har antakelig også ledet til en del holdningsendringer. Disse endringene har sikret gitt en større rettssikkerhet til skeive, og endringene har nok også resultert i en større sosial aksept og forståelse for de utfordringene denne delen av befolkningen møter. Det ser man på deltakelse i eksempelvis skeive dager, prideopptog og andre liknende arrangementer. Tidligere var det bare stort sett bare skeive som deltok på slike arrangementer, men nå er denne arenaen også akseptert for heterofile som ønsker å vise at de støtter og sympatiserer med denne delen av befolkningen. Arrangementene får tung mediedekning og omtales som rene folkefester. Flere og flere offentlige personer står fram som skeive, uten at dette gir de store overskriftene, og bruken av regnbueflagg er mer og mer vanlig også i ikke-skeive sammenhenger. Aksepten for den skeive delen av befolkningen synes å øke. Medieomtalen av skeive er mer preget av åpenhet og positivitet enn tidligere. Det å leve som skeiv blir tematisert i fjernsynsprogrammer, serier for både unge og voksne, barnebøker og fjernsynsreklamer som en del av et normalisert samfunnsbilde.

Det har også skjedd en endring fra en holdning der samfunnet krevde at man tidligere var en del av et hele til nå å bli erstattet med en økt individualisme og økt fokus på dette. Det er en større fristilling fra tradisjonelle normer og rolleforventninger. Denne fristillingen fra sosiale normer, økt refleksivitet og subjektiv selvbevissthet i forhold til sosiale prosesser er en form for individualisme som beskriver samfunnet slik vi kjenner det i dag. (Birkelund, 2000) I dette ligger det at det er mer akseptert å være spesiell, å stå opp for seg selv og å være sin egen lykkes smed. Å stå fram som skeiv er derfor mer akseptert av samfunnet i dag enn tidligere. Også det å støtte skeive i deres kamper om sosial og juridisk rettferdighet og ikke minst når det kommer til

trakassering i det offentlige rom. Det er en bølge av ny-nazisme over landet som angriper skeive spesielt i sin propaganda.

I 2013 kom en egen lov som skal beskytte den skeive delen av befolkningen mot diskriminering (Diskrimineringsloven, 2013). Denne loven sikrer likeverd blant skeive og resten av befolkningen, og forbyr diskriminering, trakassering og forskjellsbehandling på grunnlag av seksuell orientering, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk.. Det har vært gitt mulighet for å vie samkjønna par i Norge siden 1991 (Ekteskapsloven, 1991), men først i 2017 utarbeidet Den norske kirke liturgier for samkjønna vigsler.

Hvorfor dette temaet?

Rusmiljøet er preget av sterke paternalistiske føringer og et sterkt heteronormativt verdisyn. (Taksdal, 1997) Dette resulterer i at skeive i rusmiljøet blir marginaliserte og ikke akseptert. De skeive som blir akseptert er såpass outrerte i sitt uttrykk at de på en måte ikke representerer noen trussel. Eksempelvis butchy lesber eller feminine, affekterte menn. Miljøet i rusbehandlingen er preget av samme holdninger. (Malterud & Ohnstad, 2006) Dette vanskeliggjør det å være i rusbehandling for skeive. Skeive møter samme holdning i behandling som de kjenner fra rusmiljøet. Dette genererer samme usikkerhet, og gir samme opplevelse av annerledeshet og utenforskap som man har opplevd tidlige. Dette vil gi et dårligere klima for terapeutiske prosesser, endringsstrategier og identitetsbygging hos pasienten.

Jeg var selv i rusbehandling i 1993. Behandlingsprogrammet var gruppebasert og hoved-terapeuten hadde egenerfaring med rus. Vi var 12 pasienter i gruppa, jeg var eneste kvinne. Dette var nok en tilfeldighet, men også i den tiden var rusfeltet overrepresentert av menn. Som en del av behandlingsprogrammet skulle jeg legge fram min livshistorie. Før jeg gjorde dette ble jeg rådet til å ikke ta med den delen der jeg beskrev samliv med ei kvinne.

Begrunnelsen for å utelate denne delen av historien var at det antakelig ville skape negative reaksjoner fra gruppa hvis det kom fram at jeg hadde levd som lesbisk. Da jeg var i behandling var jeg gift med en mann og vi hadde to små barn. Jeg tok rådet og hadde forståelse for å ta dette elementet bort. Jeg hadde aktivt skjult at jeg hadde levd som lesbisk, og kjente på skam over å ha vært i dette forholdet. Jeg fremstilte dette forholdet som om jeg bodde sammen med ei venninne. Dette er en velkjent strategi hos skeive som opplever sin legning som skamfull og avvikende. Å ha en integrert identitet som skeiv og tilpasse seg det heteronormative og den heterofile konstruksjon for å tilpasse seg de heterofile normene innebærer å ta til seg mange negative oppfatninger av det å være skeiv (Malterud & Ohnstad, 2006)

Samtidig var det i denne tiden jeg startet med tyngre rusmidler, og forholdet med denne dama var viktig for min rushistorie og ikke minst min livshistorie. Jeg hadde også selv en klar forståelse om at jeg hadde en lesbisk legning, men turte ikke å leve ut dette med frykt for å bli sett på som en avviker i rusmiljøet. Jeg hadde sett og hørt hvordan skeive ble omtalt og frosset ut i dette miljøet tidligere og var redd for å oppleve det samme i behandlingssituasjonen. Jeg var svært utrygg og gjorde det jeg kunne for å tilpasse meg de forventningene jeg trodde var påkrevd. Dette var en del av de temaene jeg også skulle jobbe med i behandlingen.

Jeg ble også rådet til å kle meg mer feminint i av miljøarbeiderne på institusjonen. Jeg er usikker på begrunnelsen for dette rådet, men jeg opplevde det som vanskelig at jeg ville bli «avslørt» som skeiv. Dette må ha gjort en del med meg siden jeg enda husker denne situasjonen etter 25 år. Å være i rusbehandling er å være i en svært sårbar prosess. Man skal gi slipp på en tidligere identitet, man skal bearbeide skyld og skam og man skal være åpen om sine følelser. Følelser man ikke har ord for eller har kjent på tidligere. Den terapeutiske relasjonen er emosjonelt ladet. Dette innebærer

at pasient og terapeut påvirker hverandre emosjonelt. Negative og positive følelser fra terapeut påvirker behandlingsrelasjonen.

(Lossius, 2012) Terapi foregår ofte i lukkede rom, men min behandling var gruppebasert og derfor hadde jeg også 11 medpasienter som også påvirket min behandlingssituasjon. Jeg gjorde det jeg kunne for å passe inn. Det meste av døgnbehandling i rusfeltet er gruppebasert.

10 år og en del års skolegang senere jobbet jeg som rusterapeut på samme døgninstitusjon. Også da var det en klar holdning om at åpne skeive pasienter var dramatiske, og de fikk så mye oppmerksomhet på sin legning at man ikke skulle dra dette inn i terapirommet. Jeg stusset på dette. Jeg opplevde at den holdningen som er ute i rusmiljøet ble dradd med inn i terapirommet. Jeg hadde da tatt et valg om å være åpen om min legning, og ble svært ofte spurt til råds på institusjonen av både pasienter og ansatte når det kom til problemstillinger knyttet til legning, åpenhet, mentor-roller, deling av rom osv. Det kom fram en stor grad av uvitenhet rundt disse temaene hos ansatte.

Jeg sitter igjen med følgende spørsmål; finner man samme holdning i dag i rusbehandling i dag? Har terapeuter og andre involverte i rusbehandling samme holdning og mangel på kunnskap som jeg opplevde for 15 og 25 år siden?

Jeg er redd for dette. Jeg har observert at det er mange skeive som ikke ønsker å være åpne i behandling. Mange av dem som blir henvist til rusbehandling som er skeive ønsker poliklinisk, individuell behandling. Dette kan ha en begrunnelse i at det oppleves som vanskelig å stå fram som skeiv i en gruppebasert døgnbehandling. Derfor kan tematisering av heterosentrisme, stigmatisering og internalisert homofobi være nødvendig for at homofile og lesbiske skal få tilgang til den samme integrerte behandlingen som heterofile – ikke begrunnet i at de har særskilte behov. Det generelle behandlingstilbudet i rusfeltet blir assosiert

med heterosentrisme, homofobi og inkompetanse (Holmberg & Schjetlein, 2009)

Hensikt med forskningen

Hensikten med studiet er todelt og kan formuleres som følger;

1. Utforske opplevelser og beskrivelser av hvordan skeive har opplevd i rusbehandling.
2. Utvikle kunnskap og forståelse omkring de skeives opplevelser fra møter med Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) som har gitt utfordringer som igjen kan bidra til at tilbudet og fagligheten rundt dette blir styrket.

Problemstilling

I denne studien ønsker jeg å besvare følgende spørsmål; **Skeive i rusbehandling. Hvordan opplever skeive seg ivaretatt i rusbehandling, og hvordan kan deres beskrivelse bidra til videreutvikling av helsefremmende arbeid på denne arenaen?**

Dette er et stort og bredt tema med flere åpne spørsmål. For utdyping av problemstillingen tenker jeg meg følgende forskningsspørsmål;

1. Hva er skeives behov i rusbehandling?
2. Hvordan blir skeive møtt på deres behov?
3. Hvilke holdninger har behandlerne til skeive i rusbehandling?
4. Hva slags holdninger møter skeive hos sine medpasienter?

Et slikt forskningsprosjekt knyttet til pasienter i TSB vil være viktig av mange årsaker

- For å styrke fagligheten hos terapeuter og for å endre holdninger behandlingsmiljøet. Bevisstgjøring av hvordan mulige holdninger i rusmiljøet videreføres til

behandlingssituasjonen vil antakelig kunne øke villigheten til å endre innstilling og

- For å bevisstgjøre den skeive pasienten/klienten om sine behov, sine utfordringer og anerkjenne disse. Dette kan forhindre tilbakefall til rus etter behandling, og vil også gi pasienten en ny forståelse av seg selv
- Anerkjenne at skeive har egne behov som bør ivaretas i rusbehandling

Jeg har en hypotese om at samfunnets holdninger også har møtt rusfeltet på disse årene. Jeg tror det er en større høyde for ivaretagelse av skeive i rusbehandling, og at det er en større aksept og åpenhet rundt dette fra da jeg var i behandling for 25 år tilbake. Jeg har også en hypotese om at behandlere ikke har nok kunnskap til å møte skeive på en ivaretagende måte, at det må mer opplysning og kunnskap til for å ivareta dette.

Begrepsavklaring

Jeg bruker begrepet «skeiv» i dette forskningsprosjektet. Skeiv er en norsk betegnelse for den engelske termen «queer». Ordet skeiv brukes for å betegne alle mennesker som har en annen seksuell orientering enn heterofili, og fungerer som et synonym til LHBTI-forkortelse. Disse initialene står for lesbisk, homofil, transperson og intetkjønn.

Heteronormativitet er en holdning i kulturen, språket, normer og praksis som tar det for gitt at alle mennesker er heterofile.

(Barne- og likestillingsdepartementet, 2016) En konsekvens av den heterofile seksualiteten blir ansett som «det normale» i et samfunn er at heterofile blir privilegert, mens skeive blir undertrykt. Heteronormativiteten er med på å forme samfunnet på en måte som kan være ekskluderende for alle som har en annen orientering enn den heterofile. Skeives seksuelle orientering står i minoritet i forhold til heterofili, og som blant annet blir

stigmatisert på grunn av heteronormativiteten. Dette kan utløse en form for stress, også kalt minoritetsstress. (Prell, 2017)

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er et begrep som ble lansert i 2004 da rusbehandling ble en del av

spesialisthelsetjenesten. Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB) omfatter tilbud om døgnbehandling, dagbehandling og polikliniske tjenester. Tiltak i TSB er derfor hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, og pasientenes rettigheter går fram av pasientrettighetsloven. (*Nasjonalfaglig retningslinje for behandling av rusmiddelproblemer og avhengighet*, 2017)

I dette forskningsprosjektet bruker jeg konsekvent rusmisbruker om den populasjonen som er i rusbehandling eller har en rusbelastning. Begreper som narkoman, alkoholiker, avhengig, rusavhengig og andre betegnelser krever spesifisering av utredning, hvilke rusmidler som har vært identifisert som hovedproblem, diagnostisering og andre variabler jeg ikke går inn på i denne oppgaven. I den generelle befolkningen bruker begrepene rus, rusmisbruk og rusavhengighet om hverandre. Med denne grupperingen menes mennesker som har ofte inntak av ulike stoffer (også alkohol) som fører til påvirkning av hjernen og som bidrar til å endre persepsjonen. Og dette inntaket er av en slik karakter at det generer problemer på flere livsarenaer.

(Biong/Ytrehus, 2012)

Teoretisk rammeverk

Det er gjort lite forskning på dette området i Norge. Skeive i rusbehandling kan se ut til å være en underrapportert pasientgruppe. I registrering av pasientdata (NPR – Norsk pasientregister) er det ikke åpnet mulighet for å registrere legning. Det datasystemet som brukes av flest rusinstitusjoner (DIPS) har heller ikke denne registreringen. Det er derfor ikke mulig å gjøre noen form for journalaudit for å finne ut andelen skeive som er i

rusbehandling. Man vet imidlertid at ca 2 % av befolkningen er skeive. Og når setter dette i forhold til et kjent overforbruk av rusmidler hos denne gruppen vil man kunne anta å finne samme andel i rusbehandling. Dette er imidlertid kun antakelser.

Det er en ny levekårsundersøkelse som gjøres blant befolkningen i Agder på gang. Det er en todelt undersøkelse med både holdningsundersøkelse blant majoritetsbefolkningen på Agder, og en levekårsundersøkelse blant LHBT-befolkningen.

Undersøkelsene skal bidra til et bedre kunnskapsgrunnlag for framtidige tiltak og beslutninger på likestillingsfeltet i regionen. Noe av tanken rundt denne forskningen er å finne ut om det er vanskeligere å være skeiv i Agder enn andre steder i landet. Dette ville vært spennende forskning for min studie da jeg også rekrutterer informanter fra Agder. Rapporten er imidlertid ikke ferdigstilt enda og kan ikke brukes i denne studien. Men bakgrunnen for forskningen kan tilsi at man antar at det er spesifikke utfordringer knyttet til å være skeiv i Agder.

Helsedirektoratet har utarbeidet retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. I denne ligger det en anbefaling om at behandlingen bør tematisere en mulig sammenheng mellom seksuell orientering og rusmiddelproblematikk. Begrunnelsen for at man skal ha dette fokuset er at «i behandlingssituasjoner generelt vil antatt heteroseksuell orientering hos pasienten ofte bli tatt som en selvfølge. Mange vil derfor ofte unnlate å være åpne om sin seksuelle orientering. Det foreslås at behandleren tematiserer pasientens seksuelle orientering. Undersøkelser og klinisk erfaring fra behandling av homofile og lesbiske med rusmiddelproblemer tyder på at behandleren bør invitere pasienten til å tematisere sin seksuelle orientering. Tematisering av seksuell identitet og seksuell praksis muliggjør fokus på sammenhenger mellom rusmiddelproblemer, somatiske og

psykiske problemer og tilhørighet. Dette har vist seg å ha god terapeutisk effekt. Anerkjennelse av pasientens seksuelle legning vil ofte bidra til en trygg terapeutisk relasjon. Behandleren må kunne være en kvalifisert samtalepart dersom pasientens vansker kan knyttes til seksuell orientering». (*Nasjonalfaglig retningslinje for behandling av rusmiddelproblemer og avhengighet*, 2017)

Det er lite litteratur/forskning rundt skeives rolle i misbruksmiljøet tilgjengelig. I boka Gatekapital beskrives rusmiljøet som et klart paternalistisk samfunn der mannen og de maskuline verdiene settes høyt. Å være kvinne, pingle eller femi anses som å være lavest i misbrukerhierarkiet. (Sandberg & Pedersen, 2006) Men jeg har ikke lyktes i å finne noen litteratur som spesifikt beskriver skeives rolle i rusmiljøet eller rusmiljøets holdninger til skeive. Egenerfaring og uformelle innspill fra andre som kjenner misbruksmiljøet sammenlikner dette med det paternalistiske, konservative og overregulerte hierarkiet man finner i MC-miljøene. Som avviker i disse miljøene blir man ikke inkludert.

Skeivt perspektiv

Levekårsundersøkelsen Seksuell orientering og levekår (Anderssen & Malterud, 2013) danner i stor grad grunnlag for denne oppgaven. Undersøkelsen tar for seg en del faktorer som vil være aktuelle å belyse; rusforbruk, opplevd psykisk helse, livsstil og helsevaner og åpenhet om legning. Den har også en egen forskning på holdninger til LHBT-befolkningen fra 2008 til 2013. Disse forskningene er gjort kvantitativt. Studien har også en kvalitativ del kalt «I skapet anno 2012», der lesbiske, homofile og bifile i Norge skjuler sin seksuelle orientering – og man analyserer hvordan dette påvirker dem og hvorfor de velger å leve i skjul.

Anbjørg Ohnstad og Kirsti Malterud har sammen forfattet boka «Lesbiske og homofile i møte med helse- og sosialtjenesta»

Denne boka beskriver identitet og levekår hos skeive og har også med et helseperspektiv. Det er også et kapittel som omhandler skeive og rus i boka. (Malterud & Ohnstad, 2006)

Skeiv rus

Det er gjort noe norsk forskning rundt skeive og rus; det er også startet opp et eget poliklinisk behandlingstilbud for skeive alkoholikere i Oslo som et resultat av denne forskningen. Det er laget en rapport om dette kalt «Å tematisere homoseksualitet i rusbehandlingen» og denne vil være med på å gi en del innspill til denne oppgaven. (Holmberg & Schjetlein, 2009)

I studien «Skeiv rusbehandling» konkluderer prosjektet med at de antar at homofile og lesbiske kan ha bedre effekt av å delta i” homospesifikke” terapigrupper enn i andre grupper. Dette impliserer ikke en antakelse om at homofile og lesbiske har behov for en annen gruppeterapeutisk tilnærming enn heterofile. I gruppeterapi generelt vil tilhørighet i den heteroseksuelle populasjonen ikke være noe uttalt tema, men være adressert som en implisitt forutsetning. I lys av dette vil adressering av homoseksualitet i egne grupper for homofile og lesbiske egentlig kun innebære at de får tilgang på den samme gruppeterapeutiske tilnærmingen som heteroseksuelle; det dreier seg om terapeutiske faktorer ikke homoseksualitet. (Holmberg & Schjetlein, 2009)

Emilie Prell skrev i 2017 sin masteroppgave ved psykologisk institutt i Oslo under tittelen «Minoritetsstress og sosial tilhørighet blant lesbiske og bifile kvinner i Norge» Denne studien gir et aktuelt innspill til min studie. Jeg kan hente inn noe av de elementene hun beskriver i sin forskning, og den har også gjort meg kjent med forskeren I. H. Meyer der hun har hentet mye av sin bakgrunnsinformasjon. (Prell, 2017)

Queer theory

Queer theory (QT) er en form for teoretisk linse som kan bli brukt i kvalitativ forskning som fokuserer på LHBT identitet og hvordan dens kulturer historisk sett er knyttet til diskurs og

overlapper kjønn og seksualitet. (Creswell, 2014) Jeg bruker begrepet «skeiv» i forskningen. Skeiv er en norsk oversettelse av det engelske begrepet queer. Som identitetsbetegnelse blir skeiv brukt av mennesker som også kan betegnes som heterofile, lesbiske, homofile, transpersoner eller bifile. Folk som definerer seg som skeive mener gjerne at det er feilaktig og undertrykkende å dele mennesker inn i lukkede båser basert seksuell legning. Skeiv brukes også av personer som opplever at de ikke passer inn i samfunnets inndeling av mennesker i to kjønn, mann eller kvinne, og som ønsker å utfordre denne inndelingen. Queer theory er en form for opprør mellom konvensjonelle seksualitets- og kjønnskategorier. Det kan sees på som en reaksjon bortenfor hetero-normativitetens grenser og rammer (Brantsæter, 2001)

Rusbehandling

Noe av den litteraturen som finnes i dette feltet er amerikansk. Artikkelen «Treatment planning for gay and lesbian clients» er noen år gammel, men kan likevel sette noen perspektiver på hvilke temaer som kan være aktuelle å belyse i en behandlingssituasjon der man har skeive i gruppa/som pasient. (Alexander, 1998) Det finnes en britisk serie av bøker kalt Pink Therapy (Dominic Davies, 1996). Bokserien er kjent for å være et godt verktøy, nærmest et oppslagsverk for terapeuter som møter skeive i behandling.

Det er også skrevet norske bøker om temaet – men disse er ikke spesifikt rettet mot skeive i rusbehandling. Kari Lossius fra Bergensklinikkene er kjent for å ha et kjønnsperspektiv i sin tilnærming til rusfeltet, og hennes siste bok «Håndbok i rusbehandling» omtaler også skeive i rusbehandling (Lossius, 2012). Dette er ei nærmest ei oppslagsbok som beskriver rus og rusfeltet. Den beskriver rusmisbrukeren, tilleggslidelser, behandlingsformer og behandlingsretninger.

Jørg Mørland og Helge Waal har forfattet boka «Rus og avhengighet». Dette er ei bok som beskriver rusens effekter, den

tar for seg rusbruklidelser, samsykdommer og andre aktuelle temaer som kan være aktuelle å referere til i denne forskningen. Forfatterne er begge professorer og kjent i rusfeltet som dyktige og anerkjente forskere og klinikere. Boka er ny, og den har fått en status i flere behandlingsinstitusjoner som en god veileder.

(Mørland/Waal, 217)

Også i boka Helsehjelp til personer med rusproblemer (Biong/Ytrehus, 2012) er skeive nevnt, men det er ingen fordypning i temaet. Boka gir en forståelserammme og et etisk perspektiv i rusbehandling. Den beskriver også behandlingsformer. Boka har et klart helsefokus i sin beskrivelse av rusproblemer, og henvender seg i stor grad til yrkesutøvere utenfor TSB.

Tidligere forskning

Det er gjort mye forskning på rus. Dette forskningsmiljøet har vokst i de senere årene. Noe av bakgrunnen for dette er at det nå i større grad anses å være et medisinsk anliggende å ha et rusproblem. Tidligere har rus og rusmisbruk vært preget av en mer sosialfaglig tilnærming. Det har også vært en grad av moralisme i rusbehandlingen. Denne har vært preget av at rus er et viljespørsmål, og alle kan bli rusfri hvis de bare vil nok.

Gammel tankegang handlet også om å måtte nå en form for bunn før man var i stand til å reise seg. Rusfeltet hadde tidligere en lav status i forskningsmiljøet, men etter at leger kunne ta rus og rusmedisin som en spesialisering på linje med psykiatri har statusen økt og med dette også forskningsfokuset (Mørland/Waal, 217)

Det er også gjort mye forskning på skeive. Store nasjonale levekårsundersøkelser er gjort, og mindre arbeider som reflekterer spesielle utfordringer og grupperinger innenfor den skeive verden. Det har blitt en større åpenhet, det er store kull med transer som kommer feiende ut av skapene, og media har fokus på dette. Den

forskningen som har fått størst oppmerksomhet er arbeidet som Anderssen og Malterud har gjort med en levekårsundersøkelse de først foretok i 2008, for så å repetere denne i 2013.

Forskningsrapporten beskriver de endringene som har skjedd på disse 5 årene. Forskningen er bred og omtaler mange aspekter ved å være skeiv. (Anderssen & Malterud, 2013)

Det er også gjort en god del forskning på rusbehandling. Hva virker? Konklusjonen på dette spørsmålet er ganske entydig. Relasjon og tid. Det ser ut som om disse faktorene er universelle, uavhengig av behandlingsideologi, tilnærming eller profesjon. (Lossius, 2012)

Når det kommer til kombinasjon av disse tre forskningsgrenene blir det stillere. Det er gjort lite forskning på skeive i rusbehandling. Det eneste jeg har funnet er en forskning som ble gjort ved Kirkens bymisjon i Oslo der man gjennomførte et forskningsprosjekt i forbindelse med oppstart av et poliklinisk behandlingstilbud til skeive. (Holmberg & Schjetlein, 2009)

Metodisk tilnærming

Metodevalg

Valg av metodikk baserer seg på hva man ønsker å finne i forskningen. I denne studien skal subjektive opplevelser beskrives. Hvordan man føler seg ivaretatt, holdninger og handlinger knyttet til dette. Kvalitativ metode benyttes ofte der kunnskapsgrunnlaget i utgangspunktet er lavt, slik det er i denne forskningen. Det er gjort lite forskning på skeive i rusbehandling og deres opplevelse av ivaretagelse.

En kvalitativ metodikk bygger på fenomenologi – teorier om menneskelig erfaring, og fortolkning av denne (hermeneutikk). I denne metoden utforsker man strategisk tekstlig materiale som man innhenter fra respondenter eller andre kilder. Metoden brukes for å utforske og få større kunnskap om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og

holdninger. Kvalitativ tilnærming egner seg også godt for beskrivelse av dynamikken i samhandling, utvikling, bevegelse og helhet. Målet for metoden er å vise en forståelse snarere enn en forklaring. (Malterud, 2003) På dette grunnlaget anses det riktig å bruke en kvalitativ metode for å finne svar på min problemsstilling og mine forskningsspørsmål.

I en kvalitativ studie identifiseres problemet man ønsker å utforske. Forskeren leser seg opp på feltet og får på denne måten en oversikt over hva man trenger å legge vekt på videre i forskningsprosjektet. Man ser på hva som er gjort av forskning tidligere og utvikler metoder for å innhente de opplysningene man trenger i videre forskning. Forskere avgjør hva slags data man trenger å samle inn og hvordan man skal gjøre dette. Man bestemmer fra hvem man ønsker å innhente data og hvordan man skal gjøre dette for å få mest troverdig informasjon. Etter dette samler man inn data og organiserer og analyserer disse. Neste prosess er å evaluere hvilke data man har og lage nye strategier hvis man ikke har fått inn tilstrekkelig materiell og om man har fått inn de opplysningen man behøver. Det siste punktet er å kommunisere hva man har funnet og gjøre dette tilgjengelig for videre praksis og kommende forskning. (Polit & Beck, 2010)

I denne studien skal jeg utforske hvordan skeive opplever seg ivaretatt i rusbehandling. Deres opplevelser, erfaringer og tanker vil danne grunnlaget for dette. Jeg ønsker også å finne ut hvordan de opplevelsene skeive har i rusbehandling kan være med på å videreutvikle behandlingstilbudet i TSB slik at denne gruppa kan få et behandlingstilbud med fokus på denne delen av pasientpopulasjonen.

Narrativt design

For å få svar på problemstillingen min, og for å få tilgang til deltakerens opplevelse har jeg valgt å bruke et narrativt design. Moderne narrativ forskning er et forsøk på å gjøre opp med antagelser om en objektiv sannhet, om adskillelse av subjekt –

objekt, mening i stedet for årsaksforklaringer. Er det vi som skaper fortellingen eller er det fortellingen som skaper oss?

Jeg ønsker å spørre de som vet mest på dette feltet, nemlig den rusmisbrukende, skeive pasienten som har vært i døgnbehandling TSB i for relativt kort tid tilbake. Det er mange metoder jeg kunne brukt for å innhente denne informasjonen.

Jeg kunne invitere en og en informant med på en form for dybdeintervju og sammenlikne de resultatene jeg fikk ut fra den problemstillingen jeg har. Det ville vært spennende og interessant å bruke denne metoden. Årsaken til at jeg ikke velger denne tilnærmingen er at jeg har en antakelse om at det ville oppleves vanskelig for tidligere pasienter å møte meg. Jeg blir brukt mye i undervisnings-sammenheng ved rusinstitusjoner, og jeg er en person med et stort nettverk. Jeg har også et nettverk i Anonyme Narkomane, en selvhjelpsgruppe der mange ruspasienter får tilhørighet. Jeg har en kjent posisjon i rusfeltet og dette kan virke forstyrrende og førende. Blir en forskers rolle altfor tydelig i materialet blir kunnskapens gyldighet og reliabilitet betydelig innsnevret. Det er viktig å være sin rolle som forsker bevisst når man skal gjennomføre et slikt prosjekt. Jeg som skeiv og rehabilitert rusavhengig og som jobber i rusfeltet og er kjent for å ha mange meninger og meningers mot må ta denne delen på alvor når jeg velger hvilken form jeg ønsker å bruke når jeg innhenter informasjon blant skeive, rehabiliterte informanter (Malterud, 2003)

En annen måte kunne vært å kalle inn aktuelle pasienter og gjennomføre en form for fokusgruppeintervju. Denne tilnærmingen ville innebære at jeg først måtte få institusjoner til å finne aktuelle kandidater i pasientgruppa, inviterer dem med på ei samling og bruke den informasjonen jeg fikk ut av denne gruppa som grunnlag for videre forskning.. Ei fokusgruppe brukes som et verktøy for å forstå menneskers holdninger og meninger om forskjellige sosiale situasjoner. Metoden kan brukes for å oppnå

refleksjoner rundt kulturer, holdninger og fenomener.

(McLafferty, 2004) Grunnen til at jeg ikke velger denne tilnærmingen er at jeg tror ikke fokusgrupper vil fungere for denne gruppen av rehabiliterte rusavhengige. Dette krever deltakelse fra 5-8 informanter og vil være avhengig av at disse møtes på et gitt tidspunkt. Pasientpopulasjonen i TSB kommer fra flere opptaksområder i helseforetaket. Dette tilsier at noen av kandidatene til en fokusgruppe vil ha lang og vanskelig reisevei. Det vil også bli utfordrende å rekruttere så mange informanter og satse på at alle kommer.

I hermeneutisk vitenskapstradisjon kalles historier for narrativer. Hermeneutikk er å forstå som læren om tolkning av tekster. Det er forskerens oppgave å forstå disse historiene, narrative ut fra sammenhenger og hvordan de ble fortalt. En og samme hendelse kan lede til flere varianter av en historie, og man kan derfor ikke måle validiteten av en historie, eller en fortalt opplevelse.

Fortellerens versjon er en av flere mulige. I møtet mellom forsker og informant skapes derfor en versjon av fortellingen, preget av sammenheng, tid, sted, stemning der også forskeren blir en deltaker i utviklingen av historien.

Et narrativ fortelles av et individ i en bestemt sammenheng og med et bestemt sett av opplevelser. Selv-fortellinger plasserer fortellerens selv sentralt i det gitte narrativ. De er i bokstavelig forstand fortellinger av og med selvet i forhold til en begivenhet eller opplevelse. Selv-fortellinger bygger på den antagelse at hvert individ er en historieforteller om selvet og som på denne måten samler fortellinger om seg selv. Disse selv-fortellingene er personlige narrativer, og kan ta form av personlige erfaring-narrativer. (Denzin, 1973)

Min tanke om å basere forskningen på et narrativt design er grunnet i tanken om at respondentene kan bli preget av min tilstedeværelse slik jeg har beskrevet over. Det er også en erfaring om at pasientens lojalitet og takknemlighet til institusjonen der de

har vært til rusbehandling ofte er stor. Det å skulle tenke kritisk, ta høyde for at det kan være at terapeutene ikke har den nødvendige kompetansen eller at jeg som forsker er kritisk vil kunne være med på å farge informantenes bidrag. Det er et mål at informasjonen som gis i så stor grad som mulig er preget av informantenes egne erfaringer og meninger. Hvis forskerens person blir for tydelig i materialet bør man vurdere om gyldigheten og påliteligheten blir innsnevret. Men forskeres rolle er alltid tilstede, og det er naivt å tenke at denne ikke påvirker studien. (Malterud, 2003)

Det finner mange former for innsamling av narrativer innen kvalitativ forskning. På grunnlag av min antakelse om at min tilstedeværelse vil kunne påvirke og forme informantens beskrivelse av sin opplevelse av å være skeiv i rusbehandling ønsker jeg å samle inn informantens narrativ uten at jeg er tilstede. Informantene blir bedt om å sende meg sin historie. De får følgende instruksjoner når det gjelder innsendelse av narrativet.

Jeg ønsker at du skriver ned din historie. Jeg ønsker å høre din opplevelse av hvordan det var for deg å være åpen skeiv i rusbehandling. Det er ønskelig at bidraget ditt ikke overstiger 1400 ord. Jeg ber om at du bruker PC og skrifttypen Times New Roman str 12. Jeg ønsker at du sender meg ditt bidrag i posten (bruk vedlagte frankerte konvolutt) og signerer gjerne med et fiktivt navn. Ikke bruk navn på institusjonen eller behandlere. På denne måten vil verken jeg eller andre kunne kjenne igjen hvem som har bidradd med hva. Hvordan det har gått med deg etter behandlingen er ikke viktig for studien.

Send meg ditt bidrag innen 20 dager etter du har mottatt dette skrivet.

På denne måten gjorde jeg det jeg kunne for å opprettholde anonymiteten til informanten og institusjonen hen var innlagt ved.

I brevet ble også informanten bedt om å belyse følgende spørsmål i sin beskrivelse av tiden i rusbehandling.

- Opplevde du å bli møtt med respekt?
- Hvem aktualiserte at du er skeiv, du eller din behandler?
- Opplevde du at dine behandleren kunnskap om skeive?
- Var det et tema i behandlingen at du er skeiv?
- Hva slags holdninger opplevde du at dine behandlere hadde til det å være skeiv?
- Hva slags holdninger opplevde du at hadde dine medpasienter viste?
- Tenker du at du har egne behov i rusbehandling knyttet til din legning?

I en narrativ tilnærming finnes det en åpning for å utvikle og forandre informantens erfaringsopplevelse. Når man ikke bruker fastsatte spørsmål slik et semistrukturert intervju gjør, vil informantens tanker og betraktninger komme tydeligere fram. I et intervju vil informantens behov for å svare på forskerens spørsmål dominere hvordan man responderer. (Hollway & Jefferson, 2000)

En svakhet ved dette designet er at det krever en del av informanten. Denne må sette seg ned og forfatte en beskrivelse av sin opplevelse av å være i rusbehandling. Det vil også utfordre informanten at hen i denne prosessen blir oppfordret til å tenke kritisk på sin behandlingsprosess.

Utvalg informanter

Jeg velger informanter ut fra et styrt utvalg. Jeg ønsker å innhente informasjon fra dem som kan si noe om saken, altså skeive som har vært i rusbehandling. Jeg inviterer også terapeuter inn i forskningen da deres perspektiv er nyttig for å få fått et bedre svar på problemstillingen; Hvordan opplever skeive seg ivaretatt i rusbehandling?

I kvalitativ metode, narrativ design trenges det ikke mange deltakere. Fra et godt strategisk utvalg kan man utvikle beskrivelser, begreper og teoretiske modeller som forteller om kjennetegn og mening på tross av et lite utvalg. Innsamlet materiell er aktuelt for sammenhenger ut over den sammenhengen der studien blir gjennomført. (Malterud, 2003) Det er historien og det skrevne som er viktig, ikke hvem som har skrevet det.

Jeg satt følgende inkluderingskriterier for informantene

- Informanten har vært åpent skeiv i behandling
- Det er 2 år eller mindre siden hen var i rusbehandling (Døgn)
- Informanten er voksen (over 18 år)

Forutsetningen med å ha vært åpent skeiv handler om at det er ønskelig å innhente opplysninger om hvordan pasientgruppa har håndtert å ha en skeiv inn i gruppa. I forarbeidet til forskningen var jeg i kontakt med terapeuter ved to sentrale rusinstitusjoner i Agder. Begge institusjonene beskrev at det er mange pasienter som ikke ønsket å være åpne om sin legning. De følte imidlertid behov for å informere terapeutene om sin legning. Men de var opptatt av at dette skulle holdes hemmelig. I andre tilfeller antok behandlerne at pasienten var skeiv, men hen sa ingenting om dette. Ingen av institusjonene ville i disse tilfellene spørre eller aktualisere dette for pasienten. Det er avgjørende for en god relasjon at terapeuten er åpen om hva han observerer hos pasienten. Det kan være vanskelig for en pasient/klient å finne ord og være direkte om sin legning. Det bør lages anledninger og arenaer for dette. I dagens helsevesen bør skeive kunne forvente å bli møtt med aksept, bekreftelse og støtte i sårbare faser av en komme-ut prosess. Så lenge det finnes sterke fordommer i samfunnet og uvitenhet om skeiv legning er det viktig at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskaper om skeive og ikke blir

til en ekstra byrde eller i verste fall bidrar til økt risiko for selvmord. (Brantsæter, 2001)

Jeg hadde først en tanke om at jeg ville henvende meg til homofile menn. Bakgrunnen for dette var at det er langt flere menn i rusbehandling enn kvinner. Ca 70 % av de som søker seg til rusbehandling er menn. Det er noe mindre kjønnsforskjell blant yngre (under 24 år) som søker seg til TSB. (Statistisk sentralbyrå, 2009) Disse tallene har vært stabile i lang tid.

I samtale med behandlere på institusjonene kom det fram at det til tross for dette var flere kvinner som stod fram som skeive i rusbehandling. Blant menn var det en klar tendens til at de ikke ønsket at dette skulle komme ut i pasientgruppa, men at de informerte behandlerne om sin legning og ba dem om at dette ikke kom ut. Det var også flere menn som man antok var homofile, men som ikke sa noe om dette verken i gruppa eller til terapeuter. På dette grunnlaget valgte jeg å hente informanter på tvers av kjønnsidentitet og legning. Altså brukte jeg begrepet «skeive» for å innhente informasjon fra alle med denne identiteten. Dette vil innebære både homofile, lesbiske, transpersoner, bifile og intetkjønn.

Jeg startet min rekruttering av informanter ved å henvende meg skriftlig på e-post til ledere av to institusjoner. Der presenterte jeg kort forskningsprosjektet og meg selv. Jeg er godt kjent med begge institusjonene, og institusjonene kjenner også meg. Jeg ba om å få delta på et personalmøte, ledermøte eller et annet aktuelt forum der jeg kunne presentere forskningsprosjektet mitt. Jeg ble ønsket velkommen av begge institusjonene. Jeg hadde med en presentasjon av prosjektet på powerpoint og la dette fram i de fora jeg var invitert inn i. Etter dette sendte jeg en formell henvendelse til institusjonene igjen og ba om at de hjalp til med å rekruttere

informanter fra sin pasientgruppe. Jeg fikk positiv respons. På en av institusjonene måtte jeg også søke til en form for etisk forskningskomite, dette også for å registrere den forskningen som ble gjort ved institusjonen. Jeg møtte ingen hindringer i dette arbeidet.

Neste skritt i rekrutteringen var å sende institusjonene konvolutter som inneholdt et brev til informanten (vedlegg 1) og en frankert konvolutt med mitt navn og adresse påskrevet. Jeg ba institusjonene sende ut disse. Uoppfordret fikk jeg tilbakemelding fra institusjonene om at den ene hadde sendt til 2 mulige informanter, den andre til 4. Det var disse som fulgte utvalgskriteriene. Dette var et lavt antall. I dialog med institusjonene tidligere hadde jeg blitt forespeilet et høyere antall pasienter som oppfylte utvalgskriteriene, men disse antakelsene stemte antakelig ikke da det ble sendt ut såpass få brev fra institusjonene. Dette var pasienter som hadde stått fram som skeive i gruppa i løpet av de to siste årene. Utvalget ble gjort på grunnlag av terapeutenes hukommelse da det ikke er noen kjent registrering av legning i de pasientregistreringsprogram som brukes ved institusjonene.

Kriteriene var satt ut fra følgende forutsetninger; for å få nyere tall og for at informanten skal ha et klart minne av sin opplevelse i rusbehandling ble kriteriet om at hen skulle ha vært i rusbehandling innen 2 år tilbake. Jeg ønsket å finne ut om de opplevelsene jeg hadde for mange år tilbake hadde endret seg, og derfor var det viktig å få et oppdatert bilde av behandlingshverdagen. Det har også skjedd mye i samfunnet når det gjelder holdninger til skeive. Jeg ønsket også å se om disse endringene har nådd rus og behandlingsverdenen.

Det siste kriteriet handlet om at informantene skal være over 18 år. Bakgrunnen for dette er at hvis man skal gjøre forskning på barn/unge under 18 år vil man måtte innhente fullmakter og tillatelser i mye større grad enn med myndige informanter. Det er svært få pasienter under 18 år i disse rusinstitusjonene.

Da dette prosjektet omhandlet studie knyttet til pasienter måtte det også rettes forespørsler om godkjenning av forskningen gjennom Fakultetets etiske komite ved Universitetet i Agder. Det var tvil om dette var en søknad som skulle rettes til Regional Etisk komite (REK), og det ble derfor sendt en fremleggsvurdering dit. REK godkjente forskningsprosjektet uten anmerkninger.

Datainnsamling

I et narrativt design er det historien som er det viktigste. Jeg har bedt informantene skrive ned sine historier om hvordan de opplevde å være i rusbehandling. Jeg sendte et skriv til institusjonen der jeg ba dem sende ut invitasjon til å delta i studien til de pasientene som fylte kriteriene. Jeg håper å få respons fra 6 personer til sammen. De ble bedt om å skrive ned sin opplevelse av å være skeiv i rusbehandling. Det var viktig at informasjonen ut til informantene var klar og tydelig slik at det ikke oppstår misforståelser. Til forskjell fra intervjuer kan informasjonen man mottar i narrativ forskning ikke kompletteres, og dermed kan en heller ikke få oppklart uklarheter. (Olsson, Sörensen, & Bureid, 2003)

Det ble sendt ut brev fra institusjonene til pasienter som fylte kriteriene. Jeg fikk uoppfordret tilbakemelding fra begge institusjonene om hvor mange de hadde sendt ut. Den største institusjonen hadde sendt ut til 2 tidligere pasienter. De forteller at hvis jeg hadde hatt et lengre tidsaspekt enn 2 år tilbake ville det vært langt flere pasienter som hadde falt inn under kriteriene. For

3 år siden hadde de hele 6 pasienter inne som var åpne om sin legning. Det var blant annet et samboende par inne, og dette tror de har bidratt til at det var større åpenhet dette året. Det at noen står fram som skeive i en gruppe vil antakelig bidra til en større åpenhet i pasientgruppa som sådan.

Den andre institusjonen hadde sendt ut til 4 tidligere pasienter. De sa at det var langt flere de kunne sendt ut til, det var mange pasienter de «mistenkte» var skeive, men som ikke hadde vært åpne om dette verken til terapeuter eller medpasienter.

Etter et par uker fikk jeg et svar i posten. Dette var fra en pasient som ønsket å bidra i studien, men beskrev at hen hadde lese/skriveproblemer. Hen ba meg ta kontakt, og jeg ringte. Vi ble enige om at jeg skulle komme og gjennomføre et intervju. Jeg traff informanten hjemme der han bor, i en liten by i Sør-Norge. Jeg tok utgangspunkt i spørsmålene jeg hadde beskrevet i invitasjonen han hadde fått til studien i intervjuet. Jeg tok opp intervjuet ved hjelp av en avlagt mobiltelefon og transkriberte dette senere. Materialet har vært innelåst når det ikke har vært arbeidet med.

Den andre informanten traff jeg tilfeldig på gata. Han kjente meg igjen og fortalte at han hadde hatt lyst til å bidra til studien, men hadde utsatt å svare. Han opplevde også at det var vanskelig å skrive ned sin historie. Vi ble enige om å møtes til et intervju hjemme hos meg. Også nå tok jeg utgangspunkt i de temaene han hadde fått tilsendt tidligere.

Å skrive et narrativ oppleves kanskje mer krevende enn antatt. Begge intervjuobjektene bekreftet dette. De hadde et ønske om å skrive ned sin historie, men var i tvil om hva jeg spesifikt ønsket å vite. De var usikre på hvordan de skulle formulere det de ville formidle og opplevde at dette stod i veien for dem. Dette er en kjent problemstilling når man har en hermeneutisk tilnærming. Sannheten ligger hos historiefortelleren, og ansvaret for reliabiliteten og validiteten ligger derfor hos objektet som

beskriver denne sannheten. (Hollway & Jefferson, 2000) I følge levekårsundersøkelse fra 2013 er det en større andel skeive som har høyere utdanning, (Anderssen & Malterud, 2013) men dette er ikke sikkert angår pasienter i rusfeltet. Vansker med å beskrive sin egen opplevelse kan også være uavhengig av utdannelse-nivå. Man kan også anta at prestasjonsangst og utsettelse var medvirkende årsak til at jeg ikke fikk flere besvarelser enn disse to. Den ene begrunnet altså at han hadde lese og skrivevansker, den andre sa han hadde ønske om å delta, men han opplevde det vanskelig å skrive ned sin historie til meg.

Da forskningen var anonymisert kunne jeg ikke benytte meg av en ny utsendelse med invitasjon (trinnvis rekruttering) til et intervju eller andre tilnæringsmetoder, eksempelvis fokusgruppeintervju. Forsendelsen med invitasjon var også sendt til tilsammen 6 mulige informanter. Erfaringsvis vet jeg også at mange pasienter i rusbehandling er vanskelig tilgjengelig. Mange flytter mye, noen tar tilbakefall, enkelte åpner ikke post.

Supplerende datainnsamling

For å dekke alle dimensjonen i forskningens problemstilling, og for å supplere de data jeg allerede hadde besluttet jeg å gjennomføre et fokusgruppeintervju med terapeuter i rusfeltet. 2 respondenter ble for magert utvalg for å kunne trekke konklusjoner og betegne forskningen som valid. Kvalitative studier bygger sjelden på materialer som består av mange enheter. For å få et godt strategisk utvalg kan man utvikle analyser, strategier, teorier som sier noe om kjennetegn og mening. Man kan, prinsipielt ha et utvalg på en, men en hovedregel er at det bør være flere informanter for å kunne foreta en overføring fra funnene til at forskningen kan være gyldig i flere sammenhenger. (Malterud, 2003)

Spørsmålsguiden til denne gruppa ville jeg lage ut fra de funnene jeg gjorde i analysen fra intervjuene med de skeive som har vært i rusbehandling. Jeg innså også at jeg hadde mange antakelser om

hvordan rusfeltet ivaretar skeive i rusbehandling, så jeg trengte å sjekke ut noe om dette før jeg introduserte selve fokusgruppa.

Derfor tok jeg initiativ til ei pilotgruppe som jeg brukte til å sjekke ut holdninger og kunnskaper hos terapeuter.

Jeg inviterer 4 terapeuter via mail, fra de to institusjonene jeg har rekruttert informanter fra. Jeg får umiddelbar respons på at alle ønsker å delta i forskningen. To dager før gjennomføringen av intervjuet melder to stykker avbud, og jeg kontakter to andre som sier seg villig til å delta. Jeg jobber selv i rusfeltet og har et stort nettverk jeg benytter meg av. Jeg har skaffet et rolig lokale til intervjuet. Jeg ber om at intervjuet kan tas opp på bånd. Jeg bruker en avlagt mobiltelefon til opptak da denne kan låses inn for oppbevaring av data

Alle terapeutene som deltar i pilotgruppa er svært erfarne. Den som har vært ansatt lengst som terapeut har vært over 20 år i bransjen, den som har kortest ansiennitet har rundt 5 år som terapeut. I pilotgruppa kom det fram at det var gode holdninger til skeive blant behandlere/terapeuter. Det virket som om det var gode intensjoner mtp inkludering av skeive i rusbehandling. Terapeutene opplevde det svært positivt å ha skeive i gruppa. Det kom også fram klare indikasjoner på at man opplevde at man ivaretok skeive ved å ignorere deres legning. Tanken var å normalisere dette, å ikke ha fokus på legning i det hele tatt. Med dette mente de at de viste en inkluderende holdning. De hadde ingen innspill på spørsmål om skeive har egne behov i rusbehandling. De hadde heller ingen tanker om hvordan spørsmål om valg av sponsor/fadder/mentor påvirkes av at man er skeiv. De så også at de har noen tilbud (kjønnsdelte grupper) der det ikke er tatt høyde for skeives behov for ivaretagelse. Dette indikerer at de terapeutene jeg traff i pilotintervjuet antakelig hadde lite kunnskap om skeive, og at de hadde reflektert lite deres

behov i rusbehandling. Dette dannet grunnlag for fokusgruppeintervjuet.

Fokusgruppeintervju med terapeuter

Bakgrunnen for valg av fokusgruppe som tilnærming er at jeg mener jeg best kan innhente informasjon som besvarer problemstillingen og forskningsspørsmålene i denne forskningen ved å samle mennesker som jobber med rusavhengige til daglig. En fokusgruppe er en forskningsmetode for innsamling av data. Man samler inn og analyserer informasjon for å kunne fremskaffe informasjon om ulike forhold. Et annet valg for å samle inn data ville være et spørreskjema sendt ut til samme gruppe. Dette vil kunne besvare de spørsmålene jeg forfatter, men ikke gi informasjon ut over dette. Et dybdeintervju med en eller flere terapeuter vil også kunne gi ønsket informasjon, men her vil det ikke utløse den dynamikken jeg ønsker å oppnå for å kunne innhente god og valid informasjon. I en fokusgruppe vil jeg som leder/intervjuer av gruppa (også kalt moderator) bidra til at vil det være en større dynamikk og med dette mulighet for å få en bedre og mer nyansert informasjon til analyse. Jeg vil kunne bidra med opplysninger som gir ny dynamikk til diskusjonen, og jeg vil også kunne hente inn gruppa hvis de beveger seg ut av tema. Det er et mål at det oppstår en fleksibilitet i gruppa, og det er informantene som bidrar til å belyse tematikken. En fokusgruppe åpner mulighet for å oppdage uforutsette forhold, og resultatene i en fokusgruppe kan foreligge raskt. Det tar relativt kort tid å planlegge, gjennomføre og presentere resultatene av en fokusgruppe. Man har imidlertid mindre kontroll over samtalen i en fokusgruppe enn individuelle intervjuer, og det kan være vanskelig å tolke innsamlet data. Det krever en erfaren møteleder eller en person som er vant med å jobbe med grupper og gruppedynamikk. Alle skal få snakke, alles uttalelser er like mye verd. Det kan være vanskelig å få deltakere til å delta i fokusgrupper da enkelte reserverer seg for å mene noe i plenum.

Det krever også tid fra deltakerne. (Nøtnæs, 2001) Fokusgruppe er også en aktuell metode da prosjektleder i forveien har hatt mulighet til å analysere den spesielle situasjonen som er utgangspunkt for intervjuet. Fokusgrupper brukes til å samle inn informasjon som har med følelser, reaksjoner og innstillinger å gjøre. (Olsson, Sörensen, & Bureid, 2003)

Planlegging og igangsetting av fokusgruppa

Jeg rekrutterte deltakerne til fokusgruppa ved å delta på et felles møte for rusterapeuter ved en institusjon. Deltakerne på møtet var klar over at jeg holder på med denne forskningen og flere har vist nysgjerrighet for forskningsprosjektet. De kjente også til pilotgruppa jeg hadde hatt noe tid tilbake. Jeg beskrev forskningen så langt, og brukte noe tid til å forklare hva en fokusgruppe er og hvordan dette fungerer. Det var flere som ønsket å delta, og vi satt av tid og sted for et møte. Jeg lokket med lunsj til deltakerne, og dette ble godt mottatt da møtet strakk seg ut over lunsjpausen. Det var 5 deltakere som meldte sin interesse. For å igangsette ei fokusgruppe må det først identifiseres et problem. I denne forskningen er det forskningsspørsmålene som står i fokus.

1. Hva er skeives behov i rusbehandling?
2. Hvordan blir skeive møtt på deres behov?
3. Hvilke holdninger har behandlerne til skeive i rusbehandling?
4. Hva slags holdninger møter skeive hos sine medpasienter?

Etter å ha gjennomført ei pilotgruppe har jeg observert at terapeuter har lite kunnskap om skeive. Dette bør adresseres. Pilotgruppas strategi for å ivareta skeive er å ignorere/normalisere at deler av pasientgruppa er skeive. De begrunner denne strategien ved å si at det ikke trenger fokus, skeive har ingen behov for spesialbehandling i rusterapi.

I planleggingen er det også viktig å bli bevisst på hvorfor man ønsker å bruke denne tilnæringsformen for å innhente opplysninger. Man må sette seg mål for forskningen. I fokusgruppeintervjuer er det viktig at deltakerne får informasjon om hvilke mål som er satt. Jeg informerte deltakerne først om forskningsprosjektet generelt. Hva er problemstillingen? Hvordan har jeg tenkt å få svar på denne. (Morgan, 1998) Det er ingen deltakere fra pilotgruppa med i fokusgruppa.

En fokusgruppe skal ha en spørsmålsguide som er forankret i tema. Spørsmålene skal være preget av å kunne romme flere svar og innspill, såkalt åpne spørsmål. Disse spørsmålene skal stimulere deltakerne til diskusjoner rundt temaet og sikre ivaretagelse av at man har fått den informasjon man ønsker. Derfor må spørsmålene bevege seg fra det generelle til det spesielle. De skal ha en utforming der de fremstår som ikke-truende til konfronterende. Hensikten med en slik utforming av spørsmålsguiden er å stimulere deltakerne til å delta fra starten av. Spørsmålsguiden skal imidlertid ikke følges slavisk, men være en rettesnor for tematisering. Det er forskerens (intervjuerens) oppgave å stimulere og fokusere på diskusjonen i gruppa og med dette spørre og kommentere med diskurs som mål. (McLafferty, 2004)

Jeg tok utgangspunkt i de temaene jeg hadde bedt informantene belyse og skrev om dem slik at terapeutene kunne svare på disse. Jeg ønsker å belyse hva er praksis, hvilke kunnskaper finnes, hvilke holdninger er aktive, og hvor stor åpenhet er det i rusfeltet for denne delen av pasientgruppa

Jeg hadde med meg følgende spørsmål inn i fokusgruppa

- Hvordan opplever du generelt at skeive blir ivaretatt i rusbehandling?
- Tror du skeive har spesielle behov i rusbehandling?

- Hva betyr heteronormativitet i rusbehandling?
- Hvordan har du fått kunnskap om skeive i rusbehandling (i utdanning eller videreutdanning)?
- Hvis du ikke har fått kunnskap om dette, har du savnet slike tilbud?
- Det har vært en tydelig endring i samfunnets holdninger til skeive de siste årene i form av mer kunnskap og aksept. Hvordan har dette bidradd til endringer i tilnærming til skeive i rusbehandling?
- Hvordan kan skeive oppleve at du viser respekt?
- Kan normalisering bidra til at man ikke snakker om viktige ting?
- Er rusfeltet i endring, og hvordan oppleves i så fall det?
- Hvordan kan den skeive pasienten oppleve at du viser hen respekt?

Jeg vil snakke noe om minoritetsstress og heteronormativitet i gruppa for å mulig bidra med ny kunnskap/en ny dimensjon inn i gruppa. Dette for å nyansere en mulig diskusjon. Jeg vil med dette forsøke å kartlegge praksis, kunnskap, holdninger og åpenhet hos terapeutene.

Disse temaene vil antakelig gi et bedre og mer nyansert bilde av terapeutenes holdninger, kunnskap og bidra til å svare på forskningsspørsmålene jeg har for denne studien. Jeg vil tematisere disse ved å bruke åpne, brede spørsmål, stille meg undrende og være åpen for innspill. Hvis jeg opplever at jeg ikke får svar på spørsmålet er det mitt ansvar som intervjuer å være klar, ikke førende, og bidra til at det kommer tydelig fram hva jeg ønsker å få klarhet i.

Deltakerne i fokusgruppa er annerledes sammensatt enn deltakerne i pilotgruppa. Dette gir grunnlag for større spillerom

og flere innspill. Det er 5 deltakere i gruppa. Alle jobber klinisk som terapeuter, men i forskjellige team innen TSB. Gruppa er sammensatt av 2 menn og 3 kvinner. De har svært variabel bakgrunn. Det er også et visst aldersspenn i gruppen. Alle har minst 3-årig høyskoleutdanning. Noen er sosialfaglig rettet mens andre har en helsefaglig bakgrunn. Alle har videreutdanning i rus/psykisk helsearbeid, det er også en teolog og en terapeut med sexologisk videreutdanning. Det er forskjellige meninger i forskermiljøet om hva som er mest hensiktsmessig når det kommer til homogenitet i ei fokusgruppe, men det er viktig at deltakerne i gruppa har en viss homogenitet. (McLafferty, 2004)

Det homogene elementet i denne gruppa er opprettholdt ved at alle jobber som terapeuter/behandlere i rusbehandling. Deltakerne i gruppa jobber ikke direkte sammen, de har forskjellige pasientgrupper.

Datainnsamlingen foregår ved at vi møtes på et avtalt sted til avtalt tidspunkt. Jeg tar med opptaksutstyr. Jeg ser til at det er en hyggelig stemning i rommet jeg har reservert. Jeg serverer en enkel lunsj. Min rolle blir å skape et ikke-truende, støttende klima for interaksjon mellom deltakerne. Dette gjør jeg ved å bidra med oppklarende innspill, komme med oppsummeringer uten å påvirke dialogen mellom deltakerne i for stor grad. Jeg skal prøve å lese nonverbal kommunikasjon mellom deltakerne, la alle komme til orde og se til at man holder fokus i diskusjonen. Jeg skal fremstå nøytral og oppfordre deltakerne til å delta med sine betraktninger. Jeg skal komme med edukative innspill og la deltakerne reflektere over disse. (McLafferty, 2004)

Jeg vil bare gjennomføre ett fokusgruppeintervju, og funnene jeg gjør her vil supplere de funnene jeg har gjort i intervjuene jeg hadde med informantene.

Gjennomføringen av fokusgruppeintervjuet gikk bra. Det var et stort fokus blant deltakerne. Det var en person som ikke møtte, så gruppa bestod av to menn og to kvinner. Deltakerne var aktive og alle tok ordet og snakket. Det ble en spennende prosess fra å være lukket og forsvare gjeldende praksis til at deltakerne i gruppa åpnet opp og viste at de så nye forståelser og muligheter rundt behandling av skeive i rusbehandling.

Som forsker er det viktig å evaluere og forstå hva som skjedde i fokusgruppa. Da vi samlet oss informerte jeg om at dette forskningsprosjektet ikke hadde som intensjon å peke på eller kritisere gjeldende praksis rundt skeive. Jeg sa noe om at informantene hadde kjent seg ivaretatt i rusbehandling, men at jeg likevel så at det var noen indikasjoner på at deres opplevde ivaretagelse handlet om ignorering av skeiv identitet og legning. Det var ikke noe tema i terapirommet. Informantene hadde også nevnt at det ignorert at medpasienter fikk spøke og harselere med dem som stod fram som skeive. Dette ble tolket som et tegn på aksept og inkludering av både pasienter og terapeuter. Jeg sa jeg ønsket å utforske hva som ligger bak dette og drøfte hvilke muligheter dette kan gi.

Fokusgruppeintervjuet varte i en time. Da diskusjonen ebbet ut og det var naturlig å avslutte refererte jeg hovedpunktene i diskusjonen sammen med deltakerne for å forsikre meg om at de var enige i min opplevelse av gruppeintervjuet. Det var ingen innsigelser.

Analyse av innsamlede data

Studien har en fenomenologisk- hermeneutisk forståelsesramme. Dette innebærer å forstå menneskers erfaring og livsverden. Dette gjør jeg gjennom å lese teori og sette dette i sammenheng med min fortolkning av betydningen av dette. Disse retningene

representerer to forskningstradisjoner som henholdsvis er opptatt av å forstå menneskets erfaringer og livsverden og fortolkning av mening. Forståelse har grunnlag i en epistemologisk posisjon, som hevder at kunnskap ikke er gitt og skal avdekkes, men kunnskap blir til i dialog og møte med den andre. Derfor er jeg opptatt av å få i gang en diskusjon med terapeuter for å finne ut deres kunnskap, deres holdninger, deres tanker om dette å ha skeive i rusbehandling. Dette er en konstruktivistisk forståelse av hva den kvalitative analysen gir. I hermeneutikken er fortolkning av fenomener ut fra deres kontekst avgjørende (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015)

Jeg vil bruke tematisk analyse som verktøy for å bedre kunne systematisere og analysere de funnene jeg har gjort i møte med informantene og i fokusgruppa. Jeg vil gjøre kategorisering av informasjon jeg har innhentet manuelt. Dette gjøre jeg ved å transkribere intervjuer jeg har gjort med informanter. Jeg klipper dem opp, tar dem noe ut av sammenheng og grupperer dem på nytt. Jeg vil følge en gitt analyseprosess for å sikre at jeg gjennomfører analysedelen på en ansvarsfull og nøyaktig måte. Dette for å best kunne formidle de funnene jeg har gjort på en måte som lar seg beskrive. Fokusgruppeintervjuet vil jeg ikke transkribere, men bruke lydbåndopptak jeg gjør under intervjuet som utgangspunkt for kategorisering, koding og rekotekstualisering for å vise hvilke funn jeg har gjort.

Analyseprosessen vil reflektere Malteruds tolkning av Amedeo Giorgis prosedyre på 4 tinn for å gi et fenomenologisk deskriptivt bilde av de funnene som er gjort i forskningen. Jeg følger samme mal for analyse for begge datainnsamlingsprosessene, både der jeg har innhentet data fra informanter og fra fokusgruppeintervjuet.

Trinn 1 beskriver i et fugleperspektiv innsamlet materiale og forskeren oppsummerer dette for å gi et helhetsinntrykk.

Trinn 2 består i å identifisere temaer/meningsbærende elementer som kategoriserer informantenes uttalelser

Trinn 3 omhandler å abstrahere disse temaene/elementene. Disse skal kodes og tas ut av sammenhengen. (Dekontekstualisering)

Trinn 4 settes bitene sammen igjen (rekontekstualisering) og man sammenfatter og gjør nye begrepsavklaringer for å gi et tydeligere, mer raffinert bilde av funnene.

(Malterud, 2003)

Den skeive rusmisbrukeren/informanten

Informantene har begge vært innlagt i døgnbehandling TSB for rundt to år tilbake. Begge har vært åpne om sin legning i behandlingen. Begge er godt voksne menn som identifiserer seg som homofile.

Informant A møtte jeg hjemme hos ham i en liten sørlandsby. Han har også vært i rusbehandling en gang tidligere ved samme institusjon. Den gangen var han mer usikker på om han skulle være åpen om sin legning enn nå. Han spurte da sine terapeuter om han skulle nevne dette for gruppa, og fikk bekreftet dette. Denne gangen spør han ikke, men han forteller ikke dette før han må. Dette skjer når han skal legge fram sin livshistorie for gruppa. Dette skjer et litemykke ut i behandlingen. Han beskriver at han var spent på reaksjoner fra gruppa når han gjør dette. Han sier hans frykt var ubegrunnet, han ble godt tatt imot, sier han. Neste gang han aktualiserte sin legning var i temagruppe «negative konsekvenser av rusen» Her avslørte han en del skambelagte konsekvenser. Mye var knyttet til seksualitet, eksempelvis kjøp av prostituerte. Han ble henvist til etisk rådgiver for å samtale om dette. Han beskriver stor tillit til etisk rådgiver og sier seg takknemlig for å få denne anledningen. Denne rådgiveren viste stor aksept og fortalte at han hadde hatt kjennskap til

homoseksualitet. Etisk rådgiver har ingen rapporteringsplikt til terapeuter i gruppa eller medpasienter. Han fører heller ikke journal. Dette er altså et tilbud som er helt isolert fra behandlingen.

Ut over dette var ikke legning noe tema, bortsett fra spøk og morsomheter fra medpasienter. Dette tolker informanten som en indikasjon på aksept. En del av behandlingsopplegget omhandler å skaffe seg en fadder/mentor utenfor institusjonen. Dette opplevde informanten vanskelig da man blir anbefalt å finne en fadder av samme kjønn. Han uttrykte usikkerhet i forhold til hvor han stod i en slik relasjon. Var det mer hensiktsmessig med en homofil sponsor? Informanten gav ingen indikasjon i intervjuet på at han hadde fått hjelp og veiledning på dette. Informanten beskriver et heftig rusmisbruk knyttet til det skeive miljøet han tilhørte.

Han sier at hans behandlere ikke hadde noen særlig kunnskap om det å være skeiv, og at det var jo ikke dette som var temaet i behandlingen. Han følte seg inkludert og akseptert av sine behandlere.

Informant B ønsket at vi skulle møtes hjemme hos meg. Han er også svært fornøyd med sin behandlingssituasjon. Han sa ifra med det samme han kom i gruppa at han var skeiv. Han hadde egentlig ikke vært åpen om dette tidligere. Han forteller at han kom ut for noen år siden. Da brøt han ut av en etablert familie med kone og barn. Etter dette startet et heftig rusmisbruk. Han var ikke åpen om sin legning i det offentlige rom. Så dette var hans første offentlige outing. Han beskriver at han var svært spent på reaksjoner i gruppa. Rent generelt ble han tatt godt imot. Det var noe motstand, beskriver han. Men dette ble bedre etter hvert. Også denne informanten beskriver at han tolket spøk og moro rundt det å være skeiv som en indikasjon på aksept og inkludering. Selv om dette tok såpass mye fokus at miljøpersonell

tok tak i det og spurte ham om det var ok at det ble tematisert på denne måten.

Han sier det ikke var noe tema i det hele tatt at han er skeiv. Han sier hans terapeuter ikke hadde særlig kompetanse på dette området. Men det var jo ikke det at han var skeiv som var tema i behandlingen. Han opplevde det ekskluderende at det var organiserte mannegrupper der man tok opp sex, relasjoner med kvinner osv. Her kjente han seg ikke hjemme. Han beskriver at han følte seg svært utenfor. Dette sa han ifra om, men det ble ingen endring. Han følte ikke at han kunne snakke om sin egen seksualitet i dette forumet. Han hadde også lite erfaring med samkjønna sex på dette tidspunktet, sier han.

Begge disse mennene forteller at de har hatt en god opplevelse i rusbehandling, til tross for at de beskriver punkter der de ikke har følt seg møtt og ivaretatt. Begge forteller også, utenfor intervjuet, at de er rusfri og har en økt livskvalitet. Begge er åpne om sin legning nå. Ingen har partner, det hadde de heller ikke da de var i behandling. Begge kommer også med uttalelser om at det ikke var relevant å ta opp temaer som omhandlet legning i rusbehandlingen. Samtidig var det fritt fram for andre å snakke om sine relasjoner og sin seksualitet. Og begge beskriver et økt rusmisbruk knyttet til et skeivt miljø. De beskriver begge en form for utenforskap, skamrelaterte opplevelser og lite veiledning rundt hvordan de skulle håndtere denne delen av livet videre i rehabiliteringen.

Begge informantene tok selv initiativ til å fortelle gruppa om sin legning. Den ene holder dette skjult fram til han skal fortelle livshistorien sin, den andre benytter første anledning i en presentasjonsrunde. Dette var å anse som et gjennombrudd for ham da han ikke tidligere har vært åpen til andre enn til familien og andre homoseksuelle om sin legning.

Grappa håndterte informasjon om at informantene identifiserte seg som skeive med vitser og morsomheter på deres vegne. Det kom sågar til et nivå der miljøpersonell tok dette opp med en av informantene. Ikke med grappa som stod for denne sjangeren. Det at grappa bruker denne tilnæringsmåten som en form for devaluering og tegn på utenforskap. Det blir også opp til informanten (pasienten) å definere om dette er akseptabelt eller ikke.

Det at ikke terapeutene aktualiserer at pasienten er skeiv, og spesielt når det gjelder Informant B som kommer offentlig ut som skeiv i rusbehandling og knytter store deler av sin problematikk opp mot legning og identitet. Rusbehandling skal ivareta hele pasienten. Den skal fremstå som tverrfaglig og ivareta alle pasientens livsområder. (Lossius, 2012)

Koding

Informantene har beskrevet sin opplevelse av å være skeiv i rusbehandling. Jeg har rekonstruert intervjuene, gruppert dem i koder for lettere å systematisere de funnene jeg har gjort. For å synliggjøre prosessene har jeg utarbeidet en matrise som illustrerer hvilke koder jeg har brukt, og hvor mange treff på denne koden jeg har trukket ut av intervjuene med informantene.

(Tabell 3)

Kode	Informant	
	A	B
Skam	4	2
Tilhørighet	2	2
Manglende tilhørighet	2	6
Manglende tematisering	4	3

Manglende kompetanse hos terapeut	1	1
Holdninger i pasientgruppa positive	6	3
Holdninger i pasientgruppa negative	1	1
Forbindelse mellom rus/skeiv	1	2
Særlige behov	2	3

(Figur3)

Skam: Det var en klar representasjon av uttalelser som var knyttet til opplevelse av skam. *Jeg var nervøs og holdt på å gjøre i buksene da jeg skulle fortelle at jeg var homo. Jeg veldig redd for at de skulle behandle meg annerledes. Jeg var jo veldig spent på hvordan de ville ta imot meg. Jeg har jo skjult meg i 40 år, det er vanskelig å snakke om, jeg er så gammel og homofil. Jeg var så redd for at de skulle behandle meg annerledes eller at de skulle være oversnille med meg. Eller ta avstand fra meg.*

Tilhørighet: Informantene hadde klare uttalelser knyttet til opplevd tilhørighet. *Jeg følte meg som en av gruppa. Jeg følte jeg var en likeverdig person på høyde med de andre. Jeg følte ingen form for diskriminering. Men jeg følte meg akkurat som en i gruppa. Verken mer eller mindre. Det var en veldig fin opplevelse.*

Manglende tilhørighet. Uttalelser knyttet til dette punktet omhandlet i stor grad opplevd annerledeshet. *Altså, jeg må liksom forklare. Hvem jeg er i dag? Føler jeg, da.*

I noen situasjoner følte jeg meg utenfor hele systemet. Det var ikke mye inkludering, liksom. Det var en som var litt tilbakeholden. Han hadde nok noen tanker om homofile menn. Det hadde han liksom prøvd å holde på avstand i flere år. Jeg var den første homofile mannen han likte. Det

var ufattelig mange homsevitser en periode og da husker jeg at en av disse miljøarbeiderne spurte meg om det var greit. Det gikk litt for langt. Det er helt greit at de har det moro på mine vegne. Det var vitser og sarkasme til meg som homofil og sånn. Jeg synes det var morsomt. Når en er i denne behandlingen er det vel dette (å være skeiv) som er minst viktig. På en måte. Jeg er ikke den typen som går rundt og flagger at jeg er det. Jeg forteller det til venner og familie og sånn. Jeg følte meg utenfor når det var kjønnsdelte grupper, det var litt ekkelt.

Manglende tematisering. Informantene rapporterer at det kun var to anledninger der det ble aktualisert at de var skeive. *Jeg sa det i livshistoria, og så kom det jo fram i konsekvensene. Vi pratet ikke mer om det, enn at jeg skulle ha det med i livshistoria. Ellers var det ikke noe tema. Det var ikke mer å prate om. Det er viktig at de visste jeg var homofil. Det var nesten første gang jeg åpnet kjeften at jeg sa det. Da jeg var ferdig med å lese livshistoria var det ikke mer å prate om. Så det ble ikke noe mer.*

Mangel på kompetanse hos terapeuter: Det er ikke så klare indikasjoner på opplevd mangel på kompetanse hos terapeutene *Det er jo et interessant spørsmål om de kunne noe om å være skeiv. Jeg tror ikke de har lagt så mye vekt på det. Nei, vi er jo alle mennesker og sånn. Når det gjelder det burde det ikke ha noe å bety, men jeg tror ikke de har noe spesiell, nei jeg vil ikke si de har kompetanse på dette. En jeg må trekke fram som var veldig positiv var presten. Han var en veldig god person å ha der. Jeg kunne nok tenke meg at det ble mer tematisert. Vi ble jo behandlet likt alle sammen.*

Positive holdninger: Dette punktet dreide seg om opplevde holdninger i pasientgruppa *Da jeg fortalte*

livshistoria var det en som viste sånn, tommelen opp! Jeg føler meg likestilt med de andre. Jeg merket aldri noe negativt. Det var helt topp, det. Jeg var redd for oppfattes annerledes, men jeg merket ingen forskjell. Jeg følte meg akkurat som en i gruppa, verken mer eller mindre.

Negative holdninger: Dette punktet omhandler opplevde negative holdninger i pasientgruppa *Det var helt greit at det hadde det moro på min bekostning. I en annen setting ville det kanskje vært litt sånn.. Å ha det moro med det. Det var mange vitser om homser og sånn.*

Forbindelse rus/skeiv: Dette punktet handlet om opplevd forbindelse mellom det å være skeiv å ha et økt misbruk av rusmidler. *Da følte jeg at jeg ikke kunne skrive ei ærlig livshistorie uten at dette var med. Det var en så stor del av rusproblemet mitt. Jeg kom ut i 2007 og det er klart fra da til jeg kom i behandling var de verste drikkeårene jeg hadde. Jeg var på en måte skjult til jeg kom i behandling. Jeg levde et utsvevende liv og ruste meg mye.*

Særlige behov: Dette punktet omhandler informantens mulige behov for en tilnærming eller tilrettelegging i behandlingen knyttet til legning. *Jeg følte meg utilpass når det var mannegruppe og mye snakk om sex og damer og sånn. Da følte jeg meg ikke hjemme i det hele tatt. Det synte jeg var ubehagelig av og til. Jeg kunne ikke snakke om min egen sex. Jeg hadde jo knapt hatt sex. (med menn) Da følte jeg at jeg satt der borte og alle andre satt her og hadde det gøy. Jeg visste ikke om jeg skulle ha en mannlig fadder, eller en homofil fadder. Det var ingen som snakket om dette. Tenker du at du har egne behov som homofil i rusbehandling? Nei.*

Resultater

Etter gjennomgang av materialet er det behov for en ytterligere systematisering og beskrivelse av funnene som er gjort. Det grupperte materialet satt i sammenheng med hendelser gir en ny beskrivelse av innholdet i funnene.

Svak identitet

Begge informantene beskrev at de var redde for å bli oppfattet som annerledes enn de andre pasientene i gruppa. Begge påpekte at deres legning ikke var tema i behandlingen, men det var ikke derfor de var der. Deres opplevelse av at legning hadde en underordnet betydning for rusbehandlingen mener de.

«Da jeg var ferdig med livshistoria var det ikke mer å prate om»

Det var ikke et tema at pasientene var skeive bortsett fra da de la fram sin livshistorie og konsekvensoppgaven for gruppa. Det var verken et tema i de terapeutiske gruppene, i gitte oppgaver som samtaler generelt. Ikke rundt deltakelse i kjønnsdelte grupper, valg av sponsor/fadder eller noen sammenhenger. Dette gjaldt for begge informantene. Det ble kun nevnt av informantene selv da de la fram sin livshistorie og senere i en oppgave alle gjør som kalles negative konsekvenser av rusen. Behandler/terapeut aktualiserte ikke dette i noen sammenhenger.

Livshistorien er en handling som gjøres av alle pasienter i dette behandlingsprogrammet etter å ha vært i behandling i en uke. Da legger pasienten fram en beretning om sitt liv for gruppa og terapeuter. Som regel er denne beretningen nedskrevet og blir lest opp av pasienten. Pasienten får tilbakemelding på dette fra sine medpasienter ut fra et gitt skjema. Terapeutene gir også pasienten en oppgave basert på livshistoria. Med andre ord er denne historien viktig for videre tilnærming og behandlingsplan.

En annen arena informantene beskriver de har aktualisert sin legning er i det de omtaler som «konsekvensene». Denne

oppgaven innebærer at pasienten setter opp negative konsekvenser av rusen i et skjema. Dette gjøres som regel i uke 4 i behandlingen. De fører man opp punkter under temaer som omhandler økonomi, helse, arbeid, aktiviteter, sex/relasjoner og hvordan rusen har påvirket disse områdene negativt. Skjemaet overføres til ei tavle der man legger fram disse konsekvensene for gruppa, og gruppa gir sin tilbakemelding. Begge informantene hadde satt opp seksualitet som et problemområde. Dette er i og for seg en normalitet da rus og rusmisbruk påvirker relasjoner og seksualitet på en negativ måte for alle. Dette var de eneste gangene legning ble aktualisert i behandlingen, forteller informantene.

Dette fravær av oppmerksomhet knyttet til legning kan settes i sammenheng med manglende kompetanse hos terapeut. Det er imidlertid en lav score på dette fra informantene. De ble ikke noen gang spurt om hvordan det var å være alene skeiv i rusbehandling. Den ene informanten «kom ut» i behandling etter 40 års hemmeligholdelse av at han er skeiv. Dette ble ikke adressert eller ivaretatt. Det ble ikke gjort noen tiltak fra terapeutenes side for å styrke den skeive identiteten for disse informantene. Den ble verken anerkjent eller underkjent.

Behov for å passe inn

Temaer som legning, identitet, tilhørighet og opplevelse av annerledeshet var ikke et tema i rusbehandling for disse informantene. Informantene scorer også lavt på koden tilhørighet i sine uttalelser

«..da følte jeg meg utenfor hele systemet. Det var ikke mye inkludering, liksom»

Manglende opplevelse av tilhørighet scorer høyere. Selv om begge informantene sier de føler seg godt tatt imot i gruppa, viser utsagn at de ikke opplever tilhørighet. De uttrykker imidlertid ikke noe behov for å tematisere sin legning i rusbehandling, men

det kan også handle om deres behov for å ikke ta for mye plass, ikke være spesielle eller deres opplevelse av skam over å ha en avvikende legning. Det var arenaer der de var tydelig utilpass. Samtidig var deres ønske om å tilhøre svært stort. De trakk begge fram en åpen harselering og spøkefulle kommentarer fra medpasienter som et tegn på inkludering. De lot dette fortsette, selv om det gikk svært langt. De opplevde at medpasienter hadde en positiv holdning til det å være skeiv i rusbehandling. Opplevd utenforskap handlet om deltakelse i kjønnsdelte grupper, valg av sponsor/mentor og manglende fokus på legning. Begge informantene setter problemfylt rusbruk i sammenheng med sin legning, uten at dette blir tematisert.

Utenforskap

Jeg var så nervøs og holdt på å gjøre i buksene da jeg skulle fortelle livshistoria mi..

Informantene beskriver en stor grad av skam. Den skammen informantene beskriver handler om skam i forhold til andres oppfatning av dem, ikke skam over hva de har gjort. Heller ikke skam over å være skeiv. De beskriver en mindreverdighetsfølelse og en frykt for å ikke bli akseptert. Det er ingen som på noen måte sier at de skammer seg over legning. Deres uttalelser bekrefter skammen i form av hva de tillater fra andre pasienter, hvordan de ikke ber om hjelp/veiledning når det kommer til spørsmål rundt fadderskap eller deltakelse i kjønnsdelte grupper. Deres underdanige holdninger når det gjelder å rapportere egne behov for å adressere legning blir også tolket som et uttrykk for skam.

Supplerende datainnsamling

2 informanter fra rusbehandling anses for å være et for magert utvalg å trekke konklusjoner fra i forskningen. Det var kun 6 pasienter som fylte kriteriene for å kunne delta i forskningsprosjektet, og 1/3 deltakelse er et ganske godt utvalg. Likevel ønsket jeg å få en bredere informasjon slik at jeg kunne

gjøre en mer valid forskning. Jeg henvendte meg derfor til behandlere i rusfeltet og spurte om å få gjøre et samlet intervju med dem. De visste alle om forskningsprosjektet og har uttrykt nysgjerrighet til dette. Det møtte 4 erfarne behandlere til et pilotintervju. Dette intervjuet dannet grunnlag for et påfølgende fokusgruppeintervju.

Inntrykk etter fokusgruppen

I starten av fokusgruppeintervjuet informerte jeg om at hensikten med dette gruppearbeidet ikke var å gjøre endringer eller kritisere praksis. Det er diskusjonen som er målet. Jeg presiserer at anonymiteten til institusjon og person blir opprettholdt. Jeg forteller også at lydopptak vil bli innelåst og at jeg ikke skal transkribere gruppearbeidet. Jeg sier også at de gjerne må tenke generelt når jeg spør om praksis i rusfeltet. Denne forskningen skal ikke sette denne ene institusjonen under lupen.

Første spørsmål handlet om hvordan deltakerne i gruppa generelt opplever at skeive blir ivaretatt i rusbehandling. Det ble presisert at enkelte terapeuter kartla legning, andre ikke. Dette ble gjort med spørsmål om du forelsker deg i gutter eller jenter. Dette kom også an på hvilken funksjon man har i behandlingslinja. Denne kartleggingen ble ofte møtt med forbauselse fra noen pasienter. Dette spørsmålet avslørte også at mange har hatt samkjønna sex som ruset, og en slik handling førte til forvirring rundt legning. Denne forvirringen ble ofte ivaretatt i individualsamtaler med sexologisk rådgiver. Det er pasienten selv som tar initiativ til disse samtalene. De som er åpne skeive får mindre fokus. Jeg opplevde en klar enighet om at den beste ivaretakelsen av skeive i rusbehandling var å normalisere dette. Likebehandling signaliserte aksept. Deltakerne kom med eksempler og innspill der holdningen var «alle er en del av et fellesskap, og det å være skeiv er ikke noe spesielt. Her har vi fokus på rus»

Etter at alle har sagt noe om at de opplever at man signaliserer aksept ved å normalisere, behandle likt og ignorere skeiv legning

gir jeg en kort innføring i begrepet minoritetsstress. Jeg beskriver de fire elementene som er med på å skape denne stressopplevelsen og hvordan dette kan virke i noens liv. Jeg bruker en enkel plansje for å illustrere begrepet.

Jeg stiller igjen spørsmålet om skeives behov i rusbehandling. Et innspill som kommer da er at det ikke er alle som trygger den skeive i behandlingen. Det er fint at noen gjør det. Det blir også nevnt at man har undervisning som går på seksualitet, tenningsmønstre og ekstremsex under ruspåvirkning. De som er usikre på egen legning bør ivaretas spesielt. De åpne homofile eier sin legning, sies det. De som er trygge på sin legning klarer å ivareta dette selv. Samtalen går på andre minoriteter i behandling, eksempelvis mørkhudede. Holdningen her er at disse må ivaretas. Også når det gjelder vitser og bemerkninger i gruppa. Jeg spiller inn at informantene har uttalt at det er mye harselering og morsomheter fra medpasienter rundt det å være skeiv, og at pasientene har tolket dette som en form for inkludering. Dette skaper en diskusjon i fokusgruppa rundt at man har et stykke å gå når det gjelder dette med å ivareta alle som fremstår som annerledes. Det er mye krenkelser og sårhet. Det er nok et tema i større grad nå enn før, sies det. Spesielt når en pasient transer mellom kjønnsuttrykk og dette skaper forvirring i pasientgruppa. Ett utsagn går på at den skeive selv må ta ansvar for å stoppe harselering og morsomheter rundt dette.

Terapeutgruppa sier at det er viktig å ivareta alle pasienter, uansett. Uansett hva du representerer. Her er det ingen fordommer. Og man har grupper som fokuserer på holdninger der det er annerledeshet, også i form av å være skeiv, er tema.

Homsevitser og slikt må man akseptere, det er ofte den skeive som legger opp til dette, sies det.

Jeg lanserer begrepet heteronormativitet, dette er et ukjent begrep for gruppa og krever forklaring. Spørsmålet etter dette blir; hva

betyr heteronormativitet i rusbehandling? Det blir stille lenge, og jeg nevner kjønnsdelte grupper som et eksempel. Dette skaper resonans. Deltakerne i gruppa blir aktive og sier de ser at de ser at dette er et heteronormativt tiltak. Jeg spør hvordan de tror en homofil mann har det i ei mannsgruppe, kan han snakke om sin seksualitet blant menn? Dette er avhengig av hvor trygg denne mannen er, sier en deltaker. Hun sier også at det tar 7 år å komme ut av skapet. Diskusjonen går videre på tema hemmeligheter. «Du skal ikke ha hemmeligheter her» sies det. Dette er en del av ideologien ved institusjonen.

Gruppa begynner nå å bli litt løsere. De begynner å spørre hverandre. Det oppstår en større grad av diskusjon og prosess i gruppa. Prosessen beveger seg fra tanken om at det er god ivaretagelse å ignorere at pasienter er skeive mot at de kan være de har en større opplevelse av utenforskap enn andre pasienter. Det er enighet i gruppa om at de fleste pasienter i rusbehandling kjenner på en form for utenforskap, men det kan være at skeive har en større belastning her. Det er enighet om at det nok er mer vanskelig å møte dette temaet enn tidligere antatt. Det kommer også fram at dette nok er vanskelig for den skeive også. Skyld og skam rundt legning blir tematisert, bibelbeltet blir trukket fram. Tanken om normalisering henger enda igjen, men diskusjonen har fått flere valører. Det kommer fram påstand at det er mange åpne skeive i rusbehandling. «Vi har så mange skeive i behandling hos oss. Det er få i skapet,» er påstanden. Det kommer motargumenter til dette fra resten av gruppa. De kjenner til at det er mange skjulte skeive i rusbehandling. Det snakkes om kommunikasjon og hvordan det kommuniseres med skeive pasienter.

Jeg spør hvordan skeive kan oppleve at du viser respekt? Igjen kommer normalitetstankegangen. Det er flere som støtter seg til at det er en god strategi å ikke nevne legning i det hele tatt for å vise

at her er du en av oss, uansett. Det anses også som en respektfull handling at noen av pasienten blir spurt om legning ved inntak. Og her blir det ofte supplert med oppfølgingsspørsmål om hvor lenge har du vært skeiv osv. Det virker som om dette ikke er en standardisert del av inntakintervjuet; det er kun en terapeut som gjør dette. Jeg spør om det kunne være aktuelt å spørre en homofil om hvordan det er å være homofil i behandling. Dette anses som en god vinkling. Da kommer det flere positive reaksjoner. Det foreslås av et gruppemedlem også å kanskje høre med noen om hvordan det er å være skeiv i et rusmiljø. Det er det ingen som har spurt noen om. Dette blir også godt tatt imot av gruppa.

Har de endringene som er i samfunnet i form av mer kunnskap og aksept har bidradd til endring i rusbehandling? Hva opplever de har forandret seg? Det kommer fram at det er erfaringer med at ei pasientgruppe kan ha ganske dårlige holdninger til skeive i utgangspunktet, men når det kommer inn en som er åpen om sin legning legger dette seg. Det er en generell oppfatning at det blir kommunisert mer i rusbehandling om skeive. Og at dette er normalt. Samtidig er det er argumentasjon som tilsier at man har en vei å gå i rusfeltet. Det blir snakket lite om skeive, og det blir snakket lite til skeive om at de er skeive.

Jeg spør også om dette med seksualitet og legning har vært en del av utdanningen til dem som er i gruppa? Det er en deltaker med sexologisk videreutdanning, så jeg adresserer dette spørsmålet til resten av gruppa. Det er ingen som har hatt dette. Jeg spør om de har savnet dette, og det bekreftes. Jeg spør også om det har vært gitt tilbud om kurs eller videreutdanning med legning og seksualitet som tema. En av deltakerne har vært på to internasjonale konferanser om temaet, de andre har ikke hørt om annet enn et 20 studiepoeng kurs ved Uia. Ingen har blitt anbefalt

eller bedt om å ta denne videreutdanningen. Det er innspill i gruppa om at dette ville vært nødvendig

«Kan normalisering bidra til at man ikke snakker om viktige ting» er siste spørsmål jeg spiller inn. Dette spørsmålet genererer en diskusjon om skeives behov og hvordan man bør gi rom for deres historie på en ny måte. En av deltakerne i gruppa forteller om at han var invitert på en fest der han var den eneste heterofile. Og han sa humoristisk at da følte han seg utenfor. Samtaletema, par-konstellasjoner, berøringer og andre ting gjorde at han kjente seg annerledes. En annen deltaker repliserte at «sånn har de skeive det hele tiden».

Koding

Etter å ha gjennomgått opptak av fokusgruppa flere ganger sitter jeg igjen med et utvalg av meningsbærende enheter. Dette er utsagn som jeg vurderer bærer med kunnskap om temaer som er aktuelle for problemstillingen. Disse kategoriene reflekterer holdninger, handlinger og behov hos fokusgruppa. For å synliggjøre dette setter jeg opp en matrise som sier noe om hyppigheten av utsagn knyttet til dette (Fig 4)

<i>Tema</i>	<i>Bagatellisering/ normalisering av legning</i>	<i>Positive holdninger, inkludering</i>	<i>Seksualisert fokus</i>	<i>Behov for kunnskap</i>	<i>Åpenhet, trygging, ivaretagelse</i>
<i>Hyppighet</i>	33	26	21	13	16

Fig 4

Bagatellisering/normalisering av legning. Det var gjennomgående at det var en enighet i fokusgruppa at man viste aksept og inkludering av skeive ved å ikke tematisere dette. Det å være nøytral til legning ble presentert som en verdi og en måte å vise at det var likegyldig om du er heterofil eller skeiv.

Positive holdninger, inkludering. Det var et stort ønske om å vise at man hadde positive holdninger og ønsket å inkludere skeive pasienter i gruppa. I diskusjon i fokusgruppa kom det fram at det bør settes større fokus på dette for å få til en ytterligere bekreftelse til skeive om aksept

Seksualisert fokus Det var et tydelig fokus skeives seksualitet i gruppa. Man brukte stadig ord som tenningsmønstre, refererte til pornografi, samkjønna fantasier

Behov for kunnskap. Dette punktet ble tematisert av forsker, men også før denne tematiseringen kom det stadig opp uttalelser som etterlyste mer kunnskap om skeive.

Åpenhet/trygghet/ivaretagelse. Dette temaet reflekterte fokusgruppas uttalelser om hva skeive trenger. De bruker ofte ordet trygging når det er snakk om å kartlegge legning i inntakssamtaler.

Resultater

Etter å ha beskrevet og kodet observasjoner i fokusgruppa utpeker det seg noen elementer som kan gi en mer oversiktlig innholdsbeskrivelse av analysen.

Frykt for det ukjente

Fokusgruppa poengterer stadig at de viser inkludering og aksept ved å ikke gjøre noe nummer ut av at enkelte pasienter er skeive. De ønsker å vise dette ved å ikke gi legning noen form for oppmerksomhet i terapirommet eller i andre sammenhenger. Dette gir de ingen forklaring på, annet enn at det er noe de alltid har gjort. De kom stadig tilbake til denne strategien og knyttet taushet rundt legning til en form for aksept og inkludering

«Det er vanskelig å snakke om»

Når man ser på denne praksisen i sammenheng med en tydelig manglende kunnskap om skeive og deres behov og utfordringer kan det være at mangel på tematisering kan handle om usikkerhet

og frykt for å ikke ha nok faglig innsikt. Det blir flere ganger nevnt at man ikke spør den skeive pasienten om legning, behov, opplevelse av ivaretagelse, status i gruppa osv. Mot slutten av fokusgruppeintervjuet kom det fram at noen av deltakerne der ønsket å være mer tydelige på at de anerkjente skeive i rusbehandling. Dette ville de gjøre ved for eksempel å spørre om hvordan det er å være homo i behandling med bare heteropasienter.

Kunnskap om feltet etterspørres flere ganger, og det påpekes også at «dette vet jeg ikke nok om». Det er lite tilbud om kurs og konferanser, sies det. Og det kommer også klart fram i fokusgruppa at det ikke er et tema som prioriteres i rusfeltet. Det kommer en bemerkning om at etter denne fokusgruppa er kunnskapsnivået høynet og aktualisering av temaet er etterlengtet. Det kommer også fram at det for mange oppleves vanskelig å snakke om. Den terapeuten med videreutdanning innen sexologi får ofte denne oppgaven, men hun er ikke i en posisjon der hun har etablert en relasjon til alle pasienter.

Her behandler vi rus, sies det. Samtidig er det enighet i at rusbehandling også handler om å sortere og gjenkjenne følelser. Det handler om å bli sett, og det handler om å vite mer om hvem man er, og å få tilbake en selvrespekt etter år med opplevd skyld og skam.

Manglende kunnskap

Det er flere uttalelser som tilsier at det er liten bevissthet i terapeutgruppa om hva skeive har med seg inn i rusbehandling, og hva det innebærer å ha en skeiv legning. Det blir også i stor grad referert til en skeiv legning som en seksualisert handling. Det snakkes mer om tenningsmønstre, utprøvende seksualitet i rus, bruk av sex som byttmiddel enn identitet og identitetsbygging i forhold til legning.

De som har blitt mobbet eller følt seg utenfor må ivaretas, men er man bare skeiv er det ingen grunn til å fokusere på dette.

I fokusgruppeintervjuet introduserte jeg begrepet minoritetsstress. Jeg illustrerte med kjente eksempler på hvordan dette kan oppstå og hvilke mekanismer som utløser denne stressopplevelsen. Det var god respons på denne informasjonen. Dette ble referert til seinere i gruppa.

Jeg lanserte også begrepet heteronormativitet. Dette var også et nytt begrep for hele gruppa. Jeg observerte at det var et begrenset ordforråd når det gjelder å omtale skeive og deres behov og situasjon. Dette kan skyldes manglende fokus i det terapeutiske miljøet, manglende generell kunnskap og behov for videreutdanning eller kursing med skeive som tema. Det ble også klart at det er en del praksis i rusbehandling som ekskluderer skeive.

Gode intensjoner

Det var en helt klar holdning om å fremstå som inkluderende, aksepterende og ikke dømmende i forhold til skeive pasienter i fokusgruppa. Det kom mange forsikringer om at dette var praksis. Og det var ingen form for diskrepans mellom denne holdningen og det som ble beskrevet. Deres strategi med å normalisere og ikke snakke om det å ha en skeiv legning var helt klart grunnet i gode intensjoner. Det var ingen form for forakt eller moralisme knyttet til uttalelser rundt det å være skeiv.

«Selv om det er normalt (å være skeiv) er det likevel betydningsfylt»

Ønsket om å være en ressurs for pasientene, også de skeive dominerte. Det var også tydelig at det var en felles holdning at det ikke var belastende å ha skeive i behandling. Det ble referert til

som en ressurs og som et positivt element i gruppedynamikken når det var skeive i rusbehandling.

Fokusgruppa hadde en god prosess. Fra en noe fastlåste og rigid til en mer avslappende og åpen holdning til både meg som forsker og temaet. Dette gjenspeilte seg i drøftinger, mindre fokus på rett/galt og et gitt behov for kunnskap og fokus på det å være skeiv i rusbehandling. Jeg opplevde en nysgjerrighet for skeives behov i rusbehandling hos fokusgruppa.

Drøfting

Forskningsprosessen

Da dette forskningsprosjektet startet fikk jeg høre mye om alle disse skeive som var i rusbehandling. Jeg fikk inntrykk av at det flommet av kandidater til prosjektet. Da jeg så fikk informasjon om at det bare ble sendt ut brev til 6 mulige informanter fra to store rusinstitusjoner ble jeg overrasket. Dette var et langt lavere tall enn jeg forventet. Når jeg så ikke fikk tilsendt noen historier fra disse, og kun fikk to respondenter til intervju ble jeg engstelig. Er dette nok informasjon å bygge en forskning på? Vil jeg få svar på spørsmålene mine? Og vil disse svarene fremstå som valide? For å få et velbegrunnet svar på det man forsker på og for å kunne overføre resultatene til andre liknende situasjoner (overførbarhet) kan man gjøre en god forskning med et lite utvalg. Dette fordrer at forskeren har gjort et godt forarbeid, kjenner sitt metodehåndtverk, har grundig feltkunnskap og en fleksibel strategi for feltarbeid og analyse. Det er den individuelle historie som inneholder kunnskap av en slik karakter at den gir kunnskap i seg selv, ikke antall historier. (Malterud, 2003) Men siden jeg i all ydmykhet innrømmer at jeg ikke har alle disse forutsetningene var det behov for å supplere informasjonen. Dette gjorde at

forskningen fikk et nytt aspekt, og informasjonen jeg fikk fra fokusgruppeintervjuet gav nye muligheter for å få et godt svar. Ved å få inn to aspekter av det å være skeiv i rusbehandling har jeg oppnådd et vellykket strategisk utvalg med et mangfoldig og variert materiale. Jeg har brukt to tilnæringsmetoder for å innhente data, og dette tilsier at forskningen representere et bredt og variert utvalg. På dette grunnlag kan man si at forskningen er valid og overførbart til andre liknende situasjoner. Altså at funnene gir mening ut over seg selv. Forskningen vil være overførbart til å si noe om hvordan skeive opplever seg ivaretatt i rusbehandling. Denne forskningen vil være aktuell for rusfeltet, videre forskning på skeives levekår og det er også håp om at forskningen vil kunne gi økt kvaliteter til den skeive som er i rusbehandling.

Styrker og svakheter

Det å både bruke to metoder for å innhente data på gir forskningen en styrke. Jeg fikk inn data fra både behandlere og skeive informanter, og dette gav et mer nyansert bilde av problemstillingen, og det gir også en ny dimensjon til å kunne utforske hvilke handlinger og holdninger som gjenspeiles i behandlingssituasjonen. Det er også en styrke at jeg som forsker kjenner rusfeltet og har egenerfaring i å være skeiv i rusbehandling. Dette ligger langt tilbake i tid, men det har også en verdi da man må se på samfunnets utvikling som et perspektiv inn i forskningen.

Svakheten ligger i at utvalget er lite. Utvalget representerer 1/3 av mulige deltakere som kvalifiserte til forskningsprosjektet. Det er også en svakhet at jeg ikke fikk inn skrevne narrativer fra informantene slik jeg hadde planlagt og lagt opp til. Dette ville kanskje gitt meg mer informasjon og et større kritisk blikk på opplevelsen den skeive hadde i rusbehandling. Det ble antakelig for vanskelig for informantene å skrive ned en historie med de føringene som var gitt. Det er også en svakhet at forskningen er

kun gjort ved to rusinstitusjoner lokalt på Sørlandet og forskningsresultatet kan derfor også være preget av en kulturell tradisjon med å ikke snakke om vanskelige ting.

Egen rolle i forskningen

Som tidligere pasient ved en av institusjonene jeg knyttet til meg i denne forskningen har jeg fått større innsikt og kunnskap om hvordan rusfeltet har beveget seg. Og jeg konkluderer med at det beveger seg sent. Da jeg var i rusbehandling for 25 år siden ble jeg anbefalt å ikke nevne at jeg er skeiv. Jeg ble også anmodet om å kle meg mer feminint. Dette er en tilbakelagt holdning etter det jeg har erfart etter å ha innhentet data.

Likevel ser jeg at det oppleves vanskelig og for personlig for terapeuter å snakke med skeive om deres legning, identitet og annerledeshet. Samfunnet har endret seg, holdninger har endret seg, vi har fått mer kunnskap og mindre fremmedfrykt. Likevel oppleves det vanskeligere å snakke om legning enn om rus og livskriser. Kan det være fordi terapeuter forveksler legning med sex? Kan det være at det er så mange benevnelser og en form for «stammespråk» i de skeive miljøene at det oppleves for krevende for rusterapeuter å sette seg inn i? Hvorfor er det så lite kunnskap om å være skeiv i rusbehandling? Er rusfeltet fastlåst i sine behandlingsformer og sine ideologier at de ikke klarer å se forbi dette og ta inn over seg den variasjon av pasienter som trenger hjelp? Jeg ser at mange av de virkemidlene og holdningene jeg husker fra min rusbehandling fremdeles er gjeldende. Dette både trygger og skremmer meg. Jeg har vært rusfri i disse 25 årene. Jeg opplevde å få god rusbehandling, til tross for at jeg måtte holde hemmeligheter om meg selv. Jeg måtte forkle utsagn om relasjoner slik at de ble kjønnsnøytrale, jeg innrettet meg og gjorde «det jeg skulle»

Etter jeg ble rusfri har jeg endret meg mye. Jeg har tatt (mye) utdanning, fått mot til å være åpen om legning, jeg har fått et liv, jeg nyter anerkjennelse. Alt dette er i stor kontrast til hvordan jeg

levde før. Ingen utdanning, mye hemmeligheter og stor skam over å være den jeg var. Jeg har det livet jeg ikke turte å ønske meg. Likevel husker jeg godt skuffelsen over å ikke kunne si noe om hendelser som betydde mye for meg for 25 år siden. Jeg husker hvordan skammen over å være annerledes ble forsterket av å bli korrigeret. Jeg husker hvordan jeg gjorde det jeg kunne for å passe inn, være snill og grei. Og jeg ser at de informantene jeg har intervjuet bruker samme strategi. 25 år etter.

Å «komme ut»

Å komme ut er en frase som brukes om skeive som en handling knyttet til å fortelle for samfunnet at man erkjenner seg som skeiv. Frasen har sitt utspring i å «komme ut av skapet» der skapet er betegnelsen på samfunnets forventninger til det heteronormative livet. Dette er en oppdagelse og en hendelse i livet der det skjer mye endringer hos den skeive. Denne prosessen beskrives i 4 faser;

1. Tiltrekning. Å merke at man er tiltrukket til samme kjønn. Dette kan være fulgt av en indre ambivalens og identitetskonflikt
2. Forvirret. Å være forvirret der man lurte på «Er det sånn, eller er det noe jeg tror?» Denne fasen skaper mye uro og kan gi seg utslag i at man føler seg somatisk syk. Man er urolig, på jakt etter en sannhet og man er i en form for indre limbo der alt handler om å få et svar.
3. Vurdere. Hvordan er jeg sammenliknet med andre? Man oppsøker informasjon om skeive, oppsøker arenaer der det er skeive. Man beveger seg i et landskap med skrekkblandet fryd og ser på andre som aktuelle partnere og konkurrenter.
4. Akseptere. Man har erkjent for seg selv at man er skeiv, men er likevel i en form for identitetsetablering.
(Malterud & Ohnstad, 2006)

Det tar tid før man kjenner at man tilhører grupperingen «skeiv» og forholder seg til dette. Det tar tid å indentifisere seg, erkjenne og implementere nye benevnelser om seg selv i det daglige. Noen velger å være kjønnsnøytrale når de omtaler partner i visse sammensetninger, andre trenger tid og mot til å være så åpne de ønsker. Det kan komme til en opplevelse av «de og vi» der man føler seg annerledes, har sterk identitetsfølelse som skeiv og relaterer mye av utfordringer i livet knyttet til dette. Til man føler seg tilpass i samfunnet, orienterer seg og blir en del av det igjen. (Dominic Davies, 1996)

Skam

Skeive som sliter med rus har med dette en tilleggsbelastning knyttet til seksuell orientering. Når noen har et overforbruk av rusmidler medfører dette tap av verdighet og tilhørighet. Det går ute over flere arenaer i livet, jobb, ansvar for familie, kjæreste og venner. For å kompensere for dette bruker den som har et rusproblem en eller annen form for benektelse. Derfor kan rusproblemet bli stort før man tar tak i dette. Siden skam er en følelse som ofte kan belaste skeive rundt etablering av identitet, blir det en dobbel belastning når man utvikler et rusproblem. (Malterud & Ohnstad, 2006)

Opplevelse av skam er dominerende hos en rusmisbruker. Skammen er smerten det er å se seg selv som en som ikke fortjener å bli elsket. Skam er intenst og smertefullt og berører hele selvet, en opplevelse av å være grunnleggende mislykket, mangelfull eller verdiløs. Skam er rasjonell i sitt vesen, den gjør en lite og ødelegger selvfølelsen. I et tilknytningsperspektiv ses skam på som en grunnleggende følelsesmessig reaksjon på tapet av andres kjærlighet eller anerkjennelse. (Lossius, 2012)

Når man bruker rusmidler på en problemfylt måte gjør man ting, sier ting, mener ting man egentlig ikke står for. Dette er en del av ruspersonlighetens natur. I dette ligger det mye løgn, usannheter, behov for å dekke over, lure unna og bagatellisere konsekvenser.

Disse handlingene forsterker skammen. Denne studien viser at informantene beskriver en økt opplevelse av skam i forhold til sin legning. Den skammen de beskriver er ikke rettet mot handlinger, men handler om forventet opplevelse av andres holdninger til dem. De uttrykker engstelse for hvordan medpasienter skal ta dem imot. Det er lite i studien som tyder på frykt for hvordan de blir akseptert av sine behandlere.

Holdninger i samfunnet

Man antar at samfunnets holdninger til skeive er preget av en liberalisering og en større aksept nå enn tidligere. Dette på grunnlag av lovgivning, større positivt mediefokus, bredere deltakelse i pride-arrangementer og samfunnets aksept av annerledeshet. Homoseksualitet er fjernet som en psykiatrisk lidelse fra diagnosesystemet ICD10 og man ser en større grad av åpenhet i samfunnet. Politikere, artister, kulturpersonligheter – det er ingen stor nyhet at representanter herfra er skeive lengre. Likevel ser man at holdningene til skeive fremdeles er preget av motstand, i visse sammenhenger forakt. Dette viser en tabell fra leveksstudien til Anderssen og Malterud der menn uttaler seg om holdninger til

skeive. *Fig 5.* Denne matrisen viser at det er en utvikling som tilsier en større åpenhet og aksept i forhold til skeive fra 2008 til 2013, men at man likevel ser tall som til

	2008		2013		X2	f.g	N	p
	n	%	n	%				
Sex mellom to menn er ganske enkelt feil	288	44,1	239	39,1	3,03	1	1264	0,082
Sex mellom to kvinner er ganske enkelt feil	174	26,6	134	21,9	3,56	1	1264	0,059
Jeg synes homofile menn er frastøtende	176	27,0	149	24,4	,96	1	1264	0,328
Jeg synes lesbiske kvinner er frastøtende	78	11,9	57	9,3	20,00	1	1264	0,157
Jeg synes transpersoner er frastøtende	-	-	151	24,7	-	-	-	-
Jeg synes personer som har mottatt kjønnsbekreftende medisinsk behandling, er frastøtende	-	-	84	13,7	-	-	-	-
Mannlig homoseksualitet er perverst	185	28,3	139	22,7	4,87	1	1264	0,027
Kvinnelig homoseksualitet er perverst	100	15,3	69	11,3	4,07	1	1264	0,044
Når jeg tenker på homofile menn, grøsser jeg	177	27,1	138	22,6	3,21	1	1264	0,073
Når jeg tenker på lesbiske kvinner, grøsser jeg	70	10,7	32	5,2	12,06	1	1264	0,001
Når jeg tenker på transpersoner, grøsser jeg	-	-	115	18,8	-	-	-	-
Når jeg tenker på en som har mottatt kjønnsbekreftende medisinsk behandling, grøsser jeg	-	-	82	13,4	-	-	-	-
Det ville vært ubehagelig å sitte ved siden av en mann på bussen som jeg visste var homofil	88	13,5	43	7,0	13,40	1	1264	0,000
Det ville vært ubehagelig å sitte ved siden av en kvinne på bussen som jeg visste var lesbisk	32	4,9	21	3,4	1,34	1	1264	0,247
Det ville vært ubehagelig å sitte ved siden av en person som jeg visste var transperson	-	-	104	17,0	-	-	-	-
Det ville vært ubehagelig å sitte ved siden av en person som visste hadde mottatt kjønnsbekreftende medisinsk behandling	-	-	54	8,5	-	-	-	-
Det ville være vanskelig å arbeide sammen med en transperson	-	-	82	13,4	-	-	-	-

Figur 5 (Anderssen og Malterud, 2004) sier at det enda er en stor grad av fordommer og negative holdninger til denne delen av befolkningen.

Som barn blir vi møtt som heteroseksuelle. Barn ser også på seg selv som heteroseksuelle. Det er ytterst få som har en annen identitet som små barn. Kulturen rundt barn gjør det samme. På et eller annet tidspunkt endrer dette seg. En eller annen gang i livet opplever skeive at de er annerledes enn det de og dem rundt dem har trodd. Et eller annet sted innser de at det er noe som fungerer på en annen måte enn forventet. Noen søker informasjon, leter rundt og finner ut av hva dette er og kommer ut som skeive.

Mange gjør ikke det. Det tar som regel lang tid før man har tanken om at man er annerledes enn forventet til man erkjenner det, tar tak i det og forholder seg til det. Og for noen tar det enda lengre tid før de tør å komme ut til familie, venner og samfunnet for øvrig. Og noen kommer aldri ut og forteller hvordan det er. De velger å ha denne viten om seg selv for seg selv.

Rusmiljøet er kjent for å være konservativt og heteronormativt. Med rusmiljøet mener jeg et miljø der deltakerne har rus som samlende element. Man vet at det er rusmisbrukere i alle miljøer, i alle samfunnslag og i mange grupperinger. Man vet også at rus er overrepresentert i skeive miljøer. Men rusmiljøet som sådan er kjent for å være paternalistisk og preget av heteronormativitet. (Holmberg & Schjetlein, 2009)

På grunnlag av matrisen i fig 5 og overstående kan man anta at informantenes frykt for å ikke passe inn er begrunnet.

Informantene beskriver et behov for å passe inn, de beskriver en form for annerledeshet relatert til identitet, og de beskriver en form for utenforskap. Disse opplevelsene generer stress.

Som skeiv er man i mindretall i samfunnet. Det er anslått at ca 2 % av den voksne delen av Norges befolkning anser seg som skeive. I rusbehandling er man en ytterligere minoritet. Man kan si at å være rusmisbruker og skeiv innebærer å være en minoritet i andre potens.

Minoritetsstress

Forhold mellom stress og helse har lenge vært anerkjent. Stress anses som potensielt skadelig for både mental og fysisk helse.

Minoritetsstress er knyttet til personens seksuelle identitet, et aspekt som er stabilt gjennom store deler av livet. Hvis man opplever en avvisning som relatert til strukturelle begrensinger, som for eksempel stigmatisering av minoritetsidentitet kan dette vekke en stressreaksjon som knyttes

Til tross for at det ser ut som om det i Norge er positive holdninger til skeive, innebærer det fremdeles en risiko å stå fram

som skeiv. Man risikerer barn som bryter de heteronormative normene å bli møtt med avvisning, mobbing og vold både i hjemmet og på skolen. (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016) Minoritetsstress trenger ikke nødvendigvis å bunne i mobbing, utestenging og diskriminering fra minoritetspersonens omgivelser. Det kan også stadfeste seg i holdninger skeive selv har rundt sin seksuelle legning. Dersom den skeive selv har en holdning om at det er galt å være skeiv, eller forventer at andre personer rundt dem tenker dette, kan denne holdningen eller forventningen motivere skeive til å legge skjul på sin seksuelle orientering. Dersom skeive har en holdning til at det er negativt å være skeiv, eller forventer at andre personer rundt dem tenker dette, kan denne holdningen eller forventningen motivere skeive til å legge skjul på sin legning. (Meyer, 2003)

Det er fire aktive faktorer i opplevelsen av minoritetsstress

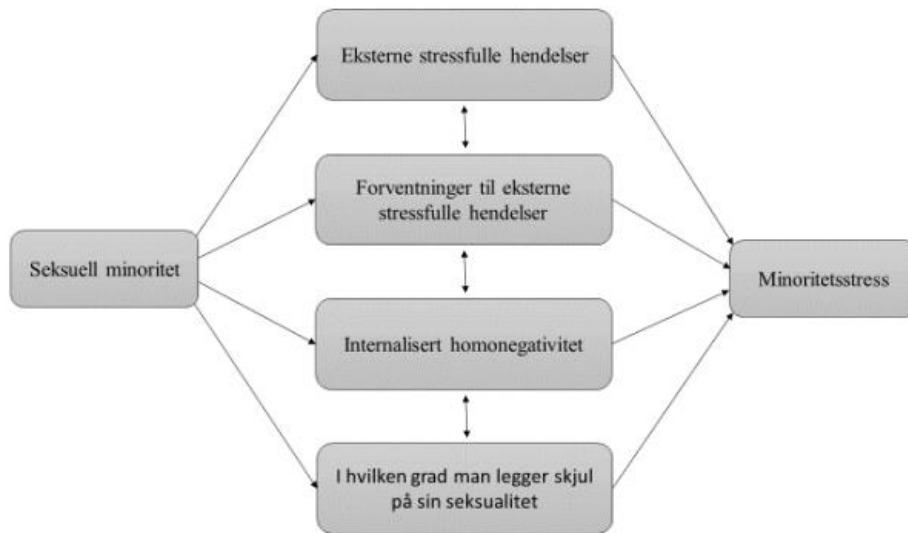


FIG 6

Figur 6 (Meyer, 2003) viser hvordan faktorer påvirker til minoritetsstress.

Eksterne stressfulle hendelser omhandler situasjoner i samfunnet der skeive blir møtt avvisning, diskriminering eller

vold på grunn av seksuell orientering. I dette forskningsprosjektet kan man forklare eksterne stressfulle hendelser med de holdningene rusmiljøet har til skeive. Man kan anta at informantene har erfaringer med avvisning, diskriminering eller vold i sammenhenger de har deltatt i.

Dette miljøet gjenspeiles også i behandlingsgrupper der samme aktører møtes. Det er andre forutsetninger for samhandling når man er i rusbehandling, men likevel er det naivt å tro at ikke holdninger og erfaringer tas med inn i denne settingen. Spesielt når gruppa er uten terapeuter og veiledning, og det leder til **forventninger til eksterne stressfulle hendelser**. Informantene uttrykte begge at de var spente på hvordan gruppa ville ta dem imot. De beskriver nøyaktig hvordan de observerte mottakelsen når de fortalte om sin legning. En beskriver hvordan en medpasient gav ham tommelen opp da dette ble nevnt. Han sier han var redd da han skulle fortelle dette til gruppa. Forventninger til eksterne stressfulle hendelser omhandler frykten for at ens seksuelle orientering skal føre til negative tilbakemeldinger eller konsekvenser, og er en frykt som kommer av en bevissthet om at man tilhører en stigmatisert gruppe. Dette fører til at man er årvåken og angstfull, og dette kan oppleves som stressende og utmattende og har blitt beskrevet som en av årsakene til at skeive personer i noen settinger ønsker å legge skjul på sin legning.

(Meyer, 1995)

Internalisert homonegativitet handler om i hvilken grad skeive har tatt negative sosiale holdninger til homofili inn over seg. Før man identifiserte seg som skeiv kan homonegative holdninger preget miljøet man har vokst opp i /levd i. Dette kan føre til selvforakt når man selv identifiserer seg som skeiv. Denne forskningen sier ingenting om informantenes oppveksthistorikk. Det er en levekårsundersøkelse på gang der man ser om det er annerledes å være ikke heterofil på Sørlandet. Bakgrunnen for denne undersøkelsen har utspring i at man antar at det er dårligere

levekår for denne gruppa enn den heterofile befolkningen. Begge informantene kommer fra Sørlandet og man kan derfor anta at det har vært en grad av homonegativitet i det miljøet de har vokst opp i/levd i.

I hvilken grad man legger skjul på sin seksuelle orientering

påvirker også graden av minoritetsstress. Den ene informanten «kom ut» i rusbehandlingen. Dette gjorde han etter å ha vært i skapet i 40 år. Dette ble det ikke tatt tak i, det ble ikke kommentert og det ble ikke anerkjent. Å komme ut ovenfor seg selv anses å være assosiert som positivt for helsen, men å komme ut til andre innebærer også en risiko for å bli avvist

Minoritetsstress kan defineres på to måter. Denne er basert på størrelse, den andre på sosial status og makt. Som skeiv i rusbehandling kommer man inn under begge kategorier. Det er få (ukjent hvor stor andel) skeive i rusbehandling i forhold til heterofile som søker rusbehandling. De har også en lavere status enn andre, basert på matrisen fra Anderssen og Malterud fig 5.

Minoritetsstress er forbundet med det man kan kalle langtidsstressor. Dette fordi stressopplevelsen er knyttet til personens seksuelle identitet, noe som varer over tid.

Minoritetspersonen er antatt å gjennomsnittlig oppleve mer stress enn personer som ikke har denne stressutfordringen hvilket kan være årsak til nedsatt helse hos skeive i forhold til den heterofile befolkningen. (Prell, 2017)

Skeives behov i rusbehandling

Det er et tydelig spenningsfelt mellom det som beskrives om skeives behov i rusbehandling og det dette forskningsprosjektet viser. Terapeutene som er intervjuet i prosjektet legger stor vekt på en normalisering av skeiv legning og identitet. Skeive er som alle andre i behandling, og har i utgangspunktet ingen særskilte behov, sies det. Denne normaliseringen kan sees i kontrast til Helsedirektoratets føringer om hvordan rusfeltet skal ivareta skeive pasienter. Helsedirektoratet anbefaler at behandlingen bør

tematisere en mulig sammenheng mellom seksuell orientering og rusmiddelproblematikk. Retningslinjen sier at undersøkelser og klinisk erfaring fra behandling av skeive med rusmiddelproblemer tilsier at seksuelle orientering bør tematiseres i rusbehandling. En slik tematisering muliggjør fokus på sammenhenger mellom rusmiddelproblemer, somatiske og psykiske problemer og tilhørighet. Veilederen sier også at behandleren må kunne være en kvalifisert samtalepart dersom pasientens vansker kan knyttes til seksuell orientering. (*Nasjonalfaglig retningslinje for behandling av rusmiddelproblemer og avhengighet, 2017*)

Hva med forskningsspørsmålene ?

Skeive har behov for å bli sett og anerkjent i rusbehandling. Det slås fast av Helsedirektoratet og det bekreftes også i litteraturen det er referert til i denne forskningen. Minoritetsstress og heteronormative tiltak påvirker behandlingssituasjonen negativt. Skeive blir møtt med en ignorering av både legning og egne behov. De får i svært liten grad noen tegn på aksept eller inkludering fra sine terapeuter i rusbehandling. Det viser seg imidlertid at terapeutene har en svært positiv og inkluderende holdning til skeive, men denne kommer ikke fram da deres praksis er å normalisere og overse denne siden av pasienten. Medpasientene i rusbehandling viser en holdning preget av nedlatenhet i form av erting og morsomheter på den skeives bekostning. Dette kan handle om at legning ikke blir tematisert i rusbehandling, og derfor påvirkes ikke holdningene hos medpasienter. Man kan anta at hvis terapeuter hadde hatt mer kunnskap om behovene til skeive pasienter og tematisert dette i en psykoedukativ kontekst ville også medpasienters holdninger endres.

Konklusjon

Mitt utgangspunkt for denne forskningen er spørsmålet «Hvordan opplever skeive seg ivaretatt i rusbehandling, og hvordan kan deres beskrivelse bidra til videre utvikling av helsefremmende arbeid på denne arenaen?»

Jeg har intervjuet informanter; to skeive som har vært i rusbehandling, og jeg har hatt et fokusgruppeintervju med behandlere. Dette er de kategoriene jeg forholder meg til i forskningsprosjektet i tillegg til litteratur og tidligere forskning. Jeg har analysert og kategorisert svarene og trukket ut ny kunnskap fra disse. Jeg har også hatt noen tilleggsspørsmål jeg ønsket å belyse som omhandler skeives behov i rusbehandling og hvordan de blir møtt. Behandlernes holdninger og medpasienters holdninger til skeive i rusbehandling. Har jeg fått innhentet nok opplysninger til å svare på spørsmålene? Og har jeg innhentet rett opplysninger? Jeg har innhentet opplysninger fra informantene som jeg har tolket til å omhandle disse temaene:

- Svak identitet
- Behov for å passe inn
- Utenforskap

Disse funnene kom fram til tross for at informantene sa de hadde det bra i behandling. De så heller ikke behov for at deres skeive identitet skulle få oppmerksomhet. De opplevde at det å bli behandlet som alle andre var viktig for dem.

Etter å ha gått gjennom materialet fra terapeutene som deltok i et fokusgruppeintervju finner jeg følgende

- Frykt for det ukjente
- Manglende kunnskap
- Gode intensjoner

Terapeutenes holdning var at ved å alminneliggjøre og normalisere legning viste de aksept. Terapeutene hadde brukt denne strategien i flere år, uten å reflektere noe over dette. De

ønsket sterkt å kunne ivareta skeive i rusbehandling på en god måte

Disse 6 kategoriene har en felles nevner. Alle handler om en opplevelse av utilstrekkelighet. Både hos informanter (pasienter) og terapeuter. Utilstrekkelighet er et begrep preget av fravær og mangel. Fravær av innsikt og mangel på kunnskap.

Det ser ut som om informantene har lite innsikt i sine behov i rusbehandling. Dette bekreftes ved utsagn og holdninger. Skeive pasienter i rusbehandling har behov for å få sin legning adressert. Dette handler om identitet, selvspekt og stolthet over å være den man er.

Terapeutene viser mangel på kunnskap. Derfor er det lettere å ignorere at man har skeive pasienter i behandling. De overser behov og utfordringer knyttet til legning ved å bruke denne strategien

Dette forskningsprosjektet har vist at de samfunnsendringene vi har sett de siste, kanskje ti år, har vært positive for det skeive samfunnet. Likevel ser det ikke ut som om dette har påvirket rusfeltet i særlig grad. Jeg hadde et spørsmål til med i denne forskningen. Det var å se om skeive og deres behov var bedre ivaretatt nå enn for 25 år siden. Det har vært en sen utvikling her, men det har vært en utvikling. Det har blitt gjort mye forskning rundt skeive og deres behov. Dette er godt beskrevet og anerkjent i store deler av samfunnet. Det er en større grad av forståelse for å ha en identitet som skeiv, og at dette ikke utelukkende handler om sex og seksuelle handlinger. Skeive har en større sårbarhet da den skeive historien er preget av skam, moralisme og fordommer. Skeive i dag har større aksept, men levekårsundersøkelser tilsier at det fremdeles er belastende i enkelte sammenhenger å stå fram som skeiv. I denne masteroppgaven har jeg samlet inn og systematisert data jeg har hentet fra skeive som har vært i rusbehandling og deres terapeuter. Alle har beskrevet en god opplevelse av å være i rusbehandling/ha skeive i rusbehandling.

Samtidig viser denne forskningen at det er uheldige strategier i behandlingsapparatet som ikke gir den skeive ruspasienten det hen trenger for å få en større aksept og selvinnsikt, slik som rusbehandling generelt har som målsetting.

Hvordan kan denne kunnskapen bidra til et helsefremmende arbeid?

Denne forskningen viser at rusfeltet har lite kunnskap og innsikt i skeives behov i rusbehandling. Det er lite fokus på dette i både grunnutdanning og videreutdanning sier terapeuter. Det blir heller ikke stimulert til å delta på kurs eller seminarer med dette som tema. Ytterligere kunnskap og formidling av denne vil antakelig virke positivt og helsefremmende. Det vil øke fagligheten hos terapeuter og de som behandler pasienter i rusbehandling, men det vil også øke kunnskapen hos den skeive slik at hen får en større forståelse av seg selv. Et større fokus på skeive i rusbehandling vil også påvirke medpasienter og deres holdninger til skeive. Det må aktualiseres i grunnutdanning, og det bør være tilbud om videreutdanning knyttet til dette. Helsedirektoratets veileder er også tydelig; Behandleren må kunne være en kvalifisert samtalepart dersom pasientens vansker kan knyttes til seksuell orientering. (*Nasjonalfaglig retningslinje for behandling av rusmiddelproblemer og avhengighet, 2017*)

Videre forskning

Dette forskningsprosjektet vekker nye spørsmål og nye utfordringer. Det er tre områder jeg ser som aktuelle som en konsekvens av dette

- Hvor mange skeive er i rusbehandling i forhold til heterofile? Hvem er de, hva slags legning/kjønnsidentitet har de, er det forbindelse mellom legning og rusmisbruk?
- Møter skeive i rusbehandling nasjonalt samme utfordringer som man gjør på Sørlandet? Er

kunnskapsmangelen og holdningene om at det er best å ikke aktualisere legning et lokalt fenomen?

- Hvordan er det å være medpasient til skeive i rusbehandling? Er holdningene fra rusmiljøet med inn i behandlingsrommet?

Ut fra denne masteroppgaven ville dette være området som er relevant å gå videre i. Både for å undersøke og for å utvikle praksis. Det er gjort lite forskning på skeive i rusbehandling. Dette er et spennende og samfunnsnyttig felt å forske på.

Litteraturoversikt

- Alexander, C. J. (1998). Treatment planning for gay and lesbian clients. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 8(4), 95-106.
- Anderssen, N., & Malterud, K. (2013). Seksuell orientering og levekår.
- Biong/Ytrehus (Ed.) (2012). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe.
- Birkelund, G. E. (2000). Modernitetens flertydelighet. Økende individualisme eller stabil strukturell ulikhet. *Tidsskrift for samfunnsfag, 2000 -2*, 215-235.
- Brantsæter, M. C. (2001). *Norsk homoforskning*. Oslo: Universitetsforl.
- SSB. (2008). Spesialisthelsetjenesten, rusbehandling 2008. Retrieved from <https://www.ssb.no/speshelserus>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Cochran, S. D., Keenan, C., Schober, C., & Mays, V. M. (2000). Estimates of alcohol use and clinical treatment needs among homosexually active men and women in the US population. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(6), 1062.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed. ed.). Los Angeles, Calif: SAGE.
- Denzin, N. K. (1973). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*: Transaction publishers

- Diskrimineringsloven. (2013). *Lov om forbud mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk*.
- Dominic Davies, C. N. (1996). *Pink therapy : a guide for counsellors and therapists working with lesbian, gay and bisexual clients*. Buckingham: Open University Press.
- Ekteskapsloven. (1991). *Lov om ekteskap*
- Grønningsæter, A. B., Kristiansen, H. W., & Lescher-Nuland, B. R. (2013). *Holdninger, levekår og livsløp : forskning om lesbiske, homofile og bifile*. Oslo: Universitetsforl.
- Hegna, K., Kristiansen, H. W., & Moseng, B. U. (1999). Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn.
- Hollway, W., & Jefferson, T. (2000). *Doing qualitative research differently : free association, narrative and the interview method*. London: Sage.
- Holmberg, H., & Schjetlein, I. (2009). Om å tematisere homoseksualitet i rusbehandling. *Rus & samfunn*, 3(6), 31-34.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lossius, K. (Ed.) (2012). *Håndbok i rusbehandling*. Norge: Gyldendal.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K., & Ohnstad, A. (2006). *Lesbiske og homofile i møte med helse- og sosialtenesta*. Oslo: Samlaget.
- McLafferty, I. (2004). Focus group interviews as a data collecting strategy. *Journal of advanced nursing*, 48(2), 187-194.
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men.

- Journal of health and social behavior*, 38-56.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674.
- Morgan, D. (1998). *The Focus Group Guidebook*. Thousand Oaks: United States, California, Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Mørland/Waal. (2017). *Rus og avhengighet* (Vol. 2). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonalfaglig retningslinje for behandling av rusmiddelproblemer og avhengighet*. (2017). Oslo.
- Nøtnæs, T. (2001). *Innføring i bruk av fokusgrupper* (Vol. 2001/24). Oslo: Statistisk sentralbyrå, Seksjon for statistiske metoder og standarder.
- Olsson, H., Sørensen, S., & Bureid, G. (2003). *Forskningsprosessen : kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (7th ed. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Prell, E. (2017). *Minoritetsstress og sosial tilhørighet blant lesbiske og bifile kvinner i Norge. En kvantitativ studie om sammenhengen mellom seksuell orientering og psykisk helse blant lesbiske og bifile kvinner*.
- Sandberg, S., & Pedersen, W. (2006). *Gatekapital*. Oslo: Universitetsforl.
- Statistisk sentralbyrå. (2009). Tabell: 07243: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Innleggelser, etter alder og kjønn.

Taksdal, A. (1997). *Kvinnerettet rusbehandling*. Bergen:
Rusmiddeldirektoratet.

Vedlegg 1

Forespørsel om deltakelse i undersøkelse

Hei. Jeg heter Ester Seland og holder på med mastergrad i Rus/psykisk helsearbeid ved Universitetet i Agder.

Jeg ønsker å vite mer om hvordan skeive opplever seg ivaretatt i rusbehandling. Jeg ønsker å gjøre en kvalitativ forskning på dette. Jeg håper på å få publisert en artikkel om temaet når forskningsprosjektet er ferdigstilt.

Planen er å være ferdig med forskningen våren 2018.

Jeg lurer på om du vil være en av dem som bidrar til denne forskningen

Tittel på forskningsprosjektet: Skeive i rusbehandling

Hensikten med forskningen er todelt og kan formuleres som følger;

- Utforske opplevelser og beskrivelser av hvordan skeive har opplevd i rusbehandling.
- Utvikle kunnskap og forståelse omkring de skeives opplevelser fra møter med TSB (Tverrfaglig spesialisert rusbehandling) som har gitt utfordringer som igjen kan bidra til at tilbudet og fagligheten rundt dette blir styrket.

Hva innebærer forskningen? Jeg skal bruke en narrativ tilnærming i forskningen. I denne metoden ber jeg deltakeren skrive ned sin opplevelse av å være skeiv i rusbehandling og hvordan de har følt seg ivaretatt. Disse beretningene vil jeg bruke i en analyse der jeg ser din historie i sammenheng med andres – og ser om det er noen fellesnevnerer der som kan si noe om hvordan skeive opplever seg ivaretatt i rusbehandling.

Mulige fordeler og ulemper: En fordel for deg kan være at du får reflektert mer på hvordan du har opplevd å bli sett og ivaretatt i rusbehandling. Du blir kanskje mer bevisst på hvilke behov du har som skeiv – og blir bedre til å ivareta disse i ettertid. En ulempe kan være at du ikke føler at du får med deg alt du ønsker i din beretning. Du kan også oppleve at du ikke var kritisk nok da du var i behandling og opplever dette som et nederlag. Det kan også være at du er redd for å oppfattes som illojal mot dine behandlere

Hva skjer med informasjonen om deg? Jeg ønsker at alle bidrag jeg får tilsendt fremstår totalt anonyme. Jeg er ikke interessert i hvem du er (navn, alder eller annet som kan identifisere deg) eller hvor du var i behandling. Det kan være relevant hva slags kjønn

du identifiserer deg med. De bidragene jeg får tilsendt vil jeg bearbeide ved å gruppere informasjon, sette det i system og analysere ut fra gitte forutsetninger.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre: Jeg vil jobbe sammen med min veileder på Universitetet i Agder, Elsa Almås. Også da vil materialet være anonymisert. Ingen andre vil ha tilgang til råmaterialet til forskningen, heller ikke den institusjonen du var innlagt ved

Oppbevaring og dato for sletting av data: Data vil være innelåst under hele forskningsprosessen. I praksis innebærer dette minnepenner og skrevne dokumenter; alt vil være innelåst i et eget skap. Etter at forskningen er ferdig vil dette bli destruert.

Hvis du deltar i forskningen, gir du også ditt samtykke til at opplysninger du gir brukes videre i studien. I dette ligger det at masteroppgaven blir offentliggjort og kan refereres til i andre sammenhenger. Jeg har også planer om å skrive en artikkel om de funnene jeg gjør.

Frivillig deltakelse:

Det er frivillig å delta i forskningsprosjektet. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke deg fra forskningen. Dette vil ikke få konsekvenser for deg. Dersom du på et eller annet tidspunkt ønsker å trekke deg eller har spørsmål i forhold til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder eller veileder (se under).

Dette ønsker jeg....

Jeg ønsker å ha få kontakt med skeive som har vært i rusbehandling. Om du er lesbisk, homofil, bifil, trans eller en annen, ikke-heteronormativ identitet.

Jeg har vært i kontakt med to rusinstitusjoner på Sørlandet og bedt dem sende dette brevet til pasienter de har hatt som fyller følgende kriterier

- De har vært åpne om sin legning i behandling
- Det er rundt 2 år eller mindre siden de var i rusbehandling (Døgn)
- De er over 18 år

Jeg ønsker at du skriver ned din historie. Jeg vil gjerne høre din opplevelse av hvordan det var for deg å være åpen skeiv i rusbehandling. Det er ønskelig at bidraget ditt ikke overstiger 1400 ord. (ca 2 sider) Jeg ber om at du bruker PC og skrifttypen Times New Roman str 12. Jeg ønsker at du sender

meg ditt bidrag i posten (bruk vedlagte frankerte konvolutt) og signerer gjerne med et fiktivt navn. Ikke bruk navn på institusjonen eller behandlere. På denne måten vil verken jeg eller andre kunne kjenne igjen hvem som har bidradd med hva. Hvordan det har gått med deg etter behandlingen er ikke viktig for studien.

Send meg ditt bidrag innen 20 dager etter du har mottatt dette skrivet.

Jeg ønsker å få belyst følgende

- Opplevde du å bli møtt med respekt?
- Hvem aktualiserte at du er skeiv, du eller din behandler?
- Opplevde du at dine behandleren kunnskap om skeive?
- Var det et tema i behandlingen at du er skeiv?
- Hva slags holdninger opplevde du at dine behandlere hadde til det å være skeiv?
- Hva slags holdninger opplevde du at hadde dine medpasienter viste?
- Tenker du at du har egne behov i rusbehandling knyttet til din legning?

Jeg håper du vil bidra til denne forskningen. Jeg mener det er viktig å belyse dette temaet for å kunne gi skeive en inkluderende, åpen og trygg opplevelse i sin rusbehandling videre.

Levekårsundersøkelser sier at skeive har et større rusbruk enn andre deler av befolkningen. Vi vet også at mange opplever det vanskelig å forholde seg til skeive. Hvis rusinstitusjonene og behandlerne der vet mer om hvordan skeive opplever seg ivaretatt i en behandlingssituasjon blir de mer rustet til å ivareta også denne delen av pasientgruppa.

Ester Seland
Bispeveien 12, 4631 KRISTIANSAND
Tlf 4120 92 45
E-post ester.seland@gmail.com

Ta gjerne kontakt hvis du lurer på noe

Du kan også kontakte min veileder på UIA hvis dette er
ønskelig
E-post elsa.almas@uia.no

Kristiansand (dato)

Ester Seland, prosjektleder

Vedlegg 2

Framleggingsvurdering Skjema for vurdering av framleggingsplikt i de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) 2017/2273-1

Dokument-id: 940507 Dokument mottatt 11.11.2017

Skeive i rusbehandling

1. Generelle opplysninger

a. Prosjektleder

Navn: Ester Seland
Akademisk grad: Bachelor
Stilling: Student
Arbeidssted: Universitetet i Agder
Arbeidsadresse: Fakultet for Helse og idrettsfag
Postnummer: 4631
Sted: Kristiansand
Telefon: 41209245
E-postadresse: ester.seland@gmail.com

b. Prosjekttittel

Norsk tittel Skeive i rusbehandling

Vitenskapelig tittel

Problemstilling

Hvordan opplever skeive seg ivaretatt i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og hvordan kan deres beskrivelse bidra til videreutvikling av helsefremmende arbeid på denne arenaen?

Forskningsspørsmål

For utdyping av problemstillingen tenker jeg meg følgende forskningsspørsmål;

Har skeive egne tilnærmingsbehov i rusbehandling?

Hvordan opplever skeive at deres behov blir ivaretatt?

Hva slags holdninger møter skeive hos sine medpasienter og behandlere?

1.3 Forskningsansvarlig

Institusjon Kontaktperson Stilling E-post adresse

1. Universitetet i Agder Elsa Almås Professor elsa.almaas@uia.no

d. Tidsramme for prosjektet

Prosjektstart dato 10.08.2017

Prosjektslutt dato 10.08.2018

2. Prosjektopplysninger

a. Oppsummering av prosjektet

Prosjektbeskrivelse

Levekårsundersøkelse helt tilbake til 70-tallet viser at skeive har et større rusforbruk enn andre deler av befolkningen. Man ser også at mange skeive føler utenforskap til samfunnet, og at dette er spesielt gjeldende i rusmiljøene. Det har vært en dreining i samfunnet de siste årene der skeive har fått en større aksept og plass i samfunnet. Har dette også nådd Tverrfaglig spesialisert rusbehandling?

Hensikten med studiet er todelt og kan formuleres som følger;

Utforske opplevelser og beskrivelser av hvordan skeive har opplevd i rusbehandling.

Utvikle kunnskap og forståelse omkring de skeives opplevelser fra møter med TSB (Tverrfaglig

spesialisert rusbehandling) som har gitt utfordringer som igjen kan bidra til at tilbudet og fagligheten rundt dette blir styrket. Jeg vil kontakte to nærliggende institusjoner og presentere prosjektet for dem. Jeg vil be om at institusjonene sender ut et brev til 5 kvinner som har vært i døgnbehandling de to siste årene og som har vært åpne om sin legning i behandling. Jeg håper på å få svar fra 4 til 6 lesbiske kvinner. Brevet institusjonene sender ut vil inneholde en prosjektbeskrivelse og informantene blir bedt om å selv skrive ned hvordan de har opplevd seg ivaretatt i rusbehandling. Jeg kommer ikke til å vite hvem som sender inn narrativet, hvor de har vært i behandling eller andre opplysninger som kan bryte anonymiteten deres.

Side 3 av 4

Hvordan skal resultatene av prosjektet presenteres?

Jeg håper på å få publisert en artikkel med de funnene jeg får ut fra analyse av narrativene.

b. Prosjektdata

Særskilt innsamlete opplysninger

Redegjør nærmere for hvilke opplysninger det gjelder og hvordan de samles inn

Jeg vil be informantene skrive et narrativ og sende det i en allerede frankert konvolutt. Informantene får beskjed om at svaret ikke skal overskride 14 000 tegn, det skal skrives på pc, Times New roman 12. De får også en tidsfrist på 20 dager fra mottatt brev.

Informantene får også følgende spørsmål som en veileder for hva jeg ønsker de skal vektlegge i sin historie

Opplevde du å bli møtt med respekt?

Hvem aktualiserte at du er skeiv, du eller din behandler?

Opplevde du at dine behandlere kunnskap om skeive?

Var det et tema i behandlingen at du er skeiv?

Hva slags holdninger opplevde du at dine behandlere hadde til det å være skeiv?

Hva slags holdninger opplevde du at hadde dine medpasienter viste?

Tenker du at du har egne behov i rusbehandling knyttet til din legning?

De innsamlete opplysningene vil være

Anonyme

c. Samtykke

Er det/skal det innhentes samtykke fra dem opplysningene gjelder?

Nei

Redegjør nærmere for hvorfor det ikke skal innhentes samtykke

De innsendte narrativene er anonyme og ikke sporbare. Jeg ber informantene om å ikke si hvilken

institusjon de har vært innlagt ved, de skal ikke nevne navn på behandlere.

Jeg ber også om at de

signerer med et fiktivt navn. Opplysninger om alder, bosted, foretrukne rusmidler osv er ikke av

interesse for studien

Side 4 av 4

Redegjør for hva som skal skje med prosjektdata etter prosjektslutt

Etter prosjektslutt (og etter artikkelen er skrevet og publisert) vil jeg beholde rådata (narrativene og analyse av dette) i 6 mnd. Dette skal være innelåst (papir og minnepinne) og det skal sikres at kun jeg har tilgang på dette. Etter 6 mnd vil dette destrueres (makuleres og ødelegges)

3. Begrunnelse for spørsmål om framleggingsplikt

Begrunn hvorfor det er reist tvil om hvorvidt prosjektet må godkjennes av REK

Fakultetets etiske komite ved Universitetet i Agder gav følgende begrunnelse;

På møte i FEK, 18.10.17, ble søknaden om gjennomføring av prosjektet med tittel "Skeive i rusbehandling" behandlet. FEK vurderer det slik at dette prosjektet kan falle inn under REK sitt mandat.

Vi anmoder derfor at det sendes inn en fremleggsvurdering til REK, og at svar videresendes til FEK.

4. Vedlegg

1. Brev til informantene Forespørsel om deltakelse i undersøkelse

(1).docx

11.11.17

2. Prosjektbeskrivelse Prosjektbeskrivelse.odt 11.11.17

Vedlegg 3

Ester Seland Universitetet i Agder 2017/2550
Skeive i rusbehandling

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 18.01.2018.

Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Forskningsansvarlig: Universitetet i Agder

Prosjektleder: Ester Seland

Prosjektomtale (revidert av REK): Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan «skeive» (i søknaden brukt som synonymt med lesbiske/homofile/bifile/transpersoner (LHBT)) opplever seg ivaretatt i rusbehandling og om de har møtt utfordringer som man bør bli klar over for å styrke tilbudet til denne gruppen. Forskningsspørsmålene er nærmere spesifisert som: Hva er skeives behov i rusbehandling? Hvordan blir skeive møtt på deres behov? Hvilke holdninger har behandlerne til skeive i rusbehandling? Hva slags holdninger møter skeive hos sine medpasienter?»

Det planlegges å inkludere 4-6 lesbiske kvinner over 18 år som har vært i rusbehandling ved en av to ulike institusjoner i Sør-Norge i løpet av de siste to årene og som har vært åpne om sin legning. Deltakerne skal rekrutteres ved at de får et brev fra institusjonen de har vært til behandling ved. Deltakerne skal sende inn en tekst der de skriver ned sine historier om hvordan de opplevde å være skeive i rusbehandling, basert på en liste med spørsmål de får av forskeren. Historiene skal så analyseres ved hjelp av fenomenologisk og hermeneutisk metode. Vurdering Slik komiteen forstår prosjektet, er formålet å undersøke hvordan lesbiske kvinner føler seg ivaretatt i rusbehandling.

Målet er å få kunnskap om brukererfaringer, opplevelser og utfordringer i behandlingsprosessen for denne sårbare gruppen. Det er ingen behandling involvert i studien og det samles heller ikke inn helseopplysninger eller personopplysninger i prosjektet. Basert på opplysningene som gis i søknad og protokoll, oppfatter komiteen prosjektet som helsetjenesteforskning, siden det fokuseres på hvordan lesbiske opplever helsevesenet. Helsetjenesteforskning er et flerfaglig vitenskapelig felt hvor man studerer hvordan sosiale faktorer, finansieringssystemer, organisatoriske strukturer og prosesser, helseteknologi og personellatferd påvirker tilgang

til helse - og omsorgstjenester, kvaliteten og kostnadene ved helse og omsorgstjenester, og endelig helse og velvære. Helsetjenesteforskning er også forskning på forbedring av helsetjenesten og effektiv bruk av ressurser for samfunnet. I helsetjenesteforskningen studerer man blant annet hvordan helsetjenester leveres, hvordan de er utformet, og hvordan helsetjenesten fungerer som system.

Helsetjenesteforskning omfattes ikke av helseforskningslovens virkeområde, som omfatter prosjekter med det formål å skaffe ny kunnskap om helse og sykdom, jf. helseforskningsloven § 2 og § 4 a, og er dermed ikke fremleggingspliktig for REK.

Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern. Vedtak Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2, og kan derfor gjennomføres uten godkjenning av REK. Klageadgang REKs vedtak kan påklages, jf. forvaltningslovens § 28 flg.

Klagen sendes til REK sør-øst A. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst A, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen Knut Engedal Professor dr. med.
Leder Anne S. Kavli Seniorrådgiver