



**LUNDS**  
UNIVERSITET

## **”Jag vill inte generalisera, men...”**

- En kvalitativ studie om professionellas syn på och erfarenheter av genus och ansvar vid könsgemensamma behandlingshem

Julia Kahlow & Agnes Spannel  
Kandidatuppsats SOPA 63 VT 2018  
Handledare: Weddig Runquist

## Abstract

Authors: Julia Kahlow and Agnes Spannel

Title: "I do not want to generalize, but..."

Supervisor: Weddig Runquist

Assessor: Yvonne Johansson

The purpose of this study was to examine how professionals at institutions with same gender twelve-steps treatments view the individual's responsibility for drug- and alcoholic problems and solutions. Further, the purpose was to examine how treatment is organized and carried out from a gender perspective. The gathering of the empirical material was done through four (4) semi structured interviews at two different treatment institutions. For the analysis of the material we chose Brickman's models of helping and coping, symbolic interactionism and a feminist perspective. The analysis showed that all respondents think that the patient does not have any responsibility for the origin of the problem due to addiction is a disease. Instead, the result showed that the responsibility is emerging during the treatment and that it is the patient's own full responsibility to solve his or her own problems of addiction and misuse. The study also showed that when it comes to responsibility there is no gender difference, besides that women more often are victimized. However, for questions about the stereotype gender both institutions showed major gender differences. Addicted women were often portrayed and problemized and the men were given a more neutral role. These women were also described as shameful, vulnerable and manipulative.

*Keywords:* drug problem, twelve-steps treatments, disease, responsibility, same gender treatment, stereotype gender roles.

## Förord

Vi vill framföra ett stort tack till alla som varit till hjälp och som har funnits som stöd under uppsatsens gång. Vi vill framförallt visa vår tacksamhet till de personer som har varit med och deltagit i våra intervjuer. Sist men inte minst vill vi rikta ett stort tack till vår handledare, Weddig Runquist, för fantastiskt bra vägledning och stort engagemang under hela processen.

Julia Kahlow

Agnes Spannel

# Innehållsförteckning

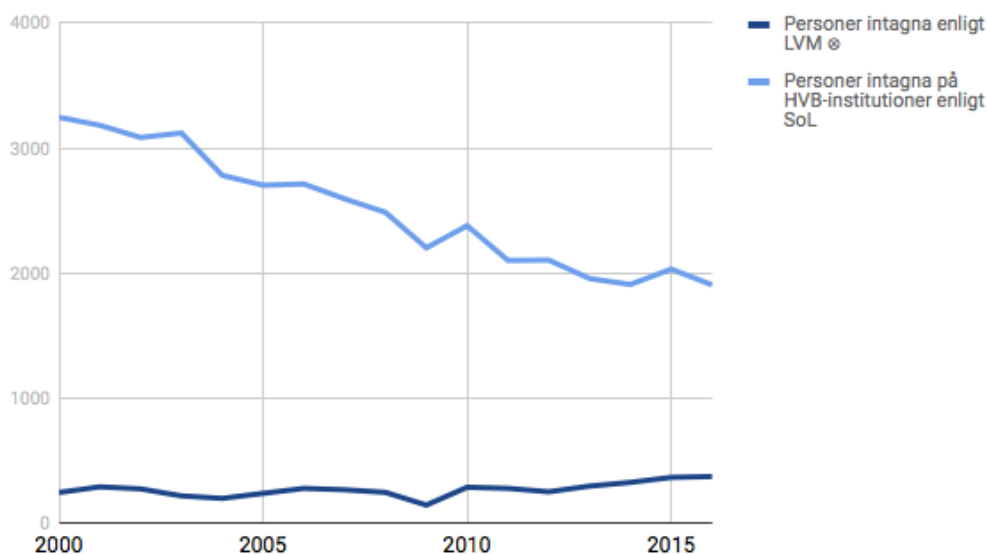
<b>1. Inledning</b>	<b>4</b>
1.1 Problemformulering	4
1.2 Syfte och forskningsfrågor	8
1.3 Avgränsning	8
1.4 Arbetsfördelning	9
<b>2. Kunskapsläget</b>	<b>10</b>
2.1 Genusperspektivet inom missbruk	10
2.2 Enkönad och könsgemensam behandling	12
2.3 Individens ansvar	13
<b>3. Teoretiska utgångspunkter och begrepp</b>	<b>15</b>
3.1 Brickmans teoretiska modell	15
3.2 Symbolisk interaktion	16
3.3 Feministiskt perspektiv	18
<b>4. Metod och metodologiska överväganden</b>	<b>20</b>
4.1 Övergripande forskningsansats	20
4.2 Val av metoder	20
4.3 Urvalsprocess	22
4.4 Genomförandet av intervjustudien	23
4.5 Bearbetning och analys	24
4.6 Studiens tillförlitlighet	25
4.7 Forskningsetiska överväganden	27
4.8 Förförståelse	28
<b>5. Resultat och analys</b>	<b>29</b>
5.1 Beroende/missbruk – frågan om patientens eget ansvar för dess uppkomst och lösning	29
5.1.1 Sjukdomsbegreppet och genetisk sårbarhet	29
5.1.2 Individens/patientens icke-ansvar för problemets uppkomst	31
5.1.3 Individens äger problemet för sitt tillfrisknande	32
5.2 Professionellas syn på kvinnor och män	33
5.2.1 Synen på kvinnor i missbruk och i behandling	33
5.2.2 Synen på män i missbruk och i behandling	35
5.2.3 Inverkan på behandlingen	36
5.2.4 Individanpassat förhållningssätt	38
5.3 Spegling av verkligheten	39
5.3.1 Könsgemensam behandling	39
5.3.2 Problem med enkönad behandling	40
5.3.3 Endast en viss spegling av samhället	41
5.3.4 Kvinno- och mansgrupper	42
<b>6. Avslutande diskussion</b>	<b>45</b>
6.1 Slutsatser	45
6.2 Avslutande reflektioner	46
<b>Referenslista</b>	<b>48</b>
<b>Bilagor</b>	<b>50</b>
Bilaga 1: Informationsbrev till respondenterna	50
Bilaga 2: Intervjuguide	52

# 1. Inledning

## 1.1 Problemformulering

Missbruk och missbrukare är begrepp som väcker många tankar och förutfattade meningar. Begreppet ”missbrukare” kritiserades av den statliga LVM-utredningen (SOU 2004:3: 457) för att vara ”begränsande”, och därför föreslog utredaren att begreppet skulle utmönstras ur socialrättslig lagstiftning där detta användes – men så har inte skett, utan fortfarande används det i t.ex. socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall. Den 1 november 2016 tvångsvårdades 384 personer för sitt missbruk och samma dag var 1 900 personer föremål för frivillig institutionsvård (Socialstyrelsen 2017). Diagrammet nedan visar antalet personer som var intagna enligt LVM respektive SoL den 1 november under åren 2000-2016. (Åldersmässigt avses personer som vid tillfället var 21 år och äldre vilket resulterar i ett bortfall av personer i åldern 18-20 år.)

**Institutionsvård den 1 november 2000-2016**



\* Ej inkluderat personer som den 1 november var placerade enligt §27 utanför institutionen.

Som framgår av diagrammet har den frivilliga institutionsvården minskat kraftigt under den aktuella sextonårsperioden, medan antalet i tvångsvård enligt LVM var högre 2016 jämfört med 2000.

Det finns en generell fördömning om att missbruk är självförvållat. Det finns dock skilda uppfattningar om vad som anses vara "tillåtet" för de respektive könen där ramarna ser olika ut vilket i sin tur skapar dubbla budskap (Birath & Borg 2011: 544). Samhället är uppbyggt av sociala normer som har växt fram under lång tid där kultur har spelat en stor roll. Normer om hur en kvinna ska vara och bete sig är förankrat med jungfru Maria som stod för moderskap och renlighet. Kvinnor som avviker från normen och lever med ett missbruk blir därför dömda av samhället till att vara omoraliska och dåliga (Lander 2018: 7)

Inom missbruksforskningen är genusperspektiv ett ämne som har haft stor genomslagskraft och har under de senaste åren blivit attraktivt att beforska. Genus beskrivs som det socialt och kulturellt konstruerade könet till skillnad från biologiskt kön (Nationella sekretariatet för genusforskning 2018). Begreppet genus kan skapa konflikter då det ofta förknippas med hur ett stereotypiskt kön ska bete sig. Inom missbruksvården skapar det stereotypa könet en klyfta då det anses vara mer kvinnligt att vara nykter/drogfri och mer manligt att dricka alkohol mycket och frekvent (Birath & Borg 2011: 532). Kvinnor i ett aktivt missbruk döms hårdare, enligt sistnämnda forskare, jämfört med män i samma situation. Mäns beteende och uppträdande under alkoholpåverkan är samhällsligt mer accepterat än kvinnor som uppträder kraftigt berusade. Traditionella könsroller bidrar till att kvinnan under alkoholpåverkan förknippas med att vara sexuellt ohämmad (Birath & Borg 2011: 548). Detta bekräftar även Bernhardsson (2014: 216) som påpekar att det finns en alkoholdiskurs som tillsammans med genusdiskursen leder till ett kvinnoideal. Idealet handlar om att kvinnan ses som "dålig" när alkohol är med i bilden. Bernhardsson hävdar också att det anses vara mer accepterat om mannen blir berusad i offentligheten än om kvinnan skulle bli det. Kvinnan har istället krav från samhället att hon ska vara ansvarstagande, ha en moralisk resning och inte ohämmat leva ut sin sexualitet.

Öjehagen (1994: 141) framhåller att kvinnor och män påverkas olika av alkohol, där skam blir en större konsekvens hos kvinnor än män när bruket har utvecklats till ett påtagligt problem eller missbruk. Det finns även många skillnader vad gäller orsaker till missbruket vilka måste beaktas i behandlingsplaneringen. I Pelissier och Jones (2005) undersökning i en nordamerikansk kontext av bakgrundsfaktorer till mäns och kvinnors missbruk framhålls vissa skillnader. Några psykosociala funktioner som är mer vanligt förekommande bland kvinnor är svårigheter med att få en anställning, att de blivit sexuellt utnyttjade och att deras ansvarstagande för minderåriga barn anses vara större än fädernas. De betonar också att det finns könsskillnader när det gäller behandlingsbehov, kvinnor har mer psykologiska problem

jämfört med män. De båda forskarnas resultat stämmer överens med Öjehagens (1994) resonemang om att män och kvinnor har olika behov vid behandling.

Öjehagen påpekar vidare att all behandling för missbruk bör se olika ut för de båda könen för att det ska kunna åstadkomma bästa möjliga resultat. Hon klargör att tidigare forskning inte alltid beaktas eller implementeras i praktiskt behandlingsarbete och många behandlingshem hade vid denna tidpunkt samma behandling för kvinnor och män (Öjehagen 1994: 139). Storbjörk (2011) hävdar att könsgemensam missbruksbehandling – som riktar sig till både män och kvinnor – inte alltid är framgångsrik. Hon menar att det idag fortfarande finns könsskillnader som är oförklarade, vilket professionella inte tar tillräcklig hänsyn till. Detta skapar i sin tur svårigheter vid könsgemensam behandling. Kvinnor behöver mer hjälp med problem som gäller familjen och psykisk ohälsa, medan män behöver hjälp med frågor som har anknytning till kriminalitet (Birath & Borg 2011: 527). Laanemets (2009: 56) visar dock i en studie att det inte finns någon evidens på att enkönad behandling ger bättre resultat än könsgemensam behandling. Det som istället har framkommit genom svensk och amerikansk forskning är att kvinnor i större utsträckning svarar bättre på behandling än män, oberoende av vilken behandling det är.

Sociologen Jessica Palm (2003) framhåller att hur vi väljer att se och förstå ett socialt problem avgör hur vi väljer att hantera det och vilka lösningar som rekommenderas och lyfts fram. Likaså avgör det hur behandlingen för en individ utvecklas och detsamma gäller hur relationen blir mellan behandlare och patient. Därför kan professionellas inställning till såväl missbruk som personer med missbruksproblem ("missbrukare") vara mycket betydelsefull. Palm redogör för Philip Brickman m.fl. (1982) teoribildning om professionellas syn på missbrukarens eget ansvarstagande för problemets uppkomst och lösning. Hur vi väljer att se på problemen avgör hur vi väljer att lösa dem. Studiens resultat visar att flertalet av respondenterna i Palms svenska studie ansåg att alkoholism är en sjukdom – resultat som enligt Palm var något överraskande, då alkoholproblem ofta ses som ett socialt problem. Majoriteten av respondenterna ansåg att den hjälp som en individ behöver för sina alkoholproblem inte i första hand emanerar från läkare. Resultatet visar också att professionella ansåg att individen har ett eget ansvar för att lösa sina missbruksproblem, men ansågs enbart till viss del vara ansvarig för uppkomsten av problemet. Palm (2003) anser därför att individens ansvar inte alltid är konstaterat. Brickmans m.fl. (1982) teori om ansvar

handlar om att förstå individens ansvar, och ska fungera som riktlinjer för människor inom socialt arbete, både hjälpare och mottagare.

Forskningsresultat som pekar på betydelsen av enkönad missbruksbehandling gjorde att vi blev intresserade av att studera behandlingspersonalens syn på behandling för män respektive kvinnor med samma behandlingsfilosofi. Birath och Borgs forskning (2011: 527) visar att kvinnor utgör en tredjedel av patienterna inom missbrukarvården vilket pekar på vikten av att använda sig av ett genusperspektiv i praktiken. Det visar även vikten av mer forskning om dessa behandlingsinriktningar (Birath & Borg 2011). Vi är därför intresserade av att undersöka könsgemensamma institutioner som använder sig av samma behandlingsfilosofi.

Tina Mattsson (2010: 52) anser dock att forskning kring ett genusperspektiv inom missbrukarvården kan skapa problem. Hon menar att forskningen har skapat en stereotypisk bild av den missbrukande kvinnan, där hennes bakgrund beskrivs som fylld av övergrepp och trauman. Kvinnan anses vara i en destruktiv beroendesituation gentemot den man som är hennes partner. Laanemets (2009: 54) anser att den stereotypa bilden av kön även visar sig inom missbrukarvårdens praktik. Det sätt som vården talar om kön upprätthåller en stereotypisk bild som är svår att undvika i arbetet. Synsättet att ”könen kompletterar varandra” är vanligt förekommande inom vården. Laanemets & Kristiansen (2008) berör även det stereotypa könet när de skriver att kvinnans sexualitet inom missbrukarvården problematiseras till skillnad från mannens. I deras studie framkom att en stillsam arbetsmiljö uppskattades av personalen vilket bidrog till att normer och stereotypa inslag inte kritiserades. Genusperspektivet inom vården blev därför inte upplyft till ytan och fick heller inte en tydlig plattform. Sociologen Carin Holmberg (2000) skriver om det stereotypa könet, och inom ramen för en empiriskt upplagd studie besökte hon olika HVB-institutioner med missbrukande kvinnor som målgrupp. En av dessa institutioner hade fokus på att lära kvinnorna att bli mer ”kvinnliga”. Vad brukarna då fick lära sig var att klä sig rätt, sminka sig och utföra “kvinnospecifika aktiviteter”.

Mot denna bakgrund blev vi därför intresserade av att studera hur professionella förhåller sig till den stereotypa bilden av kön och fördomar som kan uppstå i behandlingen. I vår studie kommer vi även att undersöka vad personalen anser vara missbrukarens eget ansvar för missbrukets uppkomst och lösning. De behandlingshem som vi har valt att studera utgår från samma behandlingsfilosofi – det s.k. tolvstegsprogrammet där inslag av självhjälpsrörelserna



Anonyma Alkoholister (AA) och Anonyma Narkomaner (NA) är centralt.<sup>1</sup> Utifrån en, som det verkar, homogen inriktning är det enligt vår mening intressant att undersöka hur behandlingspersonal diskuterar och hanterar frågor om genus i behandlingspraktiken. Missbruk är en central del inom socialtjänsten och det sociala arbetets ramar och vi ser det därför som intressant och betydelsefullt att studera genusaspekter ur professionellas perspektiv.

## 1.2 Syfte och forskningsfrågor

Syftet med studien är att undersöka hur behandlingspersonal vid tolvstegsinspirerade könsintegrerade HVB-institutioner ser på klienternas eget ansvar för beroendeproblematikens uppkomst och lösning. Vidare är syftet att studera personalens syn på och erfarenheter av behandlingspraktik utifrån ett genusperspektiv.

Forskningsfrågorna är följande:

- Vad är personalens uppfattning om patientens ansvar gällande uppkomst och lösning på deras beroendeproblematik och finns det några eventuella könsskillnader?
- I vilken mån genomsyras behandlingen av könsmissiga stereotyper och normer och hur motiveras detta av berörd personal?
- Hur motiverar personalen köngemensam behandling?

## 1.3 Avgränsning

Studien avgränsas geografiskt till södra Sverige.

---

<sup>1</sup> Anonyma Alkoholister (AA 2009: 3) och Anonyma Narkomaner (NA) anser att alkohol och narkotikaberoende är en sjukdom. Som sjukdom ses den som progressiv och känslomässig samt mental och själslig (ibid.). AA och NA poängterar i sina steg missbrukaren är ”maktlös” inför sin sjukdom och att den inte går att bota, utan självhjälpsgruppens mål är att därför att hjälpa t.ex. en aktiv alkoholist att bli en tillfrisknande alkoholist. I takt med att tolvstegsinriktade behandlingshem växte fram i Sverige växte också AA- och NA-rörelserna vilket resulterade i att Minnesotamodellen har fått stor spridning i landet (Bergmark 1995: 55-56).

## 1.4 Arbetsfördelning

Under hela forskningsprocessen har vi haft ett nära samarbete och en ständig diskussion oss emellan. Grundtanken med studien och dess upplägg har vi båda gemensamt utformat. Det var under arbetet med kunskapsläget, de teoretiska utgångspunkterna samt metodavsnittet som en uppdelning av uppsatsarbetet blev väsentligt att göra. Agnes stod för huvudansvaret för kunskapsläget och hälften av de teoretiska utgångspunkterna medan Julia har haft huvudansvaret för metodkapitlet och den andra hälften av de teoretiska utgångspunkterna.

Arbetsuppdelningen motiveras av effektivitetsskäl, då vi befann oss i tidsnöd, men även för att få ett bredare spann av forskning. Vi har läst varandras textutdrag kritiskt som sedan har lett fram till en diskussion om innehållet. Analysen har varit viktig för oss att skriva tillsammans och här har det endast skett en mindre arbetsuppdelning i syfte att säkerställa att kapitlet i sin helhet har samma uppläggning och språk för att få en röd tråd genom hela uppsatsen.

## 2. Kunskapsläget

I detta kapitel redogör vi för tidigare forskning och annan kvalificerad kunskapsproduktion inom området för enkönad och könsgemensam behandling inom missbruksvården samt rörande individens ansvar för uppkomst och lösning av missbruk/beroende. Vi har använt sökmotorn LUBsearch och sökorden enkönad behandling, könsgemensam behandling, ansvar, och könsskillnader. Vi har också i dialog med vår handledare fått ta del av ytterligare källor, såsom böcker och rapporter.

### 2.1 Genusperspektivet inom missbruk

Bernhardsson (2014: 211-218) har utifrån fokusgruppsintervjuer skrivit om alkoholdiskursen och hur den skapar ett genusideal. Hon framhåller att diskursen påvisar en bild av kvinnan som bygger på föreställningar om att kvinnan ska vara ansvarstagande, skyddande och moderlig. Kvinnan ska visa kontroll över sitt eget liv såsom hem, familj, drickande och berusning. Likväl ska kvinnan begränsa och övervaka mäns drickande. Bilden av mannen handlar enligt Bernhardsson också om kontroll men i en annan kontext. Alkoholdiskursen innebär snarare att mannen bryter sig loss från ansvar och kontroll. Den samhällseliga bilden av mannen är att dricka stora mängder alkohol och visa ett okontrollerat beteende. Enligt Bernhardsson (2014) finns ett genusideal som ständigt förändras och vad som anses vara acceptabelt ligger på gränsen mellan njutbart och problematiskt.

Carin Holmbergs (2000) studie handlar om missbruksbehandling och om kvinnosynen inom området. Hon har studerat totalt sex institutioner av vilka tre enbart vänder sig till kvinnor som är intagna med stöd av LVM (tvångsvård) medan övriga tre bedriver frivillig vård. Holmbergs forskning visar att det finns skillnader i hur manliga och kvinnliga klienter interagerar och kommunicerar. Personalen som intervjuades i studien ansåg att kvinnor i behandling kunde vara mer manipulativa och konspirera med övriga klienter, medan män ofta hade en mer rak och öppen kommunikation. Holmberg hävdar att behandlingsarbetet som vänder sig till män skiljer sig jämfört med upplägget för kvinnor, då man i arbetet med män inte strävar efter att djupdyka i klientens personliga problematik, utan att det är männen själva som får avgöra hur mycket och vad de vill prata om. I behandlingsarbetet med kvinnor handlar det om att öppna upp och prata om saker som är svårt om det finns motsättning hos kvinnan. Holmbergs studie handlar även om ”vi och dom”, dvs. om likheter och skillnader

mellan den missbrukande och den ”vanliga” kvinnan, där hon vill minska klyftan däremellan med kunskap. Den missbrukande kvinnan utgör en minoritet i samhället och något som avviker från normen (ibid.).

Mattsson (2010: 75) berör i sin studie vad behandlingspersonal på bl.a. ett LVM-hem för kvinnor anser om betydelsen av både män och kvinnor i personalgruppen. Mattsson konstaterar utifrån sina deltagande observationer att behandlingspersonalen anser att det är viktigt att det ”normala” lyfts fram som något eftersträvansvärt för klienterna i tvångsvård. Personalen menar att det normala är en verklighet i vilken både män och kvinnor verkar och i det samhälle som kvinnorna tillfälligt blivit avskilda lever och verkar både män och kvinnor. Enligt författaren visar personalen upp en normalitet över hur en man respektive kvinna ska vara utan missbruksproblematik men när de ska konkretisera vad som är att se som ”normalt”, är kön det enda de kan svara på utan att visa en viss osäkerhet (Mattsson 2010: 76). Personalens bild av kön leder till en gemensam bild av vad könen kan och inte kan göra (Mattsson 2010: 94). Hon klargör också att kvinnor inom missbruksforskningen tenderar att i sina egna publikationer reproducera en stereotypisk bild av kvinnor och män. När det pratas om genus är det alltid kvinnor som uppmärksammas medan män hamnar i skymundan. Resultatet blir att männen blir könsneutrala (Mattsson 2018: 52).

Laanemets och Kristiansen (2008) belyser i sin forskningsrapport om hur flickor/kvinnor och pojkar/män bemöts olika på SiS-institutioner inom missbruks- och ungdomsvården. Personalens förhållningssätt skiljer sig åt mellan könen. Pojkarna inom vården bemöts med en hård jargong där utrymmet för att vara sårbara ej existerar, medan flickorna bemöts sensitivt då personalen är rädd för att kränka dem. Flickorna anses också vara mer ömtåliga och personalen ger därför mer utrymme till dem att vara mer sköra och känsliga.

Vid regelbrott inom vården var det enligt Laanemets och Kristiansen (2008) mer accepterande för flickorna att bryta mot reglerna då toleransen mot pojkarna var betydligt lägre. Inte heller fanns det en strävan att upprätthålla ett genusperspektiv i vårdarbetet. Istället bidrog verksamheten till producera fördomar kring ett stereotypiskt kön där budskapet var att könen kompletterar varandra. Detta skapar i sin tur en bild av hur en man och en kvinna ska bete sig (Laanemets & Kristiansen (2008).

## 2.2 Enkönad och könsgemensam behandling

Enligt Birath och Borg (2011: 543-544) visar olika forskningsstudier att det går bättre för kvinnor jämfört med män efter avslutad könsdifferentierad behandling. Det finns många olika inriktningar på könsdifferentierad behandling och ofta med kvinnospecifika inslag vilket innebär att behandlingseffekterna bland män inte har lika hög evidens. Den främsta orsaken till att erbjuda enkönad behandling är att den ska fungera som skydd för klienterna. En könsseparerad behandling innebär att klienter inte kan inleda någon heterosexuell relation med någon av det motsatta könet. I en könsgemensam behandling kan också förekomma sexuella trakasserier eller övergrepp. Ett annat skäl till enkönad behandling är att kvinnor med olika typer av problematik från missbruket såsom våld, graviditet, eller psykisk ohälsa är i behov av en annan specialiserad vård. Undersökningar visar att antalet kvinnor som blivit sexuellt utnyttjade i barndomen och under aktivt missbruk är stort, vilket innebär att skyddsaspekten för dessa kvinnor är viktig att tillgodose (ibid.).

Palm (2007) beskriver i sin studie personalens syn på könsskillnader inom missbrukarvården i Stockholms läns landsting. Hon har jämfört manlig och kvinnlig personals attityder till könsmissiga frågor. Resultaten visar att personalen har olika syn på män jämfört med kvinnor och att kvinnor i personalgruppen tänker mer på könsskillnader inom behandlingsarbetet. Kvinnorna väljer att mer uppmärksamma frågan om olikheter mellan könen, medan män har en mer könsneutral syn. Personalen förordar huvudsakligen könsgemensam behandling, medan tillfrågade klienter anser att enkönad behandling är mer gynnsamt. Palm berör också huruvida enkönad behandling kan vara diskriminerande då den i värsta fall kan leda till att kvinnor utlovas en behandling utifrån kön istället för vilken sorts problematik som individen har och behöver behandling för. Palm menar att behandling specifikt för kvinnor ofta anses vara för deras eget bästa men att beslutet sällan ligger hos kvinnan.

Holmberg (2000) hävdar att institutioner som är avsedda enbart för kvinnor riskerar att bli isolerade öar vilket bidrar till att kvinnorna inte lär sig bemöta och vara i samvaro med män som livet efter behandling kräver. Författaren framhåller att den överlägsenhet som kan uppstå gentemot kvinnor kan komma från båda manliga klienter och manlig personal. Detta bemötande har en negativ inverkan på kvinnors behandling, vilket enligt henne är ett motiv till att det har skapats enkönad behandling. I sin studie nämner Holmberg (2000) att ingen diskuterat eller försökt förändra de negativa attityder bland intagna och personal som kan finnas vid könsgemensamma institutioner.

Holmberg (2000) berör i samma studie också frågan om könsperspektiv vid enkönade institutioner och hur synen på män och kvinnor skiljer sig åt bland personalen. De intagna kvinnorna i studien har förväntningar på sig om att de ska avsäga sig sin integritet för behandlingen medan kraven på de intagna männen är att de bara behöver ge med sig lite grann. Det grundar sig i att bilden av kvinnliga missbrukare är att de är psykologiskt skadade och där behandlingen går ut på att hitta kvinnlig identitet. Behandlingen för män handlar snarare om att de är utagerande och aggressiva.

## 2.3 Individens ansvar

Palm (2004) har studerat hur behandlingspersonal vid beroendekliniker inom Stockholms läns landsting ser på patientens ansvar. Resultatet från studien visar att den övervägande delen av respondenterna ansåg att patienten är ansvarig för sitt missbruk och ansvarig för att bli nykter och drogfri. Bland dessa respondenter menade några att patienten delvis är ansvarig för att ha utvecklat ett missbruk/beroende, men är fullt ansvarig för sin behandling och vägen till nykterhet och drogfrihet. Det var få respondenter som ansåg att ingen var ansvarig för sitt beroende av alkohol och droger.

Vidare framgår av Palms (2004) studie att många av respondenterna såg missbruksproblemen som de möter som en sjukdom samtidigt som de tyckte att det är ett socialt problem. Palm (2004) problematiserar diskussionen och framhåller att den syn som behandlingspersonalen ger uttryck för är att alkohol- och drogberoende visserligen är en sjukdom, men en sjukdom som inte kräver medicinsk hjälp. Den slutsatsen drar hon utifrån att respondenterna inte tyckte att läkare är mest lämpliga att hjälpa patienterna ut ur missbruket. Studien visar också att få bland personalen ser patienterna som viljesvaga.

Även Blomqvist (1999: 13) berör sjukdomsbegreppet och menar att föreställningen om att alkoholmissbruk är en sjukdom har funnits under en lång tid. Han tar upp den så kallade "sjukdomsmodellen" som utvecklades av Mansell Pattison i mitten av 1970-talet. Modellen består av fyra delar där alla hänger samman för att beskriva varför ett alkoholberoende ska ses ur ett sjukdomsbegrepp. "Sjukdomsmodellen" handlar sammanfattningsvis om att personer som utvecklar ett substansberoende har fötts med genetiska anlag för detta, vilket skiljer dem från människor som är i avsaknad av denna genetiska komponent. Personer med dessa anlag

gör att de är överkänsliga för alkohol vilket gör att de hamnar i ett sjukdomsförlopp. De beskrivs som att inte förmår att påverka sitt beroendetillstånd och därför inte kan bära ansvar eller bestraffas för sitt beroende. Utifrån Pattisons sjukdomsmodell är det istället samhället som bär ansvaret för individens alkoholberoende. I detta avseende ansvarsbefrias individen, vilket går emot föreställningen om en moralisk syn på alkoholproblem.

## 3. Teoretiska utgångspunkter och begrepp

I detta kapitel presenterar vi tre teorier som vi anser relevanta för vår studie, och som vi använder för att tillsammans med tidigare forskning analysera vår empiri. Brickmans teoretiska modell har vi använt för att undersöka hur respondenterna ser på ansvar och hjälpande. Vår studie fokuserar också könsmässiga stereotyper där vi har valt att använda symbolisk interaktion och feministiskt perspektiv för att belysa interaktionen mellan personal och de båda könen samt hur det kvinnliga könet problematiseras.

### 3.1 Brickmans teoretiska modell

Brickman m.fl. (1982) beskriver inom ramen för sin modell fyra olika perspektiv som förklarar hur man kan se på individens ansvar beträffande orsaken till problem och lösningen av missbruksproblem och beroende. Dessa fyra perspektiv utgörs av det moraliska-, kompensatoriska-, medicinska- och upplysningsperspektivet. Vid tillämpningen av dessa olika perspektiv förklarar Brickman m.fl. att fel val av perspektiv i en given situation kommer vara negativt för effektiv hjälp.

- Det moraliska perspektivet innebär att individen själv är ansvarig för både orsaken och lösningen av problemet. Individen måste själv hitta en lösning och kan möjligen få hjälp av självhjälpgrupper såsom AA och NA. Hjälparens roll är att hela tiden påminna individen om dennes öde och få hen att ta sitt ansvar. Den stora nackdelen med detta perspektiv är att alla är ansvariga för sitt eget liv, och att sjukdomar som till exempel leukemi eller övergrepp såsom våldtäkt – som inte är påverkbara – ändå är något som individen ansvarar för.
- Det kompensatoriska perspektivet innebär att människor inte är ansvariga för problemets uppkomst, men väl för dess lösning. Ansvaret för att ta emot hjälpen åvilar den behövande mottagaren. Denne måste därför vara aktiv och göra egna ansträngningar för att kunna erbjudas hjälpinsatser. Styrkan med detta perspektiv är att det hjälper individen att fokusera på lösningen då denne slipper att ta ansvar för problemets uppkomst. Detta kan ses som en ”belöning” men å andra sidan är nackdelen att individen i fråga måste lösa problem som inte är självförvållat.



- Det medicinska perspektivet innebär att sjukdom inte är individens ansvar, men det behöver inte bara vara sjuka personer som detta perspektiv appliceras på. Här ser individen sig själv eller andra som inkapabel att lösa sin missbruk/beroendeproblematik och accepterar detta. När individen har accepterat sin situation och tillstånd fräntas denne ansvaret och specialister ska då lösa problemet. Fördelen med detta perspektiv är att personen i fråga kan ta emot hjälp för sina alkohol/drogproblem.
- Upplysningsperspektivet innebär att individen är ansvarig för sina missbruks/beroendeproblem men inte för lösningen. Ska man använda detta perspektiv måste individen underkasta sig ”hjälpare” av olika slag. Det är personens egna impulser som har styrt ett visst beteende och hen måste ta kontroll över sitt beteende och ”lyda” hjälparen. Lösningen kan bara komma till stånd så länge hen accepterar hjälparen och dennes förslag till åtgärder. En avsevärd nackdel med perspektivet är att det kan leda till en ifrågasättande inställning hos personen i fråga, vilket i sin tur leder till att hela livet riskerar att ifrågasätts.

Utifrån de perspektiv som innebär att individen är ansvarig för lösningen av sitt problem är det mer troligt att dessa ökar individens kompetens jämfört med de perspektiv där denne inte är ansvarig för lösningen (Brickman m.fl, 1982). Enligt Brickman m.fl. (ibid.) gynnar det individen mer långsiktigt. Enligt Jan Blomqvists (1999: 58) tolkning av Brickmans modell leder de moraliska och kompensatoriska perspektiven till att när individen har åstadkommit positiva resultat och får positiv återkoppling, gynnar detta den livsstilsförändring som individen försöker göra. Vad gäller hjälpanse anser Brickman m.fl. att det finns ett dilemma, då bara ordet ”hjälp” indikerar att individen inte är ansvarig för problemets lösning – individen saknar kontroll. Likaså menar Brickman m.fl. att den som hjälper vill vara framgångsrik, och därför är det viktigt att utgå från rätt perspektiv i Brickman m.fl.:s modell – gör man inte detta är det lätt att ständigt misslyckas.

## 3.2 Symbolisk interaktion

För att människor runtom i samhället ska kunna interagera med varandra och hitta en gemensam förståelse måste det även finnas en kunskap och uppfattning om samhällets normer (Engdahl & Larsson 2011: 103). Herbert Blumer (1998) myntade begreppet symbolisk

interaktionism som handlar om den interaktion som sker på mikronivå människor emellan. Människor responderar på olika sätt i socialt samspel med andra, där vi tolkar intryck från omgivningen utifrån vilken betydelse vi tillskriver dessa individer. Språkliga symboler är viktiga för att meningsbärande handlingar inte ska misstolkas av mottagaren. Kontexten och dess jargong är viktig för att en förståelse mellan parterna ska kunna uppstå, men detta kräver att situationens gester och ord förstås på samma sätt av båda parterna. Därför är tolkningen av situationen central vid symbolisk interaktion.<sup>2</sup>

Järvinen (2017: 30) betonar i detta sammanhang tolkningsprocessens betydelse och att social interaktion handlar om människor i olika kontexter vilket resulterar i att det inte finns en socialt bestämd process. Symbolisk interaktion kommer även att benämnas som symbolisk kommunikation där begreppet kan förstås genom tre steg (Engdahl & Larsson 2011: 104):

1. En av parterna i ett samspel utför en gest eller säger något som visar vad personen tänker göra i den specifika situationen. Detta benämns en ”initial gest”.
2. Den andra parten i interaktionen förmedlar ett svar på gesten genom att tolka in situationen. I tolkningen av situationen skapar gesten en innebörd och är därmed en meningsbärande handling.
3. I sista steget framstår ”resultatet” av interaktionen.

Resultatets av interaktionen baseras på om och i vilket grad parterna är överens om gestens meningsbärande betydelse. Om parterna inte är överens kan det uppstå ett missförstånd och interaktionen kan misslyckas (ibid.). Det ligger därför i båda kontrahenternas ansvar att göra sig förstådd, så att de gemensamma intresset ska uppnås.

När en interaktion utvidgas från två till tre parter sker en dramatisk övergång. För att låna den tyska sociologen Georg Simmels begrepp kan denna interaktionsform definieras som en triad (Isenberg 2013). I en triad där tre människor (eller parter) interagerar förändras interaktionsmönstret jämfört med när två människor (parter) samspekar. Den nya triadiska relationen anses vara den största transformeringen inom all interaktion. I triaden går det att urskilja ”alla de former av interaktion som existerar respektive är möjliga i samhället” (ibid.).

---

<sup>2</sup> Samtidigt bör påpekas att det sedan Blumer har tillkommit olika uttolkare av symbolisk interaktionism. För Blumer kan samhällets fenomen uteslutande förstås och förklaras genom ”interaktionism”, medan det strukturella perspektivet är frånvarande – en utgångspunkt som inte är självklar.

Kristiansen (1999: 18) betonar även här kontextens betydelse. Interaktionen mellan människor i samband med en viss kontext har en väsentlig roll i hur ens handlingar uppfattas.

När det talas om symbolisk interaktion och kommunikation så talas det även om makt. Om det läggs samma vikt vid gester och ord av människor anses samhället starkt. Samhörigheten som uppstår i detta skede skapar en gemenskap och en lätthet att kommunicera med varandra. Vad händer om någon avviker från beteendet och inte har samma tanke och bakgrundsinformation om gesten eller språket som uppstår i en interaktion? Personen kan på så vis bli stigmatiserad av samhället. Stigmatisering handlar om att en person som visar ett avvikande beteende eller egenskap och som inte är socialt accepterat, kan bli utfrysad av samhället. Det handlar om en person som inte följer normerna. Personerna som bestämmer vad som tillhör normen och inte är även de personerna som har makt att stigmatisera andra människor (Engdahl & Larsson 2011: 111).

### 3.3 Feministiskt perspektiv

Inom feministisk forskning är ”göra kön” en vanlig teoretisk ingång. Den här ingången handlar om hur kön inte är ett karaktärsdrag utan något som vi människor skapar, vi människor framställer kön genom olika sociala sammanhang. Björk och Hedenus (2015: 23) menar att perspektivet handlar om att det finns en relation mellan kön och genus och på grund av människors sociala interaktion associeras genus till ett visst kön. Det här fenomenet brukar benämnas som att olika händelser eller processer ”könsmärks” eller “könas”. Men perspektivet har också enligt Björk och Hedenus (2015) kritiserats av andra forskare som menar att genus tar fokus bort från kroppens betydelse för hur kön tar sig i samhället. Forskare idag väljer därför att använda begreppet kön för att på ett bättre sätt visa de sociala kategoriseringar som finns i samhället.

Kön och genus är två sociala kategoriseringar, vilka även benämns sociala positioner. Sociala kategorier innebär att det finns förväntningar över hur en människa ska vara, och dessa kan ha en inverkan på livsval och människans självbild. Likaså handlar det om andra människors inställning till det. Vidare kan dessa kategorier analyseras på en makronivå, men när man väljer att undersöka något på individnivå kan det förklaras på ett annat sätt. En svårighet med sociala kategoriseringar är hur de ska definieras och av vem – av andra eller individen själv?

En feministisk kritik är därför att alla som använder dessa kategorier är med och skapar, förstärker och reproducerar dem i samhället (Björk & Hedenus 2015: 25).

Bengs och Wiklund (2015: 160) skriver om maskulinitet och femininitet förenat med hälsa. De påpekar att Courtenays (2000) forskning om hegemonisk maskulinitet visar att hur samhället väljer att konstruera maskulinitet påverkar mäns och kvinnors hälsa. Han framhåller att på det sätt som vi konstruerar genus bidrar det till att kvinnor ofta visar mer hälsosammare livsstilmönster jämfört med män och att män ofta uppvisar ett riskbeteende. Likaså har bilden skapats av att mannen ska vara självständig, känslolös och stark, mannen ska inte heller visa sig svag inför andra. Maskulinitet handlar också om att mannen inte ska vara mindre sårbar än kvinnan och inte söka vård och hjälp. Bengs och Wiklund (2015: 161) skriver vidare också om Connells (1987: 183-188) forskning om framhävd femininitet. Den framhävda femininiteten anser de karakteriseras av empati, omsorg och pålitlighet. Detta skapar sammantaget bilden av att kvinnan ska vara sexuellt tillgänglig för mannen.

Enligt Björk och Hedenus (2015: 26) behöver man vara medveten om två begrepp för att få full förståelse för sociala kategoriseringar ur ett sociologiskt perspektiv: struktur och norm. Normer är vad som avgör hur vi människor ska vara och samspela med varandra. Normer är regler och uppfattningar om vad som är åtråvärt och viktigt i samhället. Normer fyller en viktig funktion i samhället, eftersom de skapar en gemensamt tankesätt kring om vad som är omoraliskt i samhället. Samtidigt kan normer vara hämmande för vissa grupper eller individer, till exempel kön. Strukturer är vad som hierarkiserar sociala kategorier – det är mönster som avgör hur individer eller grupper i samhället har möjlighet att utöva makt.

## 4. Metod och metodologiska överväganden

I detta kapitel presenterar vi våra valda metoder och vilka metodologiska överväganden som vi har gjort. Inledningsvis redogör vi för vår forskningsansats. Vi beskriver också våra motiv bakom urvalsprocessen, hur vi har genomfört intervjustudien samt bearbetat och analyserat insamlad empiri. I slutet av kapitlet diskuterar vi studiens tillförlitlighet och hur vi har tillämpat Vetenskapsrådets forskningsetiska principer.

### 4.1 Övergripande forskningsansats

Den forskningsansats som vi kommer att använda oss av är induktion då den är ett centralt inslag i kvalitativa studier. Till följd av detta har vi också låtit oss inspireras av Grounded theory som vi använder som ett analysverktyg (se vidare avsnitt 5.4). Ett induktivt arbetssätt innebär att insamlad empiri (data) ska kunna generera en teori/er eller teoretiska begrepp som sedan kan användas i analysen. David och Sutton (2016: 467) uttrycker det som att ”teori skapas utifrån belegg och inte genom rationella utvidgningar av existerande teori” – motsatsen är en deduktiv ansats. Konkret innebär detta att vi har valt ut våra teorier efter att först ha tematiskt kodat vårt insamlade material med stöd av Grounded theory. Den induktiva ansatsen innebär alltså att vi i den här studien har gått in med inställningen att inte ha en förutfattad mening om hur resultatet kommer att bli. Detsamma gäller för hur vi har genomfört våra intervjuer, där vi har haft en neutral inställning till respondenterna och likaså vid kodningen av det insamlade materialet.

### 4.2 Val av metoder

Vi har valt att använda oss av kvalitativ metod eftersom den ger oss möjlighet att förmedla åsikter, resonemang och känslor från respondenternas sida, vilket inte hade varit möjligt vid användning av t.ex. strukturerade intervjufrågor i en enkätstudie (Bryman 2008: 340-341). Genom kvalitativ metod kan vi närmare undersöka den sociala verkligheten och hur olika individer i olika miljöer fungerar. Det senare hade vi inte kunnat få ett grepp i en renodlad kvantitativt inriktad studie, då det är omöjligt att mäta social interaktion med siffror (Ahrne & Svensson 2015). Utmärkande för en kvalitativ studie är enligt Brinkmann och Tanggaard (2015: 14) att det är möjligt att undersöka *hur* någonting ter sig, t.ex. hur någonting sägs,

görs, utvecklas eller framträder. Vad som också kännetecknar en kvalitativ metod är att den ofta har en induktiv utgångspunkt (se avsnitt 5.1).

För att få ett mer djupgående resultat att analysera har vi valt att använda oss av kvalitativa intervjuer. Men vad kännetecknar då en kvalitativ intervju? Den kvalitativa intervjun är samtalsliknande och icke-konfrontativ. Det är dock inte en journalistisk upplagd intervju, utan utgångspunkten är att intervjuare och intervjuperson skapar en gemensam berättelse som leder till en gemensamt framtagen kunskap för berörda parter (Kvale & Brinkmann 2014: 34). Det är därför viktigt att interaktionen mellan intervjuperson och intervjuaren fungerar bra och att det finns en ömsesidig tillit mellan parterna. Detta innebär i sin tur kunskapen från intervjun är kontextberoende.

Kvalitativ intervjumetod är idag en av de mest använda inom kvalitativa studier, även om den givetvis också kan kombineras med andra kvalitativa metoder. Intervjuer används för att fånga upp människors erfarenheter, uppfattningar om vissa sociala fenomen (Ahrne & Eriksson-Zetterquist 2011: 36–37). Genom denna intervjuform kan vi få en insikt om en annan människas åsikter, hur dessa har vuxit fram och hur de motiveras, men det är viktigt att komma ihåg att den kunskap som vi erhåller inte säger *allt* om ett visst fenomen. Dock kan relevanta och viktiga insikter uppstå om intervjun går rätt till (ibid.).

Inom kvalitativa studier är ostrukturerade och semistrukturerade intervjuer mest vanligt förekommande (Bryman 2008: 413). Med vårt valda forskningsområde är det viktigt att inte bli för sökande och inte heller styra intervjufrågorna för hårt. Det är viktigt att ge respondenten möjlighet att reflektera över sina svar eftersom bl.a. detta ligger till grund för vår analys. Vi har valt att använda oss av semistrukturerade intervjuer för att den låter intervjupersonen styra samtalet mer och låter oss inflika med följdfrågor på det som respondenten pratar om och finner relevant (Bryman 2008: 415). I grunden har vi haft färdigformulerade huvudfrågor/teman (se bilaga 2) – som är ett kännetecknande drag när det gäller denna intervjuform – men som vi har förhållit oss pragmatiska till utifrån hur intervjun har utvecklats. Denna typ av intervju har krävt en hög grad av mental närvaro och uppmärksamhet från oss som intervjuare, och det har därför också varit en fördel att huvudsakligen göra intervjuerna tillsammans.

## 4.3 Urvalsprocess

Efter att ha bestämt forskningsområde, forskningsfrågor och val av metoder, så var det dags att bestämma urvalsstrategier för att få access till fältet. Utifrån vårt syfte scannade vi av vilka institutioner som hade könsgemensam behandling. Bryman (2008: 350) poängterar att ett målstyrt urval är mest förekommande vid kvalitativa intervjuer, och därmed avses ett icke-sannolikhetsurval och detta kan ske på olika nivåer (i vårt fall både beträffande urval av institutioner respektive intervjupersoner). Denna urvalsprocess kan också sägas vara strategisk genom att urvalet av både enheter och intervjupersoner i sin helhet är relevant för våra forskningsfrågor (ibid.).

Vi valde att genomföra studien vid två behandlingshem och med detta kan det sägas finnas både fördelar och nackdelar. Genom att göra detta kan vi djupdyka i ansvarsaspekten och könsaspekten och därmed få svar på våra forskningsfrågor utifrån den specifika organisationskultur som finns vid dessa behandlingshem. Analysen har därför kunnat baseras på empiri som är ingående och heltäckande, vilket enligt Ryen (2004: 77) är grundtanken med kvalitativa intervjuer.

De två behandlingsinstitutioner som vi har haft som undersökningsobjekt bedriver båda könsgemensam behandling i södra Sverige, och båda utgår från en behandlingsfilosofi som baseras på tolvstegsprogrammet (se vidare kapitel 1). Utifrån detta urval är det möjligt för oss att undersöka och analysera likheter men även skillnader trots att behandlingsfilosofin är densamma. Vår tanke från början var att hålla oss till en enda stad/kommun men fick istället utvidga studien till södra Sverige då utbudet av HVB-institutioner med könsgemensam behandling är något begränsat. Vi använde sökmotorn Google för att få information om olika behandlingshem. Vi ville intervjua professionella som hade arbetat vid institutionerna under en lång tid, vilket därmed var en av kriterierna i vårt målstyrda urval. Det var även viktigt för oss att hitta respondenter av olika kön för att få med ett könsperspektiv bland de professionella.

Vi skickade därefter informationsbrev till verksamhetsansvarig vid respektive HVB-hem (se bilaga 1). För att följa upp informationsbrevet ringde vi upp respektive chef för att mer utförligt presentera oss och vår studie. När verksamhetscheferna väl hade samtyckt till att låta oss genomföra intervjuer valde de själva att skicka ut informationsbrevet till sina anställda. Ryen (2004: 74) framhåller vikten av ett godkännande från chefen innan intervjuer genomförs

med anställda, eftersom vi tar i anspråk personalens arbetstid. Samtliga respondenter tog i sin tur kontakt med oss via antingen mail eller telefon och när även de hade givit oss sitt samtycke kunde vi boka in en intervju med dem. Denna process var dock ganska utdragen och vi fick återkomma med påminnelser i vissa fall. Urvalet landade till slut på fyra respondenter: tre personer från behandlingshem 1 och en från behandlingshem 2.

Det har som framgått ovan varit svårt att få access till fältet och det har legat mycket tid och samtal bakom innan intervjupersonerna slutgiltigt kunde bokas in. En anledning till svårigheterna har varit den begränsade tillgången till institutioner med könsgemensam behandling. Vi tror att båda behandlingshemmen är en måltavla för många studier bland studenter och forskare. Detta kan vara en bidragande faktor till att det var svårt att få tag i respondenter. Vi hade gärna intervjuat fler personer på behandlingshem 2 men det var inte möjligt. Vi tycker dock att alla fyra intervjuer har varit fylliga och med ”täta beskrivningar” (*thick descriptions*) av behandlingshemmen och de aspekter som vi undersöker (Bryman 2008: 355). Intervjuerna har givit oss tillräckligt mycket kunskap för att på ett fullgott sätt kunna besvara våra forskningsfrågor.

#### 4.4 Genomförandet av intervjustudien

Vi valde att endast genomföra intervjuer *ansikte-mot-ansikte* då vi var måna om att skapa en trygg och tillitsfull relation. Ögonkontakt, leenden, vänlighet samt verbala och icke-verbala bekräftelser användes under intervjun för att skapa en god kontakt. Bryman (2008: 213) betonar att om forskarna *inte* lyckas med att skapa en sådan tillitsfull relation, så kan det resultera i att respondenterna inte vill medverka i intervjun eller välja att avstå från att svara på vissa frågor eller alternativt väldigt knapphändigt besvara dem. För att skapa en trygg miljö fick intervjupersonerna själva välja plats för intervjun. Detta hoppades vi även skulle minska bortfall av respondenter. Intervjuerna genomfördes i samtliga fall på intervjupersonernas arbetsplats (i deras kontorsrum) där de kände sig bekväma. Alla intervjuer varade i cirka en timme och de spelades in med hjälp av en diktafon.

Innan intervjun tog sin början informerades samtliga om de forskningsetiska principerna och det som stod i informationsbrevet. Respondenterna var alla engagerade i samtalet och vi upplevde att det fanns en vilja av att dela med sig av sina åsikter och erfarenheter. Detta innebar att intervjuerna genomfördes i en god stämning och atmosfär. Under intervjun



framkom det avsnitt som inte var relevanta för vår studie och som vi har valt att inte lägga stort fokus på. Som framhölls ovan var vi båda närvarande vid intervjuerna och där vi turades om att ha huvudansvaret för intervjun medan den andra huvudsakligen ställde följdfrågor och gjorde anteckningar. Detta hindrade dock inte att vi båda kunde ställa följdfrågor. Vi informerade intervjupersonerna om denna uppläggning.

## 4.5 Bearbetning och analys

Första steget i bearbetningen av empirin är transkribering av intervjuerna. Transkriberingen är ett nödvändigt steg för att sedan kunna koda och kategorisera intervjuutskriften. Transkribering av intervjumaterial kan ta lång tid och det är viktigt att vara noga med denna del i analysen då det lätt uppstår missförstånd när forskaren transkriberar intervjuer (Bryman 2008: 428-430). Transkriberingen har gjorts av intervjuerna i sin helhet.

Kodning av intervjuer tar olika lång tid och behöver bearbetas på olika sätt beroende på om intervjun är strukturerad eller ostrukturerad. Eftersom att vi har gjort semistrukturerade intervjuer var vi införstådda med att kodningen skulle komma att ta längre tid än om vi gjort strukturerade intervjuer. Vid kodningen har vi varit inspirerade av Grounded theory (GT), en analysmetod som ursprungligen utvecklades av de amerikanska forskarna Glaser och Strauss (1967). Dessa två personer gick dock skilda vägar under 1980-talet (Lindgren 2006) med följd att begreppet Grounded Theory har dragit åt olika håll. Vi har för vår del använt oss av Charmaz (2006) ingång vid tillämpningen av GT.

Kodningen enligt GT består av tre steg (Charmaz 2006). Det första brukar benämnas för rad-för-rad-kodning och går ut på att kodningen inledningsvis ska vara öppen och ”direkt” och genomföra i ett någorlunda uppdrivet tempo för att inte forskaren ska gräva ner sig för mycket i detaljer (Charmaz 2006: 50). Den bakomliggande tanken är att hitta gemensamma teman eller ledord som kan sammanföras i olika kategorier (Guvå & Hylander 2003: 50). Kodningen började med att vi läste igenom allt material och samtidigt skrev ned kommentarer på utskriftssidorna. Till en början kodade vi en intervju var för sig för att se vilka teman som dök upp hos var och en av oss. Vi ville se om vi fokuserade på olika saker eller om temana var snarlika. Efter att vi kodat samma intervju och jämfört teman som kommit upp, fortsatte vi med resterande intervjuer. När vi hade läst igenom materialet ett flertal gånger och den initiala

kodningen började utvisa en struktur och ett mönster, så kunde den inledande kodningen avslutas.

I nästa steg tog den fokuserade kodningen vid. Här bröt vi ner texten ytterligare vilket är ett utmärkande drag för det andra steget i kodningsprocessen (Charmaz 2006: 57). Läsningen fortsatte och vi började skapa preliminära kategorier som i takt med den fortsatta bearbetningen blev allt mer bestämda. De kategorier som vi valde att utgå från var teman som hade relevans för studien och för att kunna besvara våra forskningsfrågor (ibid.). Kategorierna utgörs av huvudkategorier och underkategorier där intervjuцитat som väckte tankar hos oss infogades. Kategorierna färgmarkerades för att kunna koda materialet ytterligare och för att skapa en struktur inför den slutgiltiga analysen av materialet.

Det tredje steget var att skapa ”relationer mellan olika kategorier”, dvs. för att undersöka hur olika kategorier hänger ihop inbördes (Guvå & Hylander 2003: 58). Här granskade vi våra huvudkategorier för att se om de hade några gemensamma drag eller om nya tankar kring empirin dök upp hos oss.

Det finns nackdelar vid kodning av kvalitativt material. Den kritik som riktats mot GT är att den text som används vid fokuserad kodning inte längre står i sitt sammanhang. En mening eller ord plockas bort från den sociala situation som det tidigare ingick (Bryman 2008: 526). En annan kritik som framförts är att forskaren kan applicera det på sig själv, då materialet som kodas är narrativt. Vad som är viktigt att komma ihåg är att analysen först blir intressant när forskaren tar kodningsmaterialet och lyfter det till en teoretisk nivå (Bryman 2008: 527-528). Vår erfarenhet efter att ha inspirerats av GT är att det var en utmaning till en början att se vilka citat som var tillräckligt illustrativa och vilka som var intetsägande när de togs ur sin kontext. Detta blev dock ett faktum under den fokuserade kodningen som gjorde att vi kunde reflektera tillsammans om vilka citat som gav en målade bild av ett visst socialt fenomen. Att hålla en distanserad bild till materialet var även en utmaning, eftersom vi är så nära materialet men efter många diskussioner, oss sinsemellan, hittade vi en bra balans.

## 4.6 Studiens tillförlitlighet

Enligt Bryman (2008: 354) kan kvalitativa och kvantitativa studier kvalitetssäkras på olika sätt. Vid renodlat kvantitativa studier används de traditionellt positivistiskt laddade begreppen

validitet och reliabilitet. Kvalitativt inriktade forskare anser inte att det är möjligt att använda reliabilitet på det sätt som begreppet används i kvantitativa studier, eftersom det handlar om ”huruvida resultaten från en undersökning blir desamma om undersökningen genomförs på nytt, eller om de påverkas av slumpmässiga eller tillfälliga betingelser” (ibid.) – en hög grad av reliabilitet uppstår om resultatet är detsamma som vid tidigare undersökning (mätning) och oberoende av vem som gjort den nya undersökningen (mätningen). Som vi konstaterade ovan är detta inte möjligt i kvalitativt inriktade studier, eftersom t.ex. våra intervjustudier både är person- och kontextbundna.

Mot denna bakgrund utvecklade de amerikanska metodforskarna Guba och Lincoln i mitten av 1980-talet ett alternativt sätt att kvalitetsbedöma studier med en kvalitativ ansats (Bryman 2008: 352). Dessa forskare använder paraplybegreppet ”tillförlitlighet”, som består av trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet samt en möjlighet till att styrka och konfirmera. I det följande berör vi i korthet innebörden av dessa begrepp och hur vi har tillämpat dem i vår egen studie:

- Trovärdighet handlar om att, som i vårt fall, intervjuerna ska tolkas på ett korrekt sätt och baseras på respondenternas egna utsagor (Bryman 2008: 354). I vår studie visar vi detta på olika sätt. Det första är att vi återger citat från intervjuerna som vi anser vara illustrativa och ”talande” och som i sin tur gör att läsaren kan göra egna tolkningar. Det andra är att vi tolkar empirin utifrån relevanta teoretiska utgångspunkter. Trovärdighet är också att ställa relevanta följdfrågor som bekräftar det som respondenten sagt. Vidare har studien en hög grad av trovärdighet eftersom vi ordagrant har transkriberat intervjuerna i sin helhet.
- Överförbarhet handlar om att materialet genomsyras av en fyllig och tät beskrivning (*thick description*; Bryman 2008: 355; se vidare avsnitt 5.3) som eventuellt kan användas av en annan forskare i en annan liknande miljö. Överförbarhet kan också kopplas till frågan om studiens generaliserbarhet som i sin tur kan delas upp i två delar: statistisk och analytisk (Kvale & Brinkmann 2014: 311-312). Syftet med en kvalitativ studie är inte att uppnå en statistisk generaliserbarhet eftersom urvalet inte är slumpmässigt. Syftet är istället att formulera mer generella teorier som skulle kunna tillämpas på en annan miljö eller en annan kontext (Kvale 1997: 210). Eftersom vi har undersökt två behandlingshem med samma sorts inriktning kan man i en analytisk mening kunna förvänta sig finna ett liknande resultat på ett annat behandlingshem som

drivs utifrån samma behandlingsfilosofi och där det också tillämpas en köns gemensam behandling.

- Pålitlighet handlar om att forskarna ska inta ett kritiskt synsätt (Bryman 2008). För att uppnå detta ska det finnas en tydlig och sammanhängande beskrivning av alla forskningsområden såsom problemformulering, metod och metodologiska överväganden och en väl underbyggd resultatredovisning och analys. Det ska finnas en transparens och ingenting av värde ska undanhållas läsaren (ibid.). Vår externa handledning har därutöver inneburit att uppsatsens olika delar kritiskt har granskats av handledaren och diskuterats med oss under hela forskningsprocessen, vilket likaså är en garant för studiens pålitlighet.
- Möjlighet att styrka och konfirmera handlar om att forskarna ska ha handlat i god tro och inte ha vävt in sina egna erfarenheter och synsätt i empirin (Bryman 2008: 355). Vi har påvisat god tro då vi har gått in med ett öppet sinnelag under intervjuerna och inte låtit personliga åsikter, preferenser eller teoretisk utgångspunkt påverka studiens resultat och analys.

## 4.7 Forskningsetiska överväganden

Vid forskning i Sverige är det viktigt att uppfylla de särskilda krav som är uppställda för att skydda alla inblandade i en studie. Enligt Vetenskapsrådets forskningsetiska principer finns det fyra krav vi måste följa under studiens gång. De fyra kraven är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet 2018).

Enligt *informationskravet* har respondenterna i den här studien rätt till att informeras om studiens syfte och alla de moment och detaljer som är av vikt för personen att veta. Vi som forskare har därför tydligt informerat om studiens syfte och upplägg både före och under intervjuens gång. Verksamhetscheferna på de respektive behandlingshem fick även VR:s informationsbrev skickat till sig. *Samtyckeskravet* innebär att vi måste ha ett samtycke från respondenterna att delta i studien. Vi har visat detta genom att vara noga med att berätta för respondenterna att det är accepterat att inte svara på specifika frågor och även avbryta intervjun. *Konfidentialitetskravet* innebär att vi har ett ansvar över respondenternas personuppgifter samt övriga uppgifter som personen har delat med sig av. Vi har informerat respondenterna om konfidentialitetskravet inför samtliga intervjuer och berättat att allt material från intervjuerna kommer att förstöras så fort studien är godkänd av Lunds

universitet. Vidare har vi använt oss av låsta dokument för att garantera att allt materialet från intervjuerna inte visas för obehöriga. Genom att använda låsta dokument följer vi även *nyttjandekravet* som innebär att forskningsmaterialet endast kommer användas i forskningssyfte. Nyttjandekravet informerades vi även respondenterna om innan intervjuens början (ibid.).

Inom kvalitativ forskning är relationen mellan intervjuare och respondent väsentlig. Om relationen är ansträngd kan informationen vi får vara felaktig då respondenten inte vill säga vad hen egentligen tycker eller varit med om. Intervjuaren måste vara genuint intresserad. I vår forskarroll har vi därför ett ansvar i intervjusituationen gentemot respondenten och det innebär att vi ska visa oss humana för att få personen att känna sig trygg. Likaså är det grundläggande att vara empatisk, sensibel och förstående. Ansvar för omfattar också att vi ska visa omsorg för den som intervjuas samt omsorg för materialet som växer fram (Ahrne & Svensson 2011: 64). Förhoppningsvis har vi uppfyllt dessa intentioner.

## 4.8 Förförståelse

Det är viktigt att inte påverkas för mycket av sina egna erfarenheter och förförståelser kring olika aspekter av missbruk när empirin ska tolkas och analyseras. En av oss författare arbetade under kandidatsuppsatsens gång med missbruk i enkönad behandlingsmiljö där inriktningen är män. Erfarenheten och kunskapen som kom ur detta har varit till hjälp under forskningsprocessen men skulle också kunna utgöra en hämmande faktor. Vi anser att vi har kunnat upprätthålla en väl avvägd balans mellan olika intressen. Det är även viktigt att ha en ständig dialog oss författare emellan för att undvika problem som gäller förförståelse. Detta gör i sin tur att vi kan se erfarenheterna av missbruksvård som en kunskapskälla och något som har varit till gagn för vår studie. Dalen (2007: 13) belyser det positiva med en medvetenhet kring förförståelse och nämner att författarna av en studie ska se det som en tillgång eftersom det finns en möjlighet till utveckling av teorier.

## 5. Resultat och analys

I detta kapitel presenteras resultat och analys av vårt empiriska material. Empirin utgörs av fyra intervjuer med professionella (behandlingspersonal) vid två olika HVB-institutioner vilka båda är tolvstegsinspirerade och som tillämpar köns gemensam behandling. I den fördjupade analysen kopplas empirin till både kunskapsläget och våra teoretiska utgångspunkter. Detta skapar i sin tur en helhetsbild vid tolkning och analys av empirin.

Analysen har inramats utifrån tre huvudkategorier som utvecklats under arbetet med kodningen av intervjuutskriften. Dessa har i sin tur underteman för att göra det enklare för läsaren att följa med i resultatredovisningen. Huvudkategorierna är följande: Beroende/missbruk – frågan om patientens eget ansvar för dess uppkomst och lösning, professionellas förhållningssätt till det stereotypa könet samt spegling av verkligheten.

All empiri har avidentifierats för att förhoppningsvis omöjliggöra att kunna identifiera institutionerna och intervjupersonerna. Vi har valt att använda oss av fiktiva namn (istället för att skriva t.ex. Ip-1 osv.) för att göra analysen mer levande och även för att könsidentifiera intervjupersonerna. Vi har därför valt att hänvisa till följande namn vid användning av citat:

Intervju 1	Carl (behandlingshem 1)
Intervju 2	Pelle (behandlingshem 1)
Intervju 3	Eva (behandlingshem 1)
Intervju 4	Stefan (behandlingshem 2)

### 5.1 Beroende/missbruk – frågan om patientens eget ansvar för dess uppkomst och lösning

#### 5.1.1 Sjukdomsbegreppet och genetisk sårbarhet

Alla intervjupersoner vid båda behandlingshemmen ansåg att beroendeproblematik är en sjukdom, vilket – som framhölls i kapitel 1 – kan förklaras med att ”tolvstegsrörelsen” i form av Anonyma Alkoholister (AA) och Anonyma Narkomaner (NA) anser att alkohol- och narkotikaberoende är en sjukdom, vilket gör att dessa rörelser har en medikaliserad syn på

alkohol- och drogberoende. I en skrift som AA publicerade 2009 i svensk översättning framhölls: ”Alkoholism är, enligt AA:s uppfattning, en progressiv sjukdom – själslig såväl som känslomässig (eller mental), eller fysisk” (AA 2009: 3). Mot denna bakgrund är det därför naturligt att använda tilltalet ”patient” inom både tolvstegsrörelsen och vid behandlingshem som baseras av tolvstegsprogrammetns filosofi.

Mot denna bakgrund är det därför inte förvånande att respondenterna i våra intervjuer beskriver missbruk/beroende som just en sjukdom, vilka de menade påverkades av såväl arv som miljö. Många talar om sjukdomen i termer av ”genetisk sårbarhet”, dvs. en person med beroendesjukdomen har en genetisk disposition som gör att hen löper större risk att utveckla ett beroende. Utifrån denna grundsyn väljer intervjupersonerna ändå att beskriva miljö på lite olika sätt. När de förklarar miljöns inverkan på individens beroende ser de miljön i form av exempelvis dåliga uppväxtförhållanden. Det kan till exempel vara dåliga ekonomiska förhållanden, avsaknad av en trygg uppväxt etc. Utifrån sjukdom som paraplybegrepp anses patienten och beroendeindividerna vara ”maktlös” och sakna förmåga att ensam ta sig ur sitt beroende. Begreppet ”maktlös” anknyter här till första steget i både AA:s och NA:s respektive program.

Intervjupersonernas syn på sjukdomsbegreppet och att vara maktlös förklarar deras inställning till att individen inte har något ansvar för uppkomsten av sin beroendesjukdom. Blomqvist (1999) hävdar beträffande sjukdomsbegreppet att människor med anlag för beroende och som har svårt att förhindra att hamna i missbruk inte har ansvar för den uppkomna situationen. I stället beskriver han samhället som ansvarig för individens missbruksproblem. Alla respondenter i vår studie ser beroendet som en sjukdom, men ingen anser att beroende/missbruk är ett utslag av samhällets ansvar, vilket vi väljer att tolka som att missbruksproblem inte är strukturellt problem som primärt orsakats av samhälleliga missförhållanden. Eva anser dock att individen har ansvar när hen brukar alkohol eller droger för första gången, vilket betyder att hon fjärrmar sig från sjukdomsbegreppet när det kommer till ansvar för uppkomsten av missbruk/beroendeproblem.

Dom har ju naturligtvis ett ansvar i det för dom har ju en gång börjat dricka och droga och dom har ju tagit drogen men jag skuldbelägger inte dom för att dom har missbrukat utan jag betraktar dom som att dom har en sjukdom. - Eva

Denna utsaga från Eva förvånade oss, eftersom hennes uttalande blir motsägelsefullt. Betyder det att patienten aldrig är totalt maktlös? En av intervjupersonerna anser visserligen att ”beroende” kan förklaras av miljö- och genetiska faktorer, ”men det är ju inte alltid att jag upplever att det är så” (Pelle). Detta kan eventuellt tolkas som att det saknas en absolut samstämmighet i personalgruppen vad gäller synen på sjukdomsbegreppet. Enskilda alkohol- och drogterapeuter kan alltså känna tvivel inför detta centrala begrepp vilket rimligtvis också påverkar synen på patientens ansvar för uppkomsten av sitt beroende.

### 5.1.2 Individens/patientens icke-ansvar för problemets uppkomst

Vid frågor om individens ansvar för uppkomsten av sin beroendeproblematik anser respondenterna att patienten blir medveten om detta i den inledande primärbehandlingen – först då får individen en självinsikt om problemet och dess konsekvenser.

När vi däremot frågar intervjupersonerna om deras syn på ansvar *före* patientens intagning i behandling visar de stor tveksamhet. De anser att individen har ett ansvar innan missbruks- och beroendeproblemet börjar utvecklas och att individen i detta skede är totalt ansvarslös. Eva ser för sin del ansvarsfrågan som en process och beskriver dessa personer som aningslösa om sin egen livssituation. Palms studie (2004) visar att behandlingspersonal i Stockholms län såg individen som ansvarig eller delvis ansvarig för sitt missbruksproblem. I hennes studie var det få respondenter som ansåg att individen inte hade något ansvar för den uppkomna situationen i form av missbruk/beroende. Resultaten från Palms studie överensstämmer väl med intervjupersonernas resonemang i vår egen undersökning, då dessa ser individen som delvis ansvarig för sin egen situation. Ett kännetecknande drag i våra respondenters resonemang är motsägelsefullheten och ambivalensen: hur kan en individ med anlag för beroende och som lever i en tillåtande alkohilmiljö egentligen vara ansvarig för att ha börjat dricka alkohol?

Samtliga respondenter anser att individen är ansvarig för att lösa sina missbruks/beroendeproblem när hen väl besitter kunskap och insikt om sin sjukdom. Ett återkommande svar från respondenterna är att individen är fullt och ensamt ansvarig för att ta sig ur sitt beroende:

Här kommer ansvaret, och det är ju att vi väver ju in ansvaret i vår typ av behandling genom att göra annorlunda, genom att få uppgifter att ta ansvar för, att få struktur på vardagen, ta



ansvar för mig själv med min stöttning hela vägen såklart och vissa behöver jättemycket stöttning i det, vissa kan inte ta ansvar när dom kommer in här. - Stefan

Utifrån Brickmans m.fl. teori (1982) kan vi konstatera att intervjupersonerna ligger och svävar mellan två perspektiv, det kompensatoriska och det medicinska, eftersom patienten inte ses som ansvarig för problemet vilket stämmer överens med vad många av respondenterna framhåller i intervjuerna.

### 5.1.3 Individen äger problemet för sitt tillfrisknande

I behandlingspersonalens utsagor om ansvaret för problemets lösning är det otydligt vilket perspektiv som respondenterna sympatiserar med. Enligt Brickmans sjukdomsperspektiv är individen oförmögen att lösa sina problem och en lösning förutsätter hjälp av medicinsk kompetens (t.ex. läkare). Intervjupersonerna anser för sin del att ansvaret för lösningen är patientens eget, medan de ser sig själva som ”vägledare”:

Intervjuare: Anser du att du har något ansvar eller är det klientens fulla egna?

Stefan: Mitt ansvar är till att möta klienten där den är och stötta klienten i alla lägen.

Hur de ser på sig sin huvuduppgift i behandlingsarbetet stämmer alltså inte överens med hur Brickman m.fl. (1982) beskriver sjukdomsperspektivet. Vid en analys av respondenternas utsagor är det oklart vilket perspektiv i Brickmans teorimodell som de egentligen utgår från när det gäller ansvaret för problemets lösning.

Brickman m.fl. (1982) påpekar att de fyra perspektiven för hjälpande kan vara motsägelsefulla, eftersom ordet ”hjälp” indikerar att man inte är ansvarig för lösningen av sin situation. Utifrån hur intervjupersonerna beskriver sitt eget ansvar kan det enligt vår mening bli problematiskt i behandlingsarbetet om hur ansvarsfördelningen faktiskt ska se ut. Behandlarna har en tydlig hjälpande roll, då de besitter de terapeutiska verktyg som patienterna behöver för sitt tillfrisknande. De flesta patienterna behöver, enligt personalens egna utsagor, alkohol- och drogterapeuternas aktiva råd och stöd för kunna genomföra sin primärbehandling. Betyder detta att patienterna inte är kapabla att klara sig själva? Enligt respondenterna är det vanligt att patienterna tar på sig en offerroll under behandlingen, dvs. att de lägger skulden på andra runt omkring, till exempel missbrukande föräldrar, umgänge eller traumatiska händelser. Respondenterna framhåller vikten av att inte låta patienten ta på

sig en ”offerroll” allt för länge, utan att istället motivera dem till att konfrontera sitt ansvar som de får i behandlingen. Utifrån Brickmans teori konstaterar vi att respondenterna har en viktig roll där de måste hitta balansen mellan hjälp och patientens eget ansvar. Under intervjuerna frågade vi om eventuella könsskillnader i deras syn på individens ansvar för uppkomsten av och lösningen av missbruksproblemet. Ingen ger uttryck för sådana skillnader, men Carl och Stefan och Pelle anser att det är kvinnor som oftare intar en offerroll.

## 5.2 Professionellas syn på kvinnor och män

### 5.2.1 Synen på kvinnor i missbruk och i behandling

Det som förvånade oss var att respondenterna alltid lyfte fram *kvinnan* när vi frågade om olika aspekter på genusperspektiv i behandlingen. Det var i samband med detta som det kvinnliga könet problematiserades. Män med missbruksproblem fokuserades det inte lika mycket på och de gavs en mer neutral roll av behandlarna. Inom feministisk forskning är en utgångspunkt att kön konstrueras (Björk & Hedenus 2015). Kön är något som skapas av omgivningen och det blev tydligt att stereotypa tankar om kön finns på institutionerna. Detta blev särskilt tydligt när det var kvinnan som gång på gång problematiserades i stället för mannen. Tina Mattsson (2010/2005) nämner att det just är kvinnor som uppmärksammas i genusforskningen och de görs därför till kön medan män är könsneutrala. Kristiansen (1999) framhåller att det mestadels är mannen i samhället som konstruerar en norm för vad som är normalt. Intressant är att dessa tre resultat och utifrån olika tidpunkter pekar i samma riktning. Vi frågar oss då om det är för att det är mannen med missbruksproblem som är normen inom behandlingen?

Generaliserande utsagor om det kvinnliga könet var återkommande i alla intervjuer och något som alla respondenter synliggjorde. Frågan om stereotypa uppfattningar om könet var ett relativt känsligt ämne för respondenterna. Några framhöll exempelvis: ”Jag vill inte generalisera, men...”. Ordet ”men” får en meningsbärande betydelse då intervjupersonen i slutet av sin utsaga ofta ändå ger uttryck för en generaliserande syn på den missbrukande kvinnan eller kvinnan i behandling. Respondenterna säger sig visserligen vilja inta en mer negativ eller avvisande hållning till eventuella stereotypa uppfattningar, men ger i slutändan ändå uttryck för en stereotypisk syn. Detta är en klassisk argumentationslinje, och bl.a.

Bonilla-Silva och Forman (2000) har uppmärksammat detta i sin artikel om vita collestudenters syn på rasideologi i USA ("I am not a racist but ...").

Begrepp som respondenterna ofta förknippades med kvinnor i behandling var skam, skörhet, offer samt problematik med gränssättning. Öjehagen (1994) visar i sin forskning att skam är en större konsekvens av missbruket hos kvinnan än hos mannen, vilket Carl och Eva ger också uttryck för under våra intervjuer. Varför finns det en stereotypisk bild om att kvinnorna bär på mer skam och hur beskrivs det av respondenterna? Eva anser att skammen som känsla uppstår när det finns minderåriga barn med i bilden. Även om män kan ha skamfyllda känslor anser hon att kvinnor både i missbruk och tillfrisknande ofta tar på sig ansvar när det kommer till hemmet och barnen, vilket på många sätt kan sägas vara en spegling av samhället i stort. Här synliggörs även den stereotypa bilden av hur en kvinna bör eller ska vara. Resultatet av handlingen blir att kvinnan gömmer sitt missbruk i hemmet för att skammen är så pass stor. Bernhardsson (2014) skriver om föreställningen och normen vad gäller kvinnan som ansvarstagande och moderlig vilket skapar en diskurs i samhället. Evas utsaga kan tolkas som att kvinnan "misslyckas" med att leva upp till normen av hur en kvinna ska vara och att detta kan vara anledningen till att bl.a. skam blir ett framträdande del av missbruket. Även Björk och Hedenus (2015) menar att grupper i samhället kan hämmas av sociala normer. Här ingår aktivt missbrukande kvinnor eftersom de inte faller inom ramen för hur en icke missbrukande kvinna ska vara. Lander (2018) forskar likaså om detta ämne och hon anser att samhällets förväntningar på kvinnan är ett utslag av paternalism och att detta tankesätt även kan internaliseras hos kvinnan själv.

Birath och Borgs (2011) forskning har påvisat att kvinnor med en beroendesjukdom söker hjälp senare än vad männen gör. En av anledningarna till detta är att känslan av skam är så pass närvarande hos kvinnor i ett aktivt missbruk. Det finns en påtaglig rädsla hos dem att bli dömda av samhället:

Jag tror det är så att dom [kvinnorna] har hand om barnen och dom har skyddat sitt drickande i hemmet... för där är barnen ju och därför har deras beroende oftast gått väldigt långt innan dom får hjälp... för att dom håller fasaden... - Eva

Engdahl och Larsson (2011) skriver om stigmatisering och hänvisar till Michel Foucaults (1926-1984) definition om makt. De som har makten att stigmatisera är de människor som följer normen, dvs. män och kvinnor som inte missbrukar. Den missbrukande kvinnan avviker

från normen vilket även kan kopplas till Holmbergs (2000) ”vi och dom”, ett tankesätt som alltmer används för att beskriva asymmetriska mänskliga relationer. Här framträder den centrala klyftan mellan kvinnors olika klasser och livssituationer, inte mellan de olika könen. Detta visar att samhällets dominerande normer har en stor påverkan på människors vardag.

Att kvinnor lyfts fram som ”manipulativa” var något som framgick i intervjuerna vilket blir tydligt när både Stefan och Eva nämner detta som något av ett faktum. Eva poängterar vikten av att uppmärksamma att kvinnan kan inta en mer manipulerande roll än vad mannen gör. Denna typ av generalisering är något som också Holmberg (2000) belyser i sin studie, och samma resultat återfinns även i forskning om flickor och pojkar på särskilda ungdomshem (s.k. § 12 hem). Männerna intar i stället en mer neutral roll när de använder sig av en öppen dialog med behandlingspersonalen.

I vår egen studie tilldelas män och kvinnor i missbruk eller behandling samma roller som de uppvisade i Holmbergs studie för drygt 20 år sedan. Detta visar att förändringar inom missbrukarvården går i snigelfart och att stereotypa föreställningar i personalgruppen alltjämt är dominerande. Synen på kvinnor och män tycks komplettera varandra många gånger, vilket även Laanemets och Kristiansen (2008) tar upp i sin studie. Denna föreställning leder i sin tur till att den stereotypa bilden av kön snarare förstärks, vilket upprepade gånger synliggjordes under intervjuernas gång.

### 5.2.2 Synen på män i missbruk och i behandling

Under arbetet med den fokuserade kodningen framkom även generaliserande uppfattningar om män i missbruk och i behandling, exempelvis att män intar en mer hård roll i behandlingen där känslor inte ges lika stort utrymme som hos kvinnorna. Stefan berättar att han upplevt att män tycker att det är ”jobbigt” att prata om känslor och visa sig sårbara i en grupp bestående av både män och kvinnor; en gruppkonstellation som är dagligdags förekommande i primärbehandlingen. Inom feministisk forskning pratas det om hegemonisk maskulinitet som tas upp av Bengs och Wiklund (2015). Mannen framhävs här som självständig, hård och att det är av vikt att visa sig stark inför andra människor. Samma bild av mannen lyfts upp av Stefan. Pelle berättar att han intar en mer försiktig roll gentemot kvinnor i behandling medan männen bemöts med en mer s.k. ”grabbig” attityd:

Ibland så är det en större försiktighet överlag med tjejerna... än med män och killar... [stycke]  
Ibland så kan jag väl vara mer grabbigare framförallt med... jag är liksom inte på det sättet med tjejer... - Pelle

Pelle har i denna utsaga en viss jargong gentemot killarna för att hitta gemensamma nämnare och för att i sin tur skapa en tillit och ett förtroende gentemot dem. Här blir den symboliska interaktionen centralt, dvs, handlingar, tal och symboler som används i relationen med andra människors för att uppnå en gemensam förståelse (Blumer 1998: Engdahl & Larsson 2011). Båda parter i ett samtal ska förstå innebörden av samtalet där gester och språket intar en central plats. Detta är av vikt när nya band ska knytas mellan två personer:

Ibland så finns det lite om man säger killsnack och sådär och ibland är det lätt att knyta an till vissa klienter... Köra mera sånt stuk och det gör väl också att i behandling i stort har lättare att slappna av, tilliten ökar. Ibland kan jag kanske ha lite svårare i den anknytningen med tjejer...- Pelle

Pelle fortsätter att berätta om att han har svårare att nå fram till ”tjejer” i början av behandlingen. Han använder sig av ”snack” som han är bekväm med och som han förstår att killarna i behandlingen kommer att uppfatta och bekräfta. Varför det tar längre tid att skapa en social arbetsallians med kvinnorna i behandling kan bero på att det för båda parter är en större utmaning att förstå varandra och att Pelles symboliska gester och handlingar helt enkelt inte fungerar särskilt bra gentemot kvinnor i behandling. För att personalen ska kunna uppnå en fungerande triadisk relation (Isenberg 2013) med kvinnor och män i behandlingen måste alkohol- och drogterapeuterna analysera sin roll och situationen men också inse att språk och gester måste anpassas till mottagaren.

Laanemets och Kristiansen (2008) påpekar att stereotyper inom vården ständigt synliggörs samt att manliga och kvinnliga klienter bemöts olika, vilket Pelles uttalande är ett exempel på. Under våra intervjuer blev det tydligt för oss att när könsmissiga stereotyper reproduceras finns normer som det ska levas upp till. Det finns därför anledning att fråga sig om det eventuellt finns en ”rädsla” hos vissa respondenter att ifrågasätta dominerande föreställningar om män och kvinnor vilka återspeglas i behandlingen?

### 5.2.3 Inverkan på behandlingen

Att manliga och kvinnliga patienter bemöts med stereotypa förväntningar har berörts i analysen ovan. Men hur påverkar deras förhållningssätt behandlingsarbetet? Med

utgångspunkt från ett feministiskt perspektiv tar Björk och Hedenus (2015) upp frågan om kön, och de framhåller att det är människorna själva som har skapat och producerat vilka särdrag som män och kvinnor förväntas ha. Dessa drag gör att det finns förväntningar på respektive kön.

Vi har i våra intervjuer kunnat konstatera, att den stereotypa föreställningen av mannen och kvinnan kan påverka behandlingen på olika sätt. Det största och mest utmärkande exemplet som vi fick ta del av var från Eva när hon pratar om kärleksrelationer mellan intagna patienter. Vid de två aktuella HVB-institutionerna är kärleksrelationer strikt förbjudet. Om det trots allt skulle inträffa blir antingen en eller båda patienterna utskrivna från behandlingen. Dessa regler är med andra ord hårda. Men hur tillämpas de? Hur kommer personalen fram till vem av könen som ska bli utskriven? Eva berättar att de ibland skriver ut mannen och ”behåller” kvinnan även om personalen är medveten om att båda parter har begått ett regelbrott.

Varför skrivs mannen ut oftare trots att båda kontrahenterna har lika mycket ansvar för att en relation har inletts trots förbudet? Kvinnor i behandling framställs av respondenterna som mer ”ömtåliga” och sårbara än männen, men är detta en anledning till att bara skriva ut mannen? Laanemets och Kristiansen (2008) berör frågan om regelbrott i sin studie om tvångsvård vid LVM-hem och särskilda ungdomshem och att det där finns en högre grad av acceptans för flickor/kvinnor som begår ett regelbrott jämfört med pojkar/män. Detta synsätt stämmer väl överens med Evas uttalande, även om förhållanden mellan frivillig- och tvångsvård i grunden skiljer sig åt. Laanemets och Kristiansen nämner också att professionella är mer ömsinta i sitt förhållningssätt till kvinnor och att det finns en rädsla för att kränka dem. Anser personalen att en potentiell utskrivning innebär en kränkning av kvinnan eller finns det en uttalad skyddstanke bakom denna inställning? Citatet nedan av Eva visar att en kvinna i behandling som inlett en kärleksrelation blir skyddad av personalen vilket kan ses som en konsekvens av det stereotypa könet:

Sen sover kvinnorna i en kvinnoavdelningen och när dom är i förlängd behandling... för i den förlängda behandlingen så är det ingen personal på natten och då är det bara män och så har kvinnorna en egen avdelning i det huset där vi har nattpersonal. Det är för att vi vill skydda kvinnorna för eventuella övergrepp... - Eva

Utöver synen på kvinnor som offer och som därför är skyddsvärda, kan personalens förhållningssätt påverka behandlingens praktik även i andra avseenden. Carl förklarar att han kan inta en beskyddande roll i en sådan grad att det påverkar patientens fortsatta behandling på ett negativt sätt, eftersom hans beskyddande instinkt leder till att kvinnan blir ansvarsbefriad från behandlingsgruppen. Carl förstår att hans beteende kan komma att begränsa den intagna i hennes behandling, då han inte ger utrymme för patienten att stå på egna ben. Personalgruppens uppfattning att alla kvinnor i behandling behöver mötas på ett starkt särskiljande sätt jämfört med män påverkar patienten och hennes självbild.

Carl berättar i intervjun att kvinnan blir så pass skyddad under behandlingsvistelsen att begreppet ansvarsbefriad används, även detta kan komma att påverka kvinnan negativt efter avslutad behandling. Om professionella tar ett allt för stort ansvar för intagna under behandlingsvistelsen – hur kommer detta påverka kvinnan när det är tid att avsluta behandlingen och tillfriskna på egen hand (även om patienten involverar sig i AA/NA och ”går på möten”)? Finns det då en risk att kvinnan mer eller mindre hamnar i ett chocktillstånd när hon konfronteras av livet utanför den beskyddande behandlingsvärlden? Efter utskrivningen kommer inte professionella längre fungera som ett skydd; inom AA används för övrigt talesättet att en tillfrisknande alkoholist inledningsvis kan komma att ”leva på rosa moln”. En fråga som vi ställer oss är huruvida kvinnor i behandling är medvetna om att huvudansvaret för lösningen och tillfrisknandet ligger på henne själv?

#### 5.2.4 Individanpassat förhållningssätt

I vår studie har vi också undersökt hur respondenterna förhållit sig till män respektive kvinnor i behandling. Finns det i behandlingen även individanpassade inslag eller är det ett könsstereotypiskt bemötande som dominerar? Både Eva och Pelle är noga med att poängtera att de bemöter patienterna på ett individuellt sätt och att det inte finns särskilt stora skillnader mellan män och kvinnor. Carl och Stefans tankesätt präglas mer av könsmässiga skillnader. Evas tankesätt skiljer sig från övriga vilket kan illustreras i följande citat:

Intervjuare: Men du känner inte att du bemöter människorna olika på grund av kön?

Eva: Nej, jag vill inte göra det och har den inställningen i alla fall och försöker vara mänsklig och försöker hjälpa den här personen för att han behöver den hjälp han behöver...

Palm (2007) påpekar i sin studie att den kvinnliga personalen tänkte mer på könsskillnader jämfört vad männen gjorde, men denna slutsats skiljer sig från resultaten i vår egen studie.

Eva berättar om att hon bemöter patienter på ett jämlikt sätt oberoende av kön. Hennes uttalanden överensstämmer väl med hennes beskrivning av sitt förhållningssätt till kvinnor och män i behandlingen samt det stereotypa könet.

Även om Pelle anser att han har ett mer individanpassat tankesätt så svarar det inte mot hans handlingar. Han berättar att han är mer försiktig gentemot kvinnor och hans resonemang mynnar ut i en pappa–dotter liknande relation. Detta visar att Pelle bemöter patienterna på olika sätt utifrån kön. Carl anser för sin del att det är lätt att bli beskyddande gentemot kvinnor i behandling vilket leder till att det blir svårare att konfrontera dem i olika behandlingssituationer. Han har lättare att konfrontera män. Palm (2007) redogör i sin studie för att personal inom missbruksbehandling har olika syn på män och kvinnor i behandling och att detta även återspeglas i behandlingens praktik – ett resultat som väl överensstämmer med vårt eget beträffande den manliga personalens inställning.

## 5.3 Spegling av verkligheten

### 5.3.1 Könsgemensam behandling

En central del av vår studie har varit att undersöka om könsgemensam behandling är den mest gynnsamma för patienterna och för att utröna det är professionellas uppfattning viktig. Palm (2007) belyser ämnet i sin studie och menar att professionella oftast ser könsgemensam behandling som den mest effektiva. Flertalet respondenter har i vår egen studie varit väldigt positiva till denna behandlingsform, där argumentet för detta är att kvinnor och män måste lära sig att respektera varandra och att den integrerade behandlingsformen speglar hur samhället i övrigt ser ut. Pelle tror att enkönad behandling enbart finns för att ”underlätta” arbetet för personalen, eftersom kärleksrelationer inte uppkommer i samma utsträckning på en enkönad institution; det är tydligt att han här utgår från en dominerande heterosexuell norm. Pelle ser för sin del potentiella kärleksrelationer som en ”utmaning”.

Av intervjupersonerna avviker Stefan från övrigas odelat positiva syn på könsgemensam behandling. Hans grundsyn är mer skeptisk. Han låter förstå att han inte ”köper” behandlingskonceptet rakt av. Han tycker att könsgemensam behandling är den rätta till viss del, men att enkönad behandling kan vara viktig för vissa andra patienter:



Ja, men då kör vi på det, för den [köns gemensam behandling] finns här och då kör vi på den behandlingen men du har kanske också en historia av kriminalitet, våld eller prostitution... sådana saker, du behöver inte vara bland män just nu. - Stefan

Stefan anser att kvinnor i vissa fall inte bör delta i en köns gemensam behandling eftersom det finns kvinnospecifika angelägenheter som män inte bör ta del av. Stefan lyfter dock inte fram män i behandling och att det även för dem skulle kunna finnas mansspecifika problem. Som vi har nämnt tidigare är det kvinnan som i flertalet fall blir problematiserad vilket de även blir med Stefans uttalande. Men varför är det alltid kvinnors problematik som lyfts fram när det – att döma av respondenternas utsagor – är tydligt att det i själva verket är männens beteende som är problematiskt? Både Carl och Pelle pratar om problemet med att behandlingen är mansdominerad när vi ställde en fråga om vad personalen tror att patienterna har för uppfattning om köns gemensam behandling. Vissa av intervjupersonerna uttryckte en form av ambivalens i sina svar och att de var osäkra på patienternas inställning:

Jag har aldrig hört någon klient komma hit som har pratat om att det skulle vara [negativt med köns gemensam], i så fall kvinnorna som skulle säga att det var för mansdominerat. Omklädningsrumsjargongen skämtas gärna på ett sexistiskt sätt kanske. - Carl

Carl pekar här på mäns negativa eller aningslösa kvinno syn, något som även tas upp av Pelle. Han berättar för sin del att kvinnor som vistas på behandlingshem tidigare kan ha varit på institutioner där män har varit för ”på” som han uttrycker saken. Vi fick därför uppfattningen att den köns gemensamma behandlingens stora utmaning är att den är alltför mansdominerad.

### 5.3.2 Problem med enkönad behandling

Ett återkommande tema vid samtliga intervjuer var att enkönad behandling inte anses spegla samhället på ett korrekt sätt, utan kanske snarare på ett snedvridet sätt. I samhället lever både kvinnor och män – varför ska inte behandlingen då inte vända sig till båda könen, var den retoriska motfrågan. Pelle anser att det med enkönad behandling finns en risk att missa det dagliga mötet, att lära sig att samspela. Att denna behandlingsform kan leda till problem efter avslutad behandling var samtliga överens om, eftersom det kan uppstå en ännu större klyfta mellan könen.

Holmberg (2000) anser att det finns risker med enkönad behandling och nämner att institutioner som vänder sig till enbart kvinnor kan medföra negativa konsekvenser efter

avslutad behandling. Kvinnor får inte lära sig hur de ska samverka med män och integrera på ett neutralt sätt. Social interaktion beskrivs av Kristiansen (1999: 283) som viktig för att människan ska få en mening. Samtliga av våra respondenter ansåg att det var viktigt att främja en social interaktion mellan män och kvinnor i behandling: om män och kvinnor separeras uppstår ingen interaktion vilket är till förfång när det är dags att lämna behandlingen.

Några av respondenterna berättar att speciellt kvinnor kan komma in i behandling med ett trasigt förflutet där negativa erfarenheter av män har förekommit. Det uppstår därför ett förakt från dessa kvinnors sida riktat mot det andra könet. Mot den bakgrunden ansåg intervjupersonerna att det var än mer centralt att kunna erbjuda en köns gemensam behandling. Kvinnor får i behandlingen, enligt personalen, sunda erfarenheter män och det andra könet blir därför inte förknippat med endast sex och våld. Kvinnor i behandling kan även få förebilder i form av män i personalgruppen.

Men männen då? Varför är det viktigt att de tar del av en köns gemensam behandling? Eva berör männens syn på kvinnor i behandling och nämner problemet med deras kvinno syn. Hon berättar att många män i missbrukarvärlden anser att kvinnor i ett aktivt missbruk kan både förbrukas och utnyttjas. Kvinnor anses i den världen inte vara lika mycket värda som männen. Evas utsaga visar varför det är viktigt att kvinnor och män inte delas upp. Män måste lära sig att anpassa sig till kvinnor och inte se dem som en förbrukningsvara, som ett objekt. Män i behandling måste lära sig att möta kvinnor på ett jämställt plan. Om så sker har båda könen lättare att umgås med det andra könet när de möter livet utanför behandlingshemmet.

### 5.3.3 Endast en viss spegling av samhället

Som vi har omtalat ovan poängterar samtliga respondenter att en köns gemensam behandling innebär en spegling av det omgivande samhället och att det i sin tur innebär en realistisk uppläggning av behandlingen. Men något som också framkommer av intervjuerna är att behandlingen bara utgör en spegling av samhället *till viss del*, eftersom vissa regler som behandlingshemmen tillämpar gör att likheten med det omgivande samhället trots allt haltar. Att inleda kärleksrelationer med andra intagna är inte tillåtet. När så ändå sker resulterar detta ofta i att minst en av kontrahenterna blir utskriven från behandlingen (ofta mannen). Behandlarnas negativa inställning kan förklaras med att de anser att patienten ersätter drogen med en person av det motsatta könet till vilken hen har en känslomässig dragningskraft, och

att relationen därmed tar fokus från behandlingen. Personalen säger sig därför göra allt för att förhindra att det ska uppstå relationer mellan intagna, men när personalen väl får kännedom om det så har patienterna ofta gått långt in i relationen.

Att döma av våra intervjuer lade personalen ner mycket tid för att ”analysera” om det hade påbörjats en kärleksrelation mellan intagna. Eva berättar att hur diskussionen kan gå vid personalens teammöten:

Vi hela tiden ”tror du inte att han och hon har faktiskt...”tror du inte att vi sitter så på våra teammöten...”har du sett hur dem håller ihop hela tiden och går promenader tillsammans” så vi går omkring och är misstänksamma liksom... se om det är något på gång”. - Eva

Personalens fokusering på kärleksrelationer tycks paradoxalt nog ta fokus från behandlingen, något som personalen samtidigt säger sig vilja förhindra beträffande patienterna.

### 5.3.4 Kvinno- och mansgrupper

Behandlingshem 1	Endast schemalagda kvinnogrupper
Behandlingshem 2	Obligatoriskt schemalagda kvinno- och mansgrupper

Behandlingsarbetet vid de två institutionerna är upplagt på ungefär samma sätt eftersom båda baseras på tolvstegsfilosofin. Men det finns en tydlig skillnad. Båda har förutom gemensamma storgrupper där alla patienter ingår, också enskilda mans- och kvinnogrupper. Skillnaden är att vid behandlingshem 1 är det bara kvinnogruppen som är schemalagd (inte mansgruppen), medan det vid behandlingshem 2 är såväl mans- som kvinnogruppen schemalagd. En relevant fråga är varför det vid behandlingshem 1 enbart är kvinnogruppen som är schemalagd och därmed obligatorisk. Detta är ett tydligt exempel på att kvinnans upplevda problematik står i fokus, inte mannens.

Syftet med de könsspecifika grupperna är att män och kvinnor ska kunna prata om saker som de inte kan eller vill dryfta i storgrupp, exempelvis frågor om sex, övergrepp, kvinnosyn, manssyn. Alla respondenter motiverar detta upplägg med att framför allt kvinnor behöver skyddas från män och att de behöver prata om sina erfarenheter av män med uteslutande kvinnor närvarande. Birath och Borg (2011) poängterar också betydelsen av den skyddande aspekten, men utifrån våra intervjuer fick vi intryck av att det finns fler anledningar än enbart

denna. Detta kan jämföras med Holmbergs (2000) studie som visar att manliga och kvinnliga patienter kommunicerar och interagerar med varandra på olika sätt. De två institutioner som hon undersökte arbetade på olika sätt med män och kvinnor, där männen i mansgruppen själva fick avgöra vad de ville prata om men kvinnorna i kvinnogruppen oftare fick prata om sådant de inte ville prata om. Holmbergs resultat överensstämmer med vår uppfattning om behandlingshem 1, där samtliga berörda respondenter beskriver kvinnogrupperna som mer öppna jämfört med mansgrupperna.

Som tidigare påtalats är det ofta kvinnans problembild som lyfts fram av respondenterna och mannen hamnar i skymundan. Vad som också är förvånande är att intervjupersonernas deltagande i grupperna är beroende av deras eget kön:

Intervjuare: Varför sitter du inte i en mansgrupp?

Eva: Av tradition så sitter kvinnorna i en kvinnogrupp och det är för att vi tror att kvinnorna behöver vara skyddade från män... kvinnorna är ju oftast dom som är offer när det gäller misshandel så det är därför vi skyddar dom från att behandla en man i mansgrupp men vi har ibland en man om vi har ont om kvinnliga terapeuter och då har det funkat jättebra.

Mattsson (2010) förklarar betydelsen av både manlig och kvinnlig personal inom missbruksbehandling, och det är enligt henne viktigt att patienterna får en behandling som efterliknar det omgivande samhället så mycket som möjligt. Hennes studie visar att personalen spelar en viktig roll i hur kön speglas till patienterna och att de ska visa upp olikheter för att på så sätt motsvara ”verkligheten”. I vår analys blir det tydligt att respondenterna i våra egna intervjuer är fastlåsta i en tradition som inte svarar mot deras terapeutiska mål. På båda behandlingshemmen deltar manlig personal i mansgrupperna och kvinnlig personal i kvinnogrupperna, vilket visar att personalen speglar en felaktig bild av ”verkligheten”.

Björk och Hedenus (2015) beskriver hur vi människor är med och skapar kön när vi kommunicerar med varandra, och det skapar i sin tur sociala kategoriseringar som bestämmer hur en människa ska vara. Här kan vi se att respondenterna är med och skapar kön genom den tydliga uppdelningen i könsspecifika grupper vid behandlingshemmen.

Vid frågor om respondenternas deltagande i grupperna ger dem även här uttryck för ambivalens. Det är tydligt under intervjuerna att respondenterna ser det som ett föråldrat upplägg samtidigt som de inte ser något alternativt tillvägagångssätt.

## 6. Avslutande diskussion

### 6.1 Slutsatser

I kapitel 5 har vi analyserat och lyft fram våra intervjupersoners tankar, erfarenheter och uppfattningar om ansvar och rörande det stereotypa könet, samt vad de anser om könsgemensam behandling vid de två olika behandlingsinstitutionerna. För att få en helhetsbild på inriktningen med könsgemensam behandling och för att kunna göra en djupare analys var det viktigt att ta hänsyn till alla tre aspekter.

Utifrån forskningsfrågan ”Vad är personalens uppfattning om patientens ansvar gällande uppkomst och lösning på deras beroendeproblematik och finns det några eventuella könsskillnader?” har vi kunnat konstatera att alkohol- och drogterapeuterna vid de båda behandlingshemmen ligger och svävar mellan de kompensatoriska och medicinska perspektiven. Behandlingspersonalen har alla lyft fram sjukdomsbegreppet när frågan om patientens ansvar för sin uppkomst av beroendeproblematiken har kommit på tal. En av respondenterna avvek från de övriga då hon ansåg att det finns ett ansvar redan vid första tillfället då någon använder droger.

Maktlöshet var också något som också betonades genom intervjuerna: patienten/individerna är maktlös inför sitt beroende, vilket också framgår av det första steget i både AA:s och NA:s tolvstegsprogram. Detta visar också när nära kopplingen mellan behandlingshemmen och deras behandlingsfilosofi som baseras på det så kallade tolvstegsprogrammet. Vid frågor om eventuella könsskillnader kan vi konstatera att det finns ett öppet avståndstagande vad gäller köns- och genusfrågor. Den samlade bilden som framkom var att det inte fanns några skillnader, men att kvinnan i missbruk och i behandling trots detta är mer av ett offer jämfört med mannen. Den slutsats som kan dras är att frågan om ansvar är komplicerad enligt respondenterna och trots samma behandlingsfilosofi finns det inte en entydig bild vad gäller frågan om ”hjälpande” visavi patienterna.

Med utgångspunkt i forskningsfrågan ”I vilken mån genomsyras behandlingen av könsmissiga stereotyper och normer och hur motiveras detta av berörd personal?” har vi sammanfattningsvis kommit fram till att det stereotypa könet lyfts fram i könsgemensam behandling, vilket innebär att kvinnans kön i många fall problematiseras medan mannen förblir normen. Könsmissiga stereotyper framträder genom att personal inte säger sig vilja

generalisera men att deras utsaga avslutas med att kvinnan eller mannen problematiseras, i de flesta fall kvinnan. Det fanns därför en vilja hos professionella att distansera sig ifrån generaliserande synsätt på kvinnor. Det var märkbart att normer om kön påverkade behandlingspersonalen i deras sätt att arbeta när frågan om skydd för kvinnan togs upp av flera behandlare. En slutsats är att professionellas stereotypiska syn på män och kvinnor i behandling bekräftar de dominerande normer som finns i det omgivande samhället. Detta leder till att de är med och skapar kön.

Utifrån vår sista forskningsfråga ”Hur motiverar personalen köns gemensam behandling?” har vi kommit fram till att professionella anser att köns gemensam behandling är den mest realistiska då den utgör en spegling av samhället. Men personalen påpekade också att det fanns ”utmaningar” med att båda könen behandlas på samma institution, vilket dock inte innebar att enkönad behandling övervägdes. Köns gemensam behandling i all ära, men separata kvinno- och mansgrupper vid respektive institution betonades som mycket viktiga för behandlingens framgång. Dock ansågs könsseparerade grupper som något föråldrat och behandlingshemmen föreföll ha fastnat i en spiral som var svår att ta sig ut. De professionella menade på att detta resulterades i att behandlingen var fyrkantig. Sammanfattningsvis kan vi fastställa att en förändring måste ske inom den fyrkantiga behandlingen för att skapa en mer realistisk spegling av samhället där både män och kvinnor verkar.

## 6.2 Avslutande reflektioner

Mot bakgrund att vi har utfört en kvalitativ studie och haft ett icke-slumpmässigt urval av respondenter, så kan inte resultatet i statistisk mening generaliseras till andra inom missbrukarvården som arbetar med köns gemensam behandling. Däremot tror vi att resultatet i analytisk mening kan överföras till andra enheter med samma inriktning och behandlingsfilosofi. Resultatet av studien kan också ge nya perspektiv för yrkesverksamma inom missbrukarvården. Det behövs dock mer forskning inom området för att få en mer heltäckande bild.

Vår studie har synliggjort olika förhållningssätt vad gäller det stereotypa könet som visat sig ha, enligt vad som framkommer i vår analys av empirin, negativa konsekvenser för behandlingsarbetet. Förhoppningsvis kan vår forskning bidra till att yrkesverksamma inom missbrukarvården vågar utmana stereotypa normer och fördomar gentemot kvinnor respektive män i missbruk och i behandling, att de ska våga utmana egna fördomar. Vi vill betona

betydelsen av att våga ifrågasätta beteenden och normer i stället för att bekräfta och reproducera dem.

Vi har en önskan om att vår studie kan komma att ses som en utvärdering av könsgemensam behandling i första hand, vid tolvstegsinspirerade institutioner i andra hand. Vi hoppas att professionella genom vårt arbete kan få en djupare förståelse om behandlingens uppläggning, villkor och genomförande. Ett område som vi hoppas väcker många nya tankar och reflektioner är utformningen av särskilda mans- och kvinnogrupper som finns vid de två institutionerna. Personalen berättar att de har fastnat i ett traditionellt tankesätt och genom att belysa detta kan förståelse och en potentiell förändring växa fram.

Det vore eftersträvansvärt att kommande forskning kan fokusera på aspekter ur ett patient- och klientperspektiv vid institutioner som bedriver könsgemensam behandling. Vi anser att det fortfarande finns en kunskapslucka rörande enkönad och könsgemensam behandling, men på grund av forskningsetiska överväganden, tidsbrist och svårigheter att få access till fältet var det inte möjligt att genomföra en sådan mer heltäckande studie. Likaså vore kvantitativt inriktade studier värdefulla, eftersom det då finns möjlighet att undersöka huruvida behandlingsformen (enkönad visavi könsgemensam behandling) påverkar utfallet av behandlingen på längre sikt, även om internationell forskning inte tyder på att så skulle vara fallet.



# Referenslista

- Anonyma alkoholister (2009) *AA som en resurs för den medicinska professionen*. Stockholm: Anonyma Alkoholister.
- Bengs, Carita & Maria Wiklund (2015) *Kropp och hälsa. I: Sofia Björk & Anna Hedenus, Oksana Shmulyar Gréen (red.) Feministiskt tänkande och sociologi: teorier, begrepp och tillämpningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Bernhardsson, Josefin (2014) *Normalitetens gränser: en fokusgruppstudie om alkoholkultur(er), genus- och åldersskapande*. Doktorsavhandling. Stockholm: Sociologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Björk, Sofia & Anna Hedenus (2015) Inledning. I: Sofia Björk & Anna Hedenus, Oksana Shmulyar Gréen (red.) *Feministiskt tänkande och sociologi: teorier, begrepp och tillämpningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Blumer, Herbert (1998) *Symbolic interactionism. Perspective and method*. Berkeley: University of California Press.
- Bonilla-Silva, Eduardo & Tyrone A. Forman (2000) "I am not a racist but....": Mapping White college students' racial ideology in the USA. *Discourse and Society*, 11 (1): 50–85.
- Brickman, Philip & Vita Carulli Rabinowitz, Jurgis Karuza JR., Dan Coates, Ellen Cohn, Louise Kidder (1982) Models of Helping and Coping. *American Psychologist*, 37 (4): 368-384.
- Brinkmann, Svend & Lene Tanggaard (2015) *Kvalitative metoder: en grundbog*. Köpenhamn: Hans Reitzel forlag.
- Bryman, Alan (2008) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.
- Charmaz, Kathy (2006) *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: Sage Publication.
- Dalen, Monica (2008) *Intervju som metod*. Malmö: Gleerups.
- David, Matthew & Carole D. Sutton (2011) *Samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Engdahl, Oskar & Bengt Larsson (2011). *Sociologiska perspektiv: grundläggande begrepp och teorier*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Helmersson Bergmark, Karin (1995) *Anonyma alkoholister i Sverige*. Doktorsavhandling. Stockholm: Stockholms universitet.
- Isenberg, Bo (2013) Georg Simmel. I: Bo Isenberg & Henrik Stenberg (red.) *Relationell socialpsykologi: klassiska och samtida teorier*. Stockholm: Liber.
- Järvinen, Margaretha (2017) Symbolsk interaktionisme som analysstrategi. I: Margaretha Järvinen & Nanna Mik-Meyer (red.) *Kvalitativ analys: syv traditioner*. Köpenhamn: Hans Reitzels forlag
- Kvale, Steinar (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, Steinar & Svend Brinkmann (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur.

Laanemets, Leili & Arne Kristiansen (2008) *Kön och behandling inom tvångsvård: en studie av hur kön organiseras med avseende på genus (Rapport 1)*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.

Lander, Ingrid (kommande, 2018) *Den flygande maran. Den normativa femininitetens exkluderingsmekanismer*. Malmö: Égalité. [Utvidgad version av författarens avhandling, som publicerades 2003 av Kriminologiska institutionen, Stockholms universitet].

Mattsson, Tina (2010) *I viljan att göra det normala: en kritisk studie av genusperspektivet i missbrukarvården*. Doktorsavhandling. 2. uppl. Malmö: Égalité

Palm, Jessica (2003) *Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling: en beskrivning av personalen inom socialtjänstens missbrukarvård i Stockholms län och deras syn på missbrukarvården år 2002*. Centrum för Socialvetenskaplig Alkohol- och Drogforskning (SoRAD). Forskningsrapport nr 7. Stockholm: SoRAD.

Palm, Jessica (2004) The nature of and responsibility for alcohol and drug problems: views among treatment staff. *Addiction Research and Theory*, 12 (5): 413–431.

Palm, Jessica (2007) Women and men – same problems, different treatment. *International Journal of Social Welfare*, 16: 18–31.

Pelissier, Bernadette & Nicole Jones (2005) A Review of Gender Differences Among Substance Abusers. *Crime & Delinquency*, 51: 343–369.

Ryen, Anne (2004) *Kvalitativ intervju: från vetenskapsteori till fältstudier*. Malmö: Liber Ekonomi.

Scheffel Birath, Christina & Stefan Borg (2011) *Kvinnor och män i behandling för missbruksproblem – lika och olika? I: Missbruket, Kunskapen, Vården (SOU 2011:6)*. Missbruksutredningens forskningsbilaga.

Storbjörk, Jessica (2011) Gender differences in substance use, problems, social situation and treatment experiences among clients entering addiction treatment in Stockholm. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 28 (3): 185–209.

SOU 2004:3. *Tvång och förändring. Rättsäkerhet, vårdens innehåll och eftervård*. Betänkande av LVM-utredningen.

Öjehagen, Agneta (1994) *Kvinnor och alkoholmissbruk. I: Mats Berglund, Sven Andreasson, Anders Bergmark, Lars Lindström, Lars Oscarsson, Gunnar Ågren & Agneta Öjehagen (red.) Behandling av alkoholproblem*. Stockholm: Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS)

# Bilagor

## Bilaga 1: Informationsbrev till respondenterna

Hej,

Vi går just nu på socionomprogrammets sjätte termin vid Lunds universitet, där vi skriver ett självständigt examensarbete ("C-uppsats"). Syftet med vår undersökning är att studera hur professionella på HVB-institutioner med könsgemensam missbruksbehandling ser på orsaker och lösningar på män och kvinnors missbruk. Vidare är syftet att undersöka hur vård och behandling är upplagd och genomförd utifrån ett könsperspektiv.

Vi vill därför gärna intervjua dig och eventuellt några kollegor till dig om din och deras syn och erfarenheter av detta. Intervjuerna beräknas ta cirka 45-60 minuter. Om möjligt önskar vi genomföra dessa intervjuer så snart som möjligt.

Vid genomförandet av studien kommer vi att beakta Vetenskapsrådets forskningsetiska principer, som i korthet innebär följande:

- Intervjupersonens medverkan är frivillig och denna kan när som helst välja att avsluta sin medverkan eller avstå från att svara på en fråga under intervjun.
- Intervjupersoner och berörd kommun kommer att aidentifieras i uppsatsen. Ingen obehörig kommer att ta del av intervjumaterialet eller få vetskap om vem som sagt vad under de enskilda intervjuerna.
- Intervjun kommer att spelas in och transkriberas av oss själva. Efter godkänd examination kommer allt inspelat material och intervjuutskrift att förstöras.

Vi hoppas att du finner ämnet intressant och kan tänka dig att medverka i studien och låta dig intervjuas. Du är välkommen att kontakta oss per telefon eller e-post för att boka tid för intervju. Kontakta någon av oss om det är något som är oklart eller om du önskar kompletterande upplysningar.

Du når oss på följande e-postadresser eller telefonnummer:

X (X) och X (X)

Lektor Weddig Runquist vid Institutionen för socialt arbete, Lunds universitet, är vår handledare och han nås på e-postadress: X

Med bästa hälsningar

Julia Kahlow & Agnes Spannel

## Bilaga 2: Intervjuguide

### Inledande frågor och arbetslivserfarenhet

- **Vad har du för utbildning?**
  - Vad har du för arbetslivserfarenhet?
- **Hur länge har du arbetat inom missbruk?**
  - Har du någon erfarenhet av att arbeta på en HVB-institution med enkönad behandling?
- **Hur länge har du arbetat på institutionen?**
- **Vad är dina huvudsakliga arbetsuppgifter?**

### Behandlingsform

- **Hur är behandlingsarbetet upplagt här på [namnet på institutionen]?**
  - Vad har ni för rutiner och regler på [namnet på institutionen]?
- **Finns det skillnader på behandlingsarbetet gällande män och kvinnor? Om ”ja” – på vilket sätt? Om ”nej” – varför inte?**
  - Kan du ge några exempel?
- **Vilken typ av uppgifter fördelas till intagna män resp. kvinnor? Hur motiverar ni detta? Vad anser du själv om detta? Vad anser patienterna?**
- **Vad har du för uppfattning om könsgemensam behandling?**
  - Vad ser du för fördelar?
  - Vad ser du för nackdelar?
  - Vad anser patienterna?
- **Har du upplevt någon utmaning med att arbeta inom könsgemensam behandling?**
  - Utveckla gärna

### Professionellas syn på patienternas ansvar för missbruksproblemet

- **Vad har du för uppfattning om patienternas eget ansvar för uppkomsten av sitt missbruk? Kan du ge något exempel?**
  - Ser du någon skillnad på ansvarsaspekten vad gäller mäns resp kvinnors missbruk?
  - Kan du ge några exempel?
  - Skiljer inställningen sig hos patienterna själva om varför de hamnat i ett missbruk? Om ”ja” – på vilket sätt? Mellan könen? Om ”nej” – varför inte?
- **Vad har du för uppfattning om patienterna eget ansvar för att lösa sitt missbruksproblem?**
  - Kan du ge några exempel?
  - Skiljer inställningen sig hos patienterna själva om hur de ska ta sig ut ur sitt missbruk? Om ”ja” – på vilket sätt? Mellan könen? Om ”nej” – varför inte?
- **Ser du någon skillnad bland män och kvinnor i deras sätt att hitta motivation till en förändring? Om ”ja” – på vilket sätt?**
  - Kan du ge några exempel?

- **Hur upplever du patienterna inställning till sin nuvarande livssituation?**
  - Vad är den dominerande inställningen, som du ser det, hos intagna män resp kvinnor till sin nuvarande livssituation?
  - Hur vanligt är det enligt din mening att patienterna tar på sig en offerroll? Kan du ge något exempel?

### Det stereotypa könet

- **Hur förhåller du dig som professionell till det stereotypa könet?**
  - Känner du att du blir påverkad av sociala normer och fördomar om kön? Om ”ja” – på vilket sätt? Om ”nej” – varför inte?
  - Hur arbetar du för att inte bli påverkad av fördomar kring kön?
- **Upplever du att du blir bemött annorlunda av patienterna på grund av ditt kön?**
- **I din roll som kontaktperson - ser din roll olika ut beroende på om du är kontaktperson till en man eller kvinna?**
- **Har ni några riktlinjer på arbetsplatsen om hur ni ska arbeta mot ett genusperspektiv?**
  - Finns det en diskussion i ditt arbetslag om genusperspektiv? Om ”ja” – hur går diskussionen inom arbetslaget? Om ”nej” – varför inte?
- **Vill du tillägga något som du upplever är av vikt för vår studie?**

### Följdfrågor

- Skulle du vilja berätta mer om det?
- Kan du ge några exempel?
- Utveckla gärna...
- Har vi förstått dig rätt när...?
- Hur upplevde du det? Hur kändes det?