



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

“Ta mig för det offer som jag är”

En kvalitativ intervjustudie om bemötandet av den
missbrukande våldsutsatta kvinnan

Joanna Ekdala Bergstrand & Sara Landin

Kandidatuppsats (SOPA 63)

HT 2021

Handledare: Hans Knutagård

Abstract

Author: Joanna Ekdala Bergstrand and Sara Landin

Title: "Take me for the victim that I am": A qualitative interview study regarding the treatment of substance addict women exposed to violence

Supervisor: Hans Knutagård

Assessor: Lars Harrysson

This study is based on interviews with women experienced of substance addiction whilst being the victims of violence. The aim was to examine how these women were treated when they sought aid from help services. We also wanted to investigate how the reproduced notions, by healthcare personnel, of female addicts, victims of violence, can be understood. The results showed that the interviewees feel stigmatized and judged on the basis of their substance abuse firstly, causing them to often continue their substance abuse alongside the dealing of an increased experience of shame. The result also showed that knowledge of the best way for equivalent treatment of the women is lacking, while there is also reason to believe that the knowledge already existing is not adopted by the health service. The interviewees describe treatment by the health care personnel characterized by prejudice, them being compared with the preconception of how a woman should be. Leaving the woman, a victim of violence, with a substance addiction, to care for herself as she is deemed unworthy of help. Furthermore the variable of shame is both a consequence and a catalyst into a deeper process of destructive patterns. The shame leaves the women with a sense of self-stigmatization which, with no other help, leads them further into substance abuse, victimization and abuse.

Key words: social work, women, substance abuse, violence, abuse, treatment

Förord

Ett stort tack till de kvinnor som deltagit i intervjuer med både tid, engagemang och tillit. Vi är ödmjuka och tacksamma inför era bidrag, utan er hade denna studie inte varit möjlig.

Vi vill även framföra ett varmt tack till våra närstående som har stöttat oss i vårt arbete med denna uppsats. Ert tålamod och er stöttning har varit avgörande.

Ett särskilt hjärtligt tack riktas till vår handledare Hans Knutagård. Tack för all konstruktiv feedback, goda råd och framförallt, för insiktsfulla och deltagande kommentarer som fört oss framåt i processen. Hans, vi fann problemet.

Slutligen vill vi tacka varandra för ett gott samarbete. För att vi funnits där för varandra, alla sena kvällar och ändlösa diskussioner. För att vi vågade ställa frågor, söka svaren och tog en risk. För om inte vi, vem?

Innehållsförteckning

1 Inledning	6
1.1 Problemformulering	6
1.2 Syfte och frågeställningar	7
1.3 Förförståelse	7
2 Kunskapsläget	8
2.1 Avgränsningar	8
2.2 Sökprocess	8
2.3 Våldsutsatta kvinnliga missbrukares särskilda behov	9
2.4 Stigmatisering utifrån bemötande av kvinnliga missbrukare	10
2.5 En dömande bedömning av kvinnliga missbrukare	11
2.6 Reflektioner över kunskapsläget	12
3 Teoretiska perspektiv och begrepp	14
3.1 Socialkonstruktivism	14
3.2 Stigma	15
3.3 Skam	16
3.4 Intersektionalitet	17
4 Metod	18
4.1 Metodval och genomförande	18
4.1.1 <i>Semistrukturerad intervju</i>	18
4.1.2 <i>Materialinsamling och urval</i>	19
4.1.3 <i>Reducering av materialet</i>	20
4.2 Kvalitetskriterier för studien	21
4.3 Forskningsetiska övervägande	23
5 Resultat och Analys	25
5.1 Presentation av respondenter	26

5.2 Konsekvenser av bemötande utifrån stigma och skam	27
5.2.1 <i>Stigmatisering utifrån bemötande och hjälpsökande</i>	27
5.2.2 <i>Den självgenererade skammens betydelse</i>	30
5.2.3 <i>Skammen, en del av den onda cirkeln</i>	32
5.2.4 <i>Sammanfattning</i>	33
5.3 Varför ser bemötandet ut som de gör?	33
5.3.1 <i>Den missbrukande våldsutsatta kvinnan som icke trovärdig</i>	33
5.3.2 <i>Den missbrukande våldsutsatta kvinnan som ovärdig</i>	36
5.3.3 <i>Sammanfattning</i>	40
6 Avslutande diskussion	40
6.1 Sammanfattning - Vad är problemet?	40
6.2 Vad behövs vidare?	42
Referens	45
Bilaga 1	48
Bilaga 2	49

1 Inledning

Under hösten 2017 synliggjorde berättelserna från #metoo förekomsten av diskriminering och sexuella trakasserier inom många branscher och områden i samhället. En grupp kände sig inte inkluderade i #metoo och skapade därför sin egen hashtag, #utanskyddsnet. De är flickor, kvinnor och transpersoner som har erfarenhet av missbruk och/eller drogberoende, kriminalitet och prostitution.

Enligt *Nationellt Centrum för Kvinnofrid*, NCK, (2021) bemöts ofta kvinnliga våldsutsatta missbrukare i första hand som missbrukare och inte som brottsoffer när de söker vård och våldsutsattheten tenderar att förminska i mötet med olika stödinsatser. I huvudsak menar NCK att våldet betraktas som en följd av missbruket och kvinnan behandlas i första hand för sitt missbruk trots att det kan vara en påföljd av att kvinnan är utsatt för våld.

Jämställdhetsmyndigheten (2019) redogör för allas rätt till stöd och skydd från sexuella trakasserier, övergrepp och våld, oavsett livssituation. Jämställdhetsmyndigheten delger även att yrkesverksamma som möter missbrukande våldsutsatta kvinnor behöver besitta dubbel kompetens; kunskap kring att möta våldsutsatta, kvinnor, flickor och transpersoner samt kunskap kring missbruk och/eller drogberoende.

1.1 Problemformulering

Kunskap kring behovet av rätt kompetens i bemötandet av den missbrukande våldsutsatta kvinnan finns. Trots detta vittnar kvinnor, och de organisationer som företräder dem, om att behovet inte möts och adekvat vård och stöd uteblir. Kvinnorna upplever fortsatt stigmatisering och exkludering i attityder och bemötande när de söker stöd och vård från hälso- och sjukvården. Mot bakgrund av detta har vi med vår studie, genom semistrukturerade intervjuer, med kvinnor med erfarenhet av missbruk och våldsutsatthet, undersökt de attityder och bemötandet kvinnorna upplevt i kontakt med hälso- och sjukvården. Detta för att definiera de upplevda attityderna och bemötandet samt, undersöka vilka konsekvenser det genererar. I tillägg har vi även undersökt vilka reproducerade föreställningar av den missbrukande våldsutsatta kvinnan som kan utrönas av de bemötande våra respondenter har erfarat. Detta för att undersöka hur förutfattade meningar kan hindra ett fullgott bemötande.

Hälso- och sjukvården har ett stort ansvar i omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor med missbruksproblematik eftersom hälso- och sjukvården många gånger är de första som möter kvinnorna efter att de blivit utsatta för våld. Hälso- och sjukvårdens omvårdnad av våldsutsatta kvinnor är en del av socialt arbete, ett arbete som är avancerat, varför det bör läggas stor vikt vid att dessa kvinnor bemöts på lika villkor.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna uppsats är att genom en kvalitativa intervjustudie undersöka bemötandet av missbrukande kvinnor med erfarenhet av våldsutsatthet, samt undersöka hur reproducerade föreställningarna av den missbrukande våldsutsatta kvinnan, inom hälso- och sjukvården kan förstås.

- Hur kan vi förstå konsekvenserna av bemötandet utifrån respondenternas upplevelser genom teorierna om stigma och skam?

- Hur kan vi förstå på vilket sätt reproducerade föreställningar av den missbrukande våldsutsatta kvinnan hindrar tillgodosett bemötande utifrån teorier om socialkonstruktivism och intersektionalitet?

1.3 Förförståelse

Studien vi gjort berör kvinnor med erfarenhet av prostitution. Med anledning av detta vill vi delge vår förförståelse kring prostitution som att vara en form av våld. Genomgående vår studie då vi hänvisar till kvinnor i prostitution har vi gjort det med insikten att det rör sig om ett ojämnt maktförhållande mellan sexköpare och prostituerade. För den som lever i prostitution blir konsekvensen en direkt utsatthet för övergrepp och våld, något som gör att ämnet gränsar till den studie vi har genomfört. Vi har båda personer med erfarenhet av sexarbete i vår närhet, varför vi lyfter detta med förståelse för att det kan färga riktningen av resultatet för studien.

Vi vill även förtydliga vårt val att använda begreppet prostitution, istället för exempelvis sexarbete eller erfarenheter av sexarbete. Detta val grundar sig i att de respondenter vi har intervjuat, som själva erhåller dessa erfarenheter, använder begreppet prostitution.

2 Kunskapsläget

Vi inleder detta kapitel med att beskriva våra avgränsningar följt av vår genomförda sökprocess av tidigare forskning. Därefter presenteras den tidigare forskningen indelad i tre teman; *Våldsutsatta kvinnliga missbrukares särskilda behov*, *Stigmatisering utifrån bemötande av kvinnliga missbrukare* och *En dömande bedömning av kvinnliga missbrukare*. Avslutningsvis positionerar vi vår studie i relation till den tidigare forskningen och sammanfattar reflekterande över den.

2.1 Avgränsningar

En alltför snäv inriktning som enbart sett till bemötandet av missbrukande kvinnor, och missbrukande kvinnor med erfarenhet av våldsutsatthet, inom hälso- och sjukvården hade inneburit ett för tunt undersökningsunderlag. Varför vi valt att avgränsa oss till instanser inom socialt arbete i stort. Gemensamt för de berörda instanserna är att alla på något sätt är menade att vara kvinnorna behjälpliga.

2.2 Sökprocess

Vår sökprocess har gjorts genom Lunds universitetsbiblioteks gemensamma databas, LUBsearch. I första hand utgick vi ifrån svenska sökord. Men vi fann kombinationen av engelska sökord ge oss ett större, mer relevant, resultat. Vi såg liknelser och jämförelser som pekade på hur olika länder utövar socialt arbetet, i synnerhet missbruksvård, på lika premisser. Detta förstärkte vårt val att använda oss av denna forskning, trots att vår studie är genomförd i en svensk kontext. De vetenskapliga artiklarna vi presenterar i detta kapitel är kollegialt granskade.

Utöver våra sökningar på LUBsearch har vi använt oss av en kedjesökning, där vi funnit tidigare forskning via artiklar och avhandlingar. Det möjliggjorde upptäckten av särskilt relevant tidigare forskning skriven utav viktiga forskare på områden intressanta för vår studie. Vi har även inkluderat en avhandling.

2.3 Våldsutsatta kvinnliga missbrukares särskilda behov

Under detta tema tar vi upp tidigare forskning vi funnit relevant i eftersökningar av forskning som redovisar en djupare förståelse av innebörden att vara kvinna och missbrukare. För studiens syfte har vi valt att presentera några artiklar som lyfter vikten av denna förståelse samt motiverar en bredare kunskap i bemötandet av kvinnliga missbrukare med erfarenhet av våldsutsatthet inom hälso- och sjukvården för att kunna tillgodose de särskilda behoven.

Ozietta D. Taylor (2010) undersöker genom en litteraturgranskning vilka hinder kvinnor i behandling för missbruk stöter på. Resultatet visar att kvinnors missbruk innebär mer kännbara konsekvenser än motsvarigheten för män, konsekvenserna är allvarigare och påträffas i ett tidigare skede. Kvinnors konsekvenser är ofta relaterade till psykiska och känslomässiga problem och det handlar i stor utsträckning om den livsstil som de behöver anamma för att upprätthålla sitt missbruk. Det kan handla om prostitution, drogförsäljning och smuggling samt andra kriminella aktiviteter. Taylor belyser att det är få behandlingar eller vårdinrättningar som tar hänsyn till missbrukande kvinnors särskilda behov för att kunna tillgodogöra sig den vård de behöver.

Mer tidigare forskning visar på vikten av bred kunskap för uppfyllnad av den kvinnliga missbrukarens adekvata behandling. Mette K. F. Kreis et al. (2016) undersöker samband mellan bakomliggande trauman, otrygg anknytning och skam hos exempelvis kvinnor i missbruk. I denna kvalitativ intervjustudie frågar författarna sig om destruktiva relationer fungerar som en övergång mellan den psykiska ohälsan och drogmissbruk och fängelsestraff. Kreis et al. menar att kvinnor har en benägenhet att använda droger på grund av personliga trauman såsom våldsutsatthet av olika slag, i barndomen men även, i vuxen ålder. Resultatet visar likt Taylor (2010) på att kvinnors droganvändande ofta är mer komplext och det är flera faktorer som behöver behandlas för att ett tillfrisknande.

Taylor (2011) menar att en majoritet av kvinnor som genomgår behandling för sitt missbruk har utsatts för våldsutsatthet och sexuella övergrepp i barndomen eller senare i livet. Vidare informerar samma studie om att kvinnor som lever i sexuell utsatthet lider av livslånga konsekvenser, det kan handla om missbruksproblem, prostitution, sjukdomar såsom HIV, relationer med människor som fortsätter cykeln av övergrepp och psykiska besvär. Taylor

menar att dessa kvinnor är i behov av terapeutiska insatser för att mildra eller få bort symptomen som kan yttra sig i PTSD, depression och ångest. Resultatet av studien visar att dessa symptom kan vara ett stort hinder för kvinnor som genomgår behandling för sitt missbruk om de inte tas om hand. Det kan innebära att tillfrisknandet, fysiskt, psykiskt och socialt, uteblir om det inte bearbetas. Taylor ser ett stort behov av att behandlande insatser implementerar den här typen av stöd i sina insatser med den här målgruppen.

Ytterligare exempel på tidigare forskning som bidrar till förståelsen av den missbrukande våldsutsatta kvinnans särskilda behov är en studie av Ahyoung Song, Suzanne L. Wenzel och Yusun Cho (2019). Författarna har genomfört en kvantitativ enkätstudie av 455 kvinnliga respondenter, där det eftersökt en generell teori kring sambanden mellan exempelvis, våldsutsatthet i barndomen och missbruk. Resultatet visar att det finns kopplingar mellan kvinnors erfarenheter i barndom och drogmissbruk. Det som även framkommer är att depression till följd av övergrepp kan ses som en språngbräda till drogmissbruk. Hjälpen som erbjuds missbrukande kvinnor behöver se till underliggande orsaker för missbruket, som exempelvis tidigare trauman och depressiva symptom, för att öka graden av lyckade hjälpinsatser (Song, Wenzel & Cho 2019).

2.4 Stigmatisering utifrån bemötande av kvinnliga missbrukare

Under detta tema tar vi upp tidigare forskning som vi funnit relevant angående hur bemötandet av kvinnliga missbrukare med erfarenhet av våldsutsatthet kan generera konsekvenser av stigmatisering. För studiens syfte har vi valt att rikta in oss särskilt på just konsekvensen stigma då vi i våra eftersökningar funnit denna konsekvens i sin tur föranleda vidare konsekvenser.

Jolanda Sallmann (2010) kritiserar socialtjänsten för att förbise kvinnliga missbrukande sexarbetare och hävdar att det är ett område som det forskats mycket lite på. Författaren förklarar, genom en kvalitativ intervjustudie med 14 kvinnor från ett center som hanterar prostitutionsrelaterade frågor, hur vi kan förstå ett stigmatiserande bemötande av missbrukande kvinnor som säljer sex. Exempelvis anses män som köper sex ha dåliga vanor medan en kvinna som säljer sex anses vara en dålig person. Sallmann beskriver att köpa sex är en tillfällig handling men för den som lever i prostitution medför detta en lägre social status

på alla områden, permanent. Resultatet visar på höga siffror av sexarbetande kvinnor som utsätts för fysiskt och/eller sexuellt våld av sina kunder, partners och hallickar. Dessa kvinnor är i regelbunden kontakt med olika instanser såsom kriminalvården, psykiatri och socialtjänsten utan att bli tagna på allvar (Sallmann 2010). Resultatet visar även på en rädsla för att få konsekvenser kopplade till andra områden i deras liv, till exempel att förlora sina barn om de söker vård. Sallmann visar en samstämmighet respondenterna emellan kring att stigmatiseringen, en märkning, är påtaglig i deras vardagliga liv. Märkningen medför en avhumanisering som reducerar dem till enbart missbrukande sexarbetare, deras värde tas ifrån dem (Sallmann 2010).

Joshua D. Cockroft et al. (2019) ämnar i en studie utifrån stigma svara på varför kvinnor i missbruk inte känner tillit till hälso- och sjukvården. Författarna menar att en del beror på att klienterna har haft tidigare erfarenheter där de har behandlats utifrån stigmat att vara en missbrukande kvinna. Deltagarna i studien vittnar om fördomsfullt bemötande från vårdpersonal och berättar att de känner sig märkta och blir behandlade annorlunda än de som inte har missbruksproblem. Stigmatisering utifrån missbruk är enligt kvinnorna i studien den främsta anledningen till att de inte vågar vara öppna och ärliga om sin situation när de söker vård.

2.5 En dömande bedömning av kvinnliga missbrukare

Under detta tema tar vi upp tidigare forskning som vi funnit relevant i eftersökningar av forskning som visar hur bemötandet av kvinnliga missbrukare med erfarenhet av våldsutsatthet sker baserat på föreställningar och antagande. För studiens syfte har vi valt att rikta in oss särskilt på tidigare forskning som framhäver en dömande bild av kvinnliga missbrukare och våldsutsatta kvinnor, båda av relevans för vår studie.

Rachely Yechezkel och Liat Ayalon (2013) visar hur en socialarbetares bemötande av en våldsutsatt kvinna kan skifta i attityd och val av intervention beroende på den våldsutsatta kvinnans ålder. Yechezkel och Ayalon har genomfört en vinjettundersökning där socialarbetare har tillfrågats angående sina erfarenheter kring bedömandet av huruvida en kvinna befunnit sig i en våldsutsatt situation, och i så fall vilka interventioner som lämpade sig bäst. Yechezkel och Ayalon visar på socialarbetares tendens att definiera äldre kvinnors

upplevelser av våld i nära relationer som, *non-abusive* i högre utsträckning än om fallet vore en yngre kvinna. Socialarbetarnas föredragna interventioner är konsultiva och terapeutiska (Yechezkel & Ayalon 2013). Enligt Yechezkel och Ayalon förefaller kvinnan oftast vara äldre i de fall där socialarbetare rekommenderar rättsliga åtgärder.

Tina Mattsson (2005) analysera, i sin avhandling, personal på tvångsinstitutionernas syn på missbrukande kvinnor och deras behov. Personalen som intervjuats i studien framhäver hur de missbrukande kvinnornas liv präglats av svek, våld och sexuellt utnyttjande som lett till destruktivitet och en oförmåga till att kunna bilda förtroende till någon, i synnerhet män. I sina uttryck, då de bara lyfter problematik och trauman ur kvinnornas liv, osynliggör personalen möjligheterna att kvinnorna kanske har haft tryggt boende, jobb, eller andra saker som anses normala, något Mattsson identifierar problematiskt. Resultatet visar att gränser skapas mellan de missbrukande kvinnorna och kvinnor som lever "vanliga" liv.

Audrey Mullender och Gill Hague (2005) visar hur ett dömande och osynliggörande av våldsutsatta kvinnor över tid har lett till dåliga erbjudande av hjälp och stöd från statligt håll. Mullender och Hauge diskuterar hur våldsutsatta kvinnor, då de inte ansetts berättigade tillräcklig statlig vård, istället har varit beroende av civilsamhället och dess volontärer vid behov av hjälp och stöd. Studien beskriver även hur våldsutsatta kvinnors egna erfarenheter inte tas i beaktning i utformandet av de resurser som etableras i syfte att tillhandahålla stöd och hjälp. Vidare motiverar författarna varför ett brukarinflytande är av relevans, exempelvis för att de våldsutsatta kvinnorna besitter kunskaper kring de upplevda erfarenheterna som en observatör omöjligt kan känna till. Resultatet visar att kvinnor i osynliggörandet upplever sina röster inte vara av värde (Mullender & Hauge 2005).

2.6 Reflektioner över kunskapsläget

Anmärkningsvärt är hur den tidigare forskning, som vid första anblick utger sig vara forskning utifrån bemötandet av den missbrukande kvinnan, inte sällan visar på samband mellan missbruk och våldsutsatthet hos kvinnor. Detta leder naturligt till diskussion kring bemötanden av den missbrukande *våldsutsatta* kvinnan. Något som gjort det svårt för oss att särskilja diskussionerna åt, dels i orienteringen av forskningsfältet, dels i vår presentation utav det. Entydigt är att nästa all tidigare forskning ger uttryck för behovet av särskilt stöd och

hjälp för missbrukande våldsutsatta kvinnor. Exempel på detta är hur den tidigare forskningen lyfter sexuella övergrepp, trauman, prostitution och våldsutsatthet som vanligt förekommande erfarenheter hos kvinnor i missbruk (Song, Wensel & Cho 2019; Taylor 2011).

En annan aspekt som tas upp i flertalet studier är behovet av att utöka kunskapen och etablera en vårdplan för denna grupp. Flera studier vittnar om att kvinnor förväntas tillgodogöra sig samma vård som motsvarande för män. Eftersom kvinnors och mäns utsatthet och behov skiljer sig åt är det många som hamnar utanför ramarna och inte kan tillgodogöra sig den hjälp som erbjuds (Taylor 2010). Tidigare forskning enas kring att själva bemötandet av missbrukande kvinnor och missbrukande våldsutsatta kvinnor generera svårigheter att tillfriskna då den erbjudna hjälpen inte tillgodoses. Resultatet av den tidigare forskningen talar även om en innebörd av, ju större problematik desto större behov av bredare kunskap hos personalen inom hälso- och sjukvård.

Syftet med vår studie är att undersöka och problematisera bemötandet av missbrukande kvinnor med erfarenhet av våldsutsatthet inom hälso- och sjukvården. Med vår studie kan vi bidra med en presentation av vilka konsekvenser ett bemötande kan generera för respondenterna. Främst har den tidigare forskningen genomförts utifrån ett brukarperspektiv eller i analys av redan tillgänglig kunskap kring teorier om till exempel skam och stigmatisering. Stora delar av den tidigare forskning beskriver motiverat att det krävs mer forskning om bemötandet av missbrukande våldsutsatta kvinnor, och denna grupps särskilda behov, för att kunna tillgodose adekvat vård. Varför vår studie är motiverad som ett bidrag till denna efterfråga. Delar av den tidigare forskningen visar på svårigheterna för forskningsfältet att ta till sig de missbrukande våldsutsatta kvinnornas egna erfarenheter (Mullender & Hauge 2005), vilket ger skäl för vårt metodval. Något den tidigare forskningen saknar är förslag på bemötande och tillämpningen av kunskapen kring den missbrukande våldsutsatta kvinnans behov. Därför har vi valt att inkludera en undersökningen av de reproducerade föreställningarna av den missbrukande våldsutsatta kvinnan inom hälso- och sjukvården.

3 Teoretiska perspektiv och begrepp

I kapitlet som följer redogör vi för de teorier vi ansett relevanta i genomförandet av vår studie. Vi har valt fyra teorier varav socialkonstruktivismen verkar som vår vetenskapliga ansats och därav presenteras inledningsvis. Socialkonstruktivismen har varit oss behjälplig då den har ett kritiskt synsätt på normer och strukturer, dessutom har det hjälpt oss att radera tankar kring hur olika fenomen är oundvikliga. Övriga teorier har fungerat som ytterligare fördjupning i ämnet; stigma, skam och intersektionalitet. Dessa teorier och begrepp har använts i ändamålet att försöka beskriva, och förstå ursprunget för det bemötande de kvinnor vi intervjuat har fått i förhållande till sitt missbruk och det våld de har utsatt för.

3.1 Socialkonstruktivism

Med socialkonstruktivism menas att människors verklighet är ett resultat av socialt uppförande och interaktion människor emellan. Peter L. Berger och Thomas Luckmann (1991) skriver i sin bok "The social construction of reality" om begreppet social konstruktion. De förklarar begreppet som en social teori med syfte att förklara människors sociala verklighet, hur människan uppfattar och formar den. Berger och Luckmann har låtit sig inspireras av andra författare som har gemensamt att ifrågasätta teorier kring rationell, objektiv kunskap och menar att mer maktbetonade, ideologiska intressen ligger till grund för kunskapsuppkomst (Alveson & Sköldberg 2017, s. 40f). Konstruktivisternas uppfattning är att objektiv kunskap går att dekonstruera och att all kunskap är konstruerad (Sahlin 2013, s. 141). Sociala konstruktioner kan utgöras av bland annat könsroller eller patriarkala strukturer som skapat underordning av kvinnor i förhållande till män (Sohlberg & Sohlberg 2019, s. 316). Mot bakgrund av att kunskap är något föränderligt, kulturellt och historiskt präglad, förstår vi att detta kan ha stor inverkan på vilket bemötande missbrukande våldsutsatta kvinnor erfarar och vad detta i sin tur får för konsekvenser. Detta går i linje med vårt syfte för studien.

3.2 Stigma

Rent definitionsmässigt tror vi förstås att den behäftad med ett stigma inte är fullt mänsklig (Goffman 2020, s. 27).

Själva begreppet *stigma* härstammar från grekerna som använde sig av det för att särskilja de personer som var annorlunda eller avvek från den moraliska normen (Goffman 2020, s. 23). Exempel på avvikelser kunde vara om personen var slav, en förbrytare eller förrädare. Ett tecken brändes eller ristades in i huden så att allmänheten skulle kunna se *vem* de hade att göra med. Den här typen av människor behövde undvikas, framförallt offentligt. Även om vi idag inte brännmärker de som anses socialt avvikande så gör vi en *social märkning* på de människor som inte lever upp till samhällets normativa förväntningar.

Det är viktigt att komma ihåg att det inte är alla ansedda negativa egenskaper som leder till stigmatisering, det finns många olikheter oss människor emellan som inte är föremål för utsatthet. Bruce G. Link och Jo C. Phelan (2001, s. 367f) menar att det görs ett socialt urval som bestämmer vilka egenskaper som ska betraktas socialt avvikande. Det finns några komponenter som behövs för att stigmatisering ska kunna uppstå. I första avseende är det vi människor som definierar och märker mänskliga olikheter. I andra avseende behövs ett kulturellt, starkt och dominant trossystem för att länka dessa olikheter till negativa stereotyper. Sedan gäller en tydlig kategorisering mellan "oss" och "dem" för att en skiljelinje ska uppstå. Slutligen upplever de som är märkta en lägre status och diskriminering som i sin tur leder till ojämlikhet. Stigmatiseringen är då så utbredd att samhällets olika instanser är oåtkomliga för den som lever med stigma, detta sker naturligt och går obemärkt förbi i våra vardagliga handlingar.

Enligt Goffmans teori handlar stigma om individer som inte lever upp till samhällets förväntningar och värderingar, eller som avviker från det normala och påverkas negativt i samhället (Goffman 2020, s. 8). De upplever en avsaknad av socialt erkännande. Linda Reutter et al. (2009) har utvecklat Goffmans teori om stigma och menar att stigmatiseringen är en central del i processer för social utslagning. Detta eftersom människor som stigmatiseras nästan per definition värderas negativt och därför är sårbara för utanförskap. En kritik mot de tidigare teorierna kring stigma handlar om att dessa inte belyser, den nästan omedelbara

konsekvensen av diskriminering som den som utsätts för stigmatisering upplever (Link & Phelan 2001 s. 370f). Link och Phelan (2001, s. 371) menar att termen stigma tappas sin mening när följden av den utelämnas. Den som lever med stigma gör det på grund utav att människor i samhället har stämplat dem och inte på grund av att de faktiskt har ett lägre värde. Konsekvenser som lägre status och diskriminering både på ett personligt plan och ur ett grupperspektiv påverkar många delar av livets områden. Per automatik har den som lever under stigmatisering sämre möjligheter att delta i samhället. Exempelvis kan en följd vara att det är svårt att försörja sig och därav svårt att klara sig ekonomiskt. Ett annat exempel är att vård kan nekas en stigmatiserad trots att denna kan besitta samma åkomma som någon som tilldelas vård, enda skillnaden är att den andre lever utan stigmatisering.

En personlig identitet skapas utifrån stigmatiseringen som personen utsätts för (Goffman 2020, s. 86). Stigmatiseringen sker främst i relationen mellan främlingar eller individer utanför den inre kretsen. Uppfattningen är att personliga egenskaper får ta plats i nära relationer och tar över de drag som är stigmatiserande ute i samhället. En skulle kunna säga att, i de nära relationerna blir personen som lever med stigma mänsklig. Om personen som lever med stigma är misskreditabel ser det ofta tvärtom ut, det är då i de nära relationerna som stigmatiseringen blir mest påfallande (Goffman 2020, s. 86). I vår studie har vi fått ta del av båda fenomenen och ibland har de gått in i varandra. Stigmatisering spelar en nyckelroll när det kommer till utanförskap på moralisk, relationell och ekonomisk nivå, menar Reutter et al. (2009). Stigmatisering påverkar den egna självbilden. De som lever med stigma skyller sitt utanförskap på sig själva och identifierar sig till slut med den negativa sociala identitet som lagts på dem (Reutter et al. 2009, s. 309). Det finns olika grader av stigmatisering vilket gör att den påverkar människor olika, vissa lever som en konsekvens nästan helt utanför samhället medan andra enbart upplever stigmatisering på vissa områden i sitt liv (Link & Phelan 2001 s. 377).

3.3 Skam

Det finns olika affekter - affekter är biologiskt betingade och skam är en av dem (Scheff & Starrin 2013, s. 187). Stigma och skam är nära sammankopplade (Scheff & Starrin 2013, s. 187). Skam är känslan som håller gemenskapen i schack. Stigmat gör att en inte riktigt hör till och den genererar skam. Det är nästintill oundvikligt att tala om stigma och utelämnas skam.

Skammen är en central del i analysen av vårt empiriska materialet och den har funnits med som en röd tråd genom deltagarnas berättelser. Ibland är den uttalad och i andra fall är den underliggande som en dunkel filt över det som berättats. Människor som lever med stigma har en tendens till *självstigmatisering* eller *självgenererad skam*, det innebär att en tar till sig och accepterar de fördomar som normen förknippar en med (Scheff & Starrin 2013, s. 200). Det är det som händer med en person när denne inte blir trodd på, inte betraktas som trovärdig eller dess historia inte blir tagen på allvar.

Thomas J. Scheff och Bengt Starrin (2013, s. 200) menar att personer som befinner sig längre ned i den sociala hierarkin skäms över sina egenskaper, om denna skam inte blir bearbetad eller erkänd, kan detta leda till permanent undervärdering av den egna personen. Rent krasst så bidrar skamkänslor som inte bearbetas till att befästa och reproducera ett ojämlikt samhälle. Den här typen av skamkänslor genererar mer skam, en skäms för att en skäms för att en skäms (Scheff & Starrin 2013, s. 196). Det blir en ond cirkel som är svår att bryta och den personliga känslan, samhällets hierarki och normsystem är en del i att reproducera skammen. Skam är plågsamt för alla som upplever den men den är betydligt mer smärtsam och svår att komma till rätta med i grupper med lägre social status (Scheff & Starrin 2013, s. 199). Det beror på att skammen genereras såväl *utifrån*, alltså genom omgivningens förakt och hånfulla attityd, som *inifrån*, genom de referenser som personen har själv. Det har varit viktigt att förstå dessa mekanismer för att kunna göra empirin rättvisa i vår analys.

3.4 Intersektionalitet

Mattsson skriver om det större, och mer omfattande, genusperspektivet som ett perspektiv som har låtit skapa större jämställdhet inom socialt arbete (2021, s. 25f). Vidare menar Mattsson (2021, s. 25f) att vård och behandling som tidigare varit utformad att passa och tilltala män nu, med hjälp av genusperspektivet, även tar mer hänsyn till kvinnor och deras situation. Om genusperspektivet anses lämplig för att analysera ojämlikheter inom de större kategorierna *kön* emellan, så bli intersektionalitetsperspektivet lämpligt att ta till vid analys av ojämlikheter inom underkategorierna till de större kategorierna. Till skillnad från socialkonstruktivismen som ser kunskap som konstruerad erbjuder ett intersektionellt perspektiv ett dekonstruktivt synsätt. Att anta detta perspektiv innebär att plocka isär olika

variabler för att förstå hur de påverkar varandra. Paulina De los Reyes och Diana Mulinari (2005, s. 23) menar att intersektionalitet är,

ett teoretiskt perspektiv som tvingar oss att se på verkligheten med nya ögon och får oss att ifrågasätta för givna tagen kunskap om den sociala ordning vi lever i.

Intersektionalitetsperspektivet används för att synliggöra samhällets maktordningar och hur en individs möjligheter och begränsningar påverkas exempelvis utifrån dennes kön, klass, ålder eller etnicitet. Mattsson (2021, s. 14ff) lyfter hur ett intersektionellt perspektiv kan vara behjälpligt för att göra oss medvetna om hur förtryck och diskriminering kan ta olika former, hur vi alla kan göra oss skyldiga till utövande av diskriminering och förtryck genom utövandet av omedvetna handlingar inte minst inom socialt arbete. För vår studie har denna teori således varit oss behjälplig i att förstå ursprunget av det bemötande missbrukande kvinnor med våldsutsatthet får erfara i möten med hälso- och sjukvården.

Centralt för teorin är begreppet *makt* eftersom att vi genom ett intersektionellt perspektiv kan förstå hur det kan utövas på ett plan i våra liv, samtidigt som de påverkar oss på flera andra. Perspektivet tillåter oss se hur olika maktstrukturer upprätthåller ojämlikheter som påverkar enskilda individers möjligheter i samhället. Vi kan även förstå hur detta sker när olika former av makt reduceras till ensidiga kategorier och det hindrar oss att se över- och underordningen som samspekar i den sociala värld vi lever i.

4 Metod

I detta kapitel presenteras inledningsvis det kvalitativa metodvalet, semistrukturerad intervju. Följer gör en redogörelse av hur vi gick tillväga vid materialinsamling och urval. Därefter presenteras reducering av det insamlade materialet. Följt av en beskrivning av kvalitetskriterier för studien. Avslutningsvis förs en diskussion gällande forskningsetiska överväganden kring vår studie.

4.1 Metodval och genomförande

4.1.1 Semistrukturerad intervju

För vår studie har semistrukturerade intervjuer genomförts över Google meet. Detta eftersom att själva intresset för studien grundar sig i personliga erfarenheter. Syftet med en

semistrukturerad intervju är att förstå ämnen ur den intervjuades vardag (Kvale & Brinkmann 2014, s. 41). En intervju med semistrukturerat upplägg tillåter de frågor som ställs respondenterna att variera i följd, följdfrågor och håller en mer allmän formulering än om fallet vore en strukturerad intervju (Bryman 2011, s. 206, s. 213ff; Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2011, s. 40). I en semistrukturerad intervju går frågorna att anpassas, läggas till eller uteslutas, vilket gör den mer tillåtande för respondenten då den tar hänsyn till individens inställning och dagsform. Alan Bryman menar att följdfrågor är relevant att använda sig av så länge de ställs med relevans och knyter an till något respondenten redan har sagt (2011, s. 415). Tidigt i studiens skede identifierade vi risken med att använda oss av följdfrågor eftersom det kan leda till utsvävning och en, för studien, irrelevant mängd datamaterial. Ett sätt att säkerställa relevansen för eventuella följdfrågor var för oss att genomföra en pilotintervju där vi i efterhand kunde gå igenom vad som gått bra samt vad som kunde förbättras inför de intervjuer som kom att bli material för själva studien.

Enligt Bryman (2011, s. 213) riktar en semistrukturerad intervju in sig på att besvara den intervjuades intressen. Förenligt med vår studie har varit att i första hand föra fram respondenternas åsikter eftersom det är dessa som bäst ligger till grund för att besvara studiens syfte, det är det starkaste argumentet som talar för semistrukturerade intervjuer. En semistrukturerad intervju har även varit bäst lämpad för vår studie då den inneburit en på förhand utformad frågeguide. Detta har givit våra samtal med respondenterna en struktur och tillhandahållit relevant information för vår studie i enlighet med vad Rolf Lind (2014, s. 127) beskriver rörande semistrukturerade intervjuer.

Vi har under intervjuernas gång ställt följdfrågor som låtit respondenten svara genom åsikter och värderingar eller personliga berättelser så som Bryman (2011, s. 424) beskriver genomförandet. Materialet som kommit ur våra genomförda intervjuer har transkriberats och fungerat som underlag för den reducering av materialet som redogörs längre fram i detta kapitel.

4.1.2 Materialinsamling och urval

För att finna personer relevanta att intervjua behövde vi göra ett urval utifrån de kriterier som studien syftar till (Eriksson-Zetterqvist & Ahrne 2015, s. 39). I vårt fall handlar det om våldsutsatta kvinnor med missbruk bakom sig. Vi valde ett *målstyrt urval*, det allra vanligaste

tillvägagångssättet inom kvalitativ forskning. Det målstyrda urvalet tillåter forskningsfrågorna stå i centrum och har väglett oss genom urvalsprocessen, urvalet har gjorts utifrån de frågeställningarna vi velat besvara (Bryman 2018, s. 495ff). Ett *sekventiellt urval* har möjliggjort för fler personer att läggas till i urvalet allt eftersom. Vi har även använt oss av dynamiska kriterier som har bidragit till en större flexibilitet när vi valt ut och tillfrågat personer som kan tänkas medverka i studien, ett så kallat *villkorligt urval*. Detta har medfört att vi har kunnat lägga till, ta bort eller ändra på våra frågeställningar, lämpligt då vi varit följsamma och försökt möta våra respondenter där de befinner sig (Bryman 2018, s. 498).

En aspekt av urvalsprocessen har varit att hitta personer som inte bara är representativa utan även trovärdiga för studien (Eriksson-Zetterqvist & Ahrne 2015, s. 40). För oss har det inte varit gångbart med ett *slumpmässigt urval*. Utgångspunkten för urvalet har varit personer i vår indirekta närvaro. En anledning till detta är att deltagarna i studien behöver ha bearbetat sina personliga trauman och att aktivt missbruk ligger en bit bakåt i tiden. En fördel har varit att vi har en viss insyn och förförståelse för urvalets bakgrund och tillfrisknande. En annan aspekt är att vi har haft kunskapen om att urvalets erfarenheter passar för studien. Vår förförståelse skulle således kunna vara en begränsande faktor i vår urvalsprocess. För att motverka detta har vi lagt stor vikt vid följsamhet i utförandet av våra intervjufrågor så att vår förkunskap inte speglar svaren. En annan del har varit att följa de spår vi haft framför oss, lyssna till respondenterna och låta dem vara vägledande till andra intressanta respondenter, ett så kallat *snöbollsurval* (Bryman 2018, s. 504). Detta fungerade bra i teorin men inte i praktiken. Totalt har vi varit i kontakt med tolv kvinnor, av dessa har vi genomfört sex intervjuer. Tre intervjuer ställdes in på grund av tidsaspekten, vi kunde helt enkelt inte finna en tid för intervju inom ramen för studien. Tre av kvinnorna som vi fick kontakt med via snöbollsurvalet tackade först ja till att medverka men avböjde senare. Från början såg vi många vinster med ett snöbollsurval. Det skulle ge en bredare bild av ämnet och vi skulle kunna nå ut till fler kvinnor som kunde medverka. Det visade sig att den metoden inte fungerade särskilt bra på just den här typen av studie, genomförande och tidsram.

4.1.3 Reducering av materialet

För att bryta ner den insamlade datan, menar Bryman (2011), är kodning den viktigaste delen av processen (s. 514ff). Vi har så gjort genom att sätta namn och etiketter på datan.

Datamaterialet i vår studie är den transkribering som skett efter våra genomförda intervjuer.

I enlighet med Bryman har kodningen ägt rum i direkt anslutning till genomförd intervju och dess transkribering. Semistrukturerade intervjuer innebär öppna frågor, ett kort och koncist svar kan ha innehållit samma mängd relevant analyserbar data som ett längre, mer utbrett svar. Det kan också ha inneburit motsatsen. Vi har därför, som Bryman (2011, s. 243) föreslår, läst igenom det inhämtade material flera gånger efter transkribering innan vi påbörjat kodning för att inte gå miste om något essentiellt. Vi påbörjade kodningen med att ta ut nyckelord ur texten. Detta sätt att reducera materialet på gjorde det tydligare för oss att se vad vi fått ut av vår datainsamling, vad materialet egentligen talade om för oss, nu i en mer koncentrerad form. Jens Rennstam och Davis Wästerfors (2011, s. 202) skriver om reducering av insamlat material som en *dialog*. Vi använde oss av denna tolkning då vi ömsom, "lyssnade" till materialet, tog in det och lät oss påverkas av det, ömsom omformulerar och, "talade" ner materialet i skrift med egna ord och slutsatser. Strategin skapade en rättvis bild av det vi reducerat och slutligen presenterat. Enligt samma princip kunde vi välja ut det material vi ansåg bäst lämpat som objekt för analys (Rennstam & Wästerfors 2011, s. 202).

Nästa steg har varit att se vad respondenterna egentligen förmedlat genom att plocka ut teman ur datamaterialet. Detta har gjorts genom att leta nyckelord som passat ihop med andra, och på så vis fallit under samma tema, "vilka nyckelord kommer igen?", "vilka kan tydas tillsammans höra ihop i en underliggande mening?" (Svensson & Ahrne 2015, s. 23f). Dessa teman är inte att förväxla med de vi använde oss av i vår intervjuguide. Indelningen av teman påbörjades förutsättningslöst. Efter teman tagits ut har vi satt in dem i olika underkategorier. Dessa har vi använt oss av och utgått ifrån under vår analys. Vi har alltså sökt efter variationer i respondenternas berättelser men också efter vilka teman som hör ihop.

4.2 Kvalitetskriterier för studien

Då vår studie är kvalitativ har vi valt att använda alternativa begrepp till reliabilitet och validitet för att uppnå trovärdighet. I detta avsnitt följer en redogörelse av *tillförlitlighet* och dess fyra kriterier; *trovärdighet*, *överförbarhet*, *pålitlighet* och *möjlighet att styrka och konfirmera* samt begreppet *äkthet*, så som de presenteras i Bryman (2018, s. 352ff).

Trovärdighet är en fråga om hur väl forskarens beskrivningar stämmer överens med andra människors, detta uppnås genom att följa de regler som finns för forskningen (Bryman 2011,

s. 354f). För att uppfylla detta kriterium har vi dels grundat vårt metodologiska tillvägagångssätt i vetenskaplig litteratur. Vi presenterar även vårt resultat i relation till tidigare forskning vilket kan ses som en jämförelse som visar att delar av vårt resultat stämmer överens med andra och på så vis bidra till tillförlitlighet.

Överförbarhet handla om att på ett så utförligt sätt som möjligt bidra med fylliga svar på frågeställningar och på så vis underlätta för läsare intresserade av att pröva resultatet i en annan kontext (Bryman 2011, s. 355). Resultatet vi fått fram genom våra intervjuer kan naturligtvis anses kontextuella specifikt för de individer vi har intervjuat, vilket skulle kunna motivera svårigheter för studien att vara överförbar. I vår studie lyfter vi dock källor som hänvisar till att våldsutsatta kvinnor situation är ett samhällsproblem och vi redogör för tidigare forskning som delger liknande information som den vi har fått fram i våra intervjuer. Detta talar för överförbarheten och att resultatet skulle bli likartat om det skulle det prövas igen.

Pålitligheten innebär att säkerställa skapandet av en fullständig och tillgänglig forskningsprocess, där det redogörs för alla olika faser av studien (Bryman 2011, s. 355). Vi har varit noggranna i vår presentation av alla studiens delar i förhoppning om att uppnå så hög pålitlighet som möjligt. Särskilt engagemang har lagts vid de delar som berör vårt val av metod och urval eftersom att hela studiens material bygger på verkliga människors erfarenheter känns det viktigt att vara noggranna och visa på autencitet. Ett ytterligare steg har varit att ge alla respondenter möjligheten att ta del av sina intervjuer efter transkribering och även studiens slutresultat.

Möjligheten att styrka och konfirmera innebär att det, för läsaren av vår studies slutsatser, ska stå uppenbart att vi som forskare inte låtit oss påverkas av personliga värderingar eller av någon teoretisk inriktning (Bryman 2011, s. 355f). Det finns svårigheter med att garantera möjligheten för att stärka och konfirmera en studie som vår. Studiens själva syfte är baserat på ett personligt intresse i dess problemformulering. Hur gör vi det enklare för läsaren att skilja på vad som är våra personliga tolkningar och vad som faktiskt är grundat i teori? I första hand har vi tagit nytta av det faktum att vi är två. Inledningsvis kom vi överens om att föra en öppen dialog med varandra och kontinuerligt uppmärksammat åsikter, tolkningar och värderingar som yttrats utan relevans för studien. I tillägg har vi även haft med oss Staffan

Larsson (2021, s. 328ff) alternativa kvalitetskriterier av en kvalitativ metod; *perspektivmedvetenhet*. Främst har vi låtit oss inspireras av perspektivet under förförståelse. Enligt Larsson (2021, s. 329) bidrar en redovisning av forskarnas egna förförståelse till mer klarhet för läsaren över det som ska tolkas. Vi har med detta försökt reducera ner de områden som stått inför tolkning samt genom en redogörelse av våra teorier förenklat för läsare att skilja mellan de tolkningar som varit grundade i teori eller potentiellt baserats på våra personliga tolkningar.

Kraven för att uppfylla *äkthet* för en studie är omfattande, det innefattar bland annat att en forskare ska ställa sig frågande om dennes studie ger en rättvis bild av de åsikter som respondenterna har delgett (Bryman 2011, s. 357). I tillägg bör en se till om de har fått en bättre förståelse av sin egen livssituation och hur andra i samma position upplever sin tillvaro. Att se till kraven för uppfyllt äkthet kan även fungera som påminnelse under studiens gång för att inte avvika från vår kurs och sväva ut i, för oss, irrelevanta sidospår. Våra intervjufrågor var utformade i syfte att ge respondenterna möjlighet att delge sina personliga erfarenheter och åsikter, med framgång i detta avseende uppfylls studiens syfte, frågeställningar och, i tillägg, även äktheten för studien.

4.3 Forskningsetiska övervägande

Enligt All European Academics (ALLEA) skrift ”Den europeiska kodexen för forskningens integritet” finns det grundläggande principer som är till för att vägleda forskning i praktiska, etiska och intellektuella problem (s. 4). Dessa principer har vi diskuterat och arbetat med i studien.

Vi har arbetat utifrån en grundläggande respekt för de kvinnor som deltagit i studien och de principer som studien behöver uppfylla. Varför vi låtit *samtyckeskravet* stå i centrum. Respondenterna har informerats om att medverkan sker på deras villkor. Detta i enlighet med Vetenskapsrådets (2002) redogörelse av forskningsetiska principer. Rent praktiskt har vi bett om samtycke dels vid förfrågan om att delta i studien och dels inledningsvis i utförandet av intervjun. Detta har skett muntligt då vi sedan innan har en viss kännedom om varandra. Vi diskuterade huruvida ett formellt samtyckesdokument skulle vara aktuellt men upptäckte snart

att behovet hos respondenterna inte fanns, dessutom var det inte praktiskt att signera ett fysiskt papper då vi genomfört intervjuerna digitalt.

Vi har visat *respekt* utifrån den struktur som en vetenskaplig forskning förtjänar, vi har tagit i beaktande den tid och de råd som vår handledare bidragit med och satt ett värde på den information som kommit till oss. I denna respekt ingår även att vi tagit *ansvar* för den studie som vi har genomfört och tagit i beaktande studiens relevans och att den genomförts på ett korrekt vis.

Förutom nämnda principer har vi tagit i beaktande en rad andra etiska överväganden.

Informationskravet säger att vi som forskare ska informera de medverkande om studiens syfte, att det är frivilligt och att de när som helst, utan att behöva uppge anledning kan avbryta sin medverkan (Bryman 2018, s. 170; Vetenskapsrådet 2002). För att leva upp till detta har vi delgett respondenterna intervjuguiden, information om syftet med studien och ramarna inför utförandet. Vi har även tagit hänsyn till och delgett våra respondenter information kring ett *nyttjandekrav*, att vi endast använt informationen som kommit ur intervjuerna i syfte att tjäna studien (Bryman 2018, s. 171; Vetenskapsrådet 2002).

Då det är känsliga och högst personliga ämnen som studien behandlar har vi diskuterat hur vi på bästa sätt förvaltats förtroendet. Det har varit av yttersta vikt att respondenterna fått berätta sin historia utan att känna sig dömda, bedömda eller styrda. Respondenten har fått bestämma vart gränsen går och vi har tagit ett steg tillbaka. En förtjänst har varit de fåtal öppna, inledande frågor som satt riktningen på samtalet för att sedan låtit respondenten själv styra över intervjuens innehåll. Detta gjorde vi för att inte *inkräkta på personens privatliv*. Det är en annan etisk princip som vi tagit fasta på. Den personliga integriteten är viktig och vi har inte bett någon ge mer än den egentligen vill. Samma resonemang har funnits angående den etiska principen som värnar om de medverkandes *anonymitet*. För att motverka oron om att bli igenkända hos respondenterna har vi varit tydliga med vår process om sekretess och anonymitet, det är ingen som kan spåra vem som medverkat i studien eller vem som har sagt vad. Vi har kontinuerligt gjort oss av med material kring intervjuerna och inte någonstans har namn, städer, relationer eller liknande information funnits att tyda. Vi har varit noga med att

avpersonifiera och blanda de olika svaren sinsemellan så att ingen information kan bindas till någon särskild person.

Vi har även behandlat den etiska aspekten kring utsattheten respondenterna stått inför. Resonemanget har gått att vår studie inte på något vis ska vara del i att orsaka skada till de som visat sitt förtroende och varit med att berätta om sina upplevelser. Med skada avses främst psykiska problem, hinder för personlig utveckling, sämre självkänsla eller stress i samband med eller i anslutning till medverkan i studien (Bryman 2018, s. 172). Vi har, med detta i åtanke, varit lyhörda för de medverkande och deras behov, varit följsamma i den riktning de tagit samt respekterat de gränser och ramar som satts upp. Vi har valt att inte utreda eller lägga större fokus på detaljer gällande de deltagandes bakgrund eller specifika upplevda trauman. Studiens fokus har legat på hur bemötandet sett ut från olika instanser och hur detta påverkat den hjälp de fått.

Bryman (2018, s. 485) lyfter att en risk med kvalitativa studier är att det är svårt att avgöra hur urvalet valts ut, hur processen sett ut och hur slutsatser dragits. Varför vi i detta kapitel valt att så utförligt som möjligt redogöra för detta. I synnerhet i detta avslutande avsnitt. För oss har den röda tråden för denna studie varit transparens. Det har varit viktigt för oss att vara transparenta i studien, både inför de som medverkat men även inför dem som tar del av resultatet. Ett exempel på hur vi har arbetat för att bibehålla transparens gentemot de kvinnor vi har intervjuat i studien har varit att delge dem frågorna innan intervjutillfället. De har haft möjlighet att ställa frågor, fundera på vad de vill dela med sig av och kunnat ta bort eller ändra de frågor som inte känts bra.

5 Resultat och Analys

I nedanstående kapitel redogör vi för studiens resultat och analys indelat i två teman. Båda baserade på våra frågeställningar och vad som har framträtt under bearbetnings- och kodningsprocessen av intervjuerna. Teman lyder, *Konsekvenser av bemötande utifrån stigma och skam* samt, *Varför ser bemötandet ut som de gör?* Teman synliggörs med hjälp av citat från intervjuerna. Analysen presenteras löpande utifrån relation till tidigare forskning och våra valda teorier. Detta då vi funnit flertalet lämpliga teman som kan förklaras utifrån olika teoretiska perspektiv och på så vis bidra med djup och bredd.

5.1 Presentation av respondenter

Vi inleder kapitlet med en kortare presentation av respondenterna. Namnen är fingerade.

Judith, trettioårsåldern. Hon blev utsatt för sexuella övergrepp i barndomen, efter en våldtäkt i tonåren började hon använda sig av droger. Hon har varit i kontakt med ett antal instanser bland annat BUP och vuxenpsykiatri. Judith har framförallt råkat illa ut i en nära relation där sexuella övergrepp och våld var ett stående inslag. Efter att ha blivit frihetsberövad av densamma sökte hon hjälp och vård vilket har varit en tuff resa.

Katarina, fyrtioårsåldern. Uppväxt i en missbruksfamilj, även hon började missbruka tidigt. Hon utsattes för sexuella övergrepp som barn och det är något som hon tidigt lärde sig att hemlighålla. Katarina har fått hjälp av olika instanser och har idag sex års drogfri tid och arbetar fortlöpande med sig själv i självhjälpsprogram. Hon lever även med en kronisk allvarlig sjukdom till följd av sitt missbruk.

Mary, tjuugoårsåldern. Berättar att de första sexuella övergreppen inträffade långt innan hon började missbruka. Hon var fyra år ungefär första gången hon blev utsatt. I tolvårsåldern kom drogerna in i bilden och prostitution har funnits med som självskadebeteende och som ett sätt att finansiera missbruket. Mary har varit i kontakt med många instanser, dels behandlande verksamheter angående sitt missbruk men även hjälpinsatser för de övergrepp som hon utsatt sig för. Idag är Mary inne på sitt fjärde drogfria år och har efter många olika försök lyckats hitta adekvat hjälp.

Greta, trettioårsåldern. Började missbruka vid tolv års ålder och har flertalet sexuella övergrepp bakom sig. En större traumatisk upplevelse där hon var nära att mista sitt liv av en förövare ledde till att hon började söka mer hjälp och vård. Greta har idag 3 års drogfrihet och har fått viss hjälp att bearbeta sina trauman.

Ebba, trettioårsåldern. Har en bakgrund i missbruk, prostitution och sexuella övergrepp. Hon har genom åren varit i kontakt med många instanser för att få hjälp och vård, bland annat traumabehandling genom vuxenpsykiatri men hon har tagit del av hjälpinsatser sedan hon var barn, då genom BUP. Ebba säger att även om hon fått en del hjälp så är det

mycket kvar att bearbeta. Idag är hon aktiv i olika självhjälpgrupper och har tagit sig en bit från sitt tidigare liv.

Hedvig, fyrtioårsåldern. Blev utsatt för sexuella övergrepp i barndomen och har levt under otrygga förhållanden under större delen av sin uppväxt. Hon flyttade mellan olika fosterhem och droger presenterades tidigt för henne. Hedvig har under många år prostituerat sig för att kunna finansiera sitt missbruk, hon berättar att det ena ger det andra och att hon behövde få hjälp att sluta använda droger och hjälp att ta sig ut ur prostitutionen för att lyckas vända sitt liv. Hedvig har varit fri från missbruk och prostitution i fem år.

5.2 Konsekvenser av bemötande utifrån stigma och skam

I det här avsnittet avser vi behandla studiens första frågeställning utifrån respondenternas upplevelser. Vi har använt oss av den tidigare forskningen och de utvalda teorier om stigma och skam för att förklara vilka konsekvenser som är framstående och applicerbara på det ämne vi valt att undersöka.

5.2.1 Stigmatisering utifrån bemötande och hjälpsökande

Enligt Link och Phelan (2001) blir resultatet av stigmatiseringsprocessen, för den som anses stigmatiserad, förlorad status och diskriminering av den egna personen men även att samhällets olika instanser blir otillgängliga. Detta görs på ett närmast naturligt vis, de som står för utestängandet är i de flesta fall omedvetna inför sina handlingar då det ingår i ett vardagligt förfarande. Ebba beskriver med egna ord sina upplevelser av stigmatiseringsprocessen,

Det var mest att de [sjukvårdspersonalen] har svårt att se helheten, det brukar vara mest så att de bara ser beroendet och är inte villiga att ge andra insatser för att jag har beroendet som ska styra allt. Eller fördomar om vilken person jag är i och med att jag har ett beroende, plus prostitution, så man tas inte på allvar. Det är lite som att de tror att jag säger saker för att ha uppmärksamhet typ.

Även om förklaringsmodeller kring kunskapsbrist framkommer så är det svårt att bortse från det faktum att kunskap tycks finnas där, åtminstone när vi tar del av den tidigare forskningen. Ett exempel som styrker detta är Cockroft et al. (2019) då de skriver om den stigmatisering som missbrukande kvinnor möter när de söker hjälp för sina missbruksproblem. I likhet med kvinnorna som vi intervjuat berättar även dessa om ett bemötande utifrån fördomar snarare än

utifrån de behov som de söker uppfylla. Vidare berättar studien att flertalet respondenter undviker att söka vård utifrån att de inte känner tillit till de instanser som finns där för att hjälpa dem. En av anledningarna är just att de upplever sig bli bemötta utifrån stigma snarare än utifrån sitt värde som människa (Cockrofts et al. 2019). Vid upprepade tillfällen vittnar respondenterna om att de blir frångagna sin mänsklighet vilket Goffman (2020) menar ligger i själva kärnan i stigmatiseringen. Link och Phelan (2001) förklarar stigmatiseringsprocessen ytterligare genom att betona vikten av att avhumanisera och skapa ett *vi* och *dem*. Detta är ett kraftfullt verktyg för att befästa bilden av den stigmatiserade som annorlunda och att vara ett med fördomarna (Link & Phelan 2001 s. 370f). Istället för att se på hela människan så marginaliseras hjälpen och bemötandet till en missbrukare, alla andra egenskaper som individen har osynliggörs eller läggs längre ned. Greta visar exempel på att missbruket både är överordnat men också den mest stigmatiserande faktorn,

[...] överlag så är det att man ska passa in en specifik mall för att få hjälp, och det där med att en diagnos styr det, som beroendet då har gjort på mig. Det hamnar först och så skiter de i det andra..

I likhet med respondenterna i vår studie berättar Sallmann (2010) att kvinnorna som hon varit i kontakt med ger en enig bild om att stigmatisering är påtaglig i deras vardagliga liv. Att den har resulterat i en avhumanisering, att deras mänskliga värde har gått förlorat. Precis som Greta berättar blir resultatet att kvinnorna inte får den hjälp de behöver. Ytterligare en aspekt i sökandet av hjälp från vården har varit att stigmatiseringen tycks öka ju större problematiken blir. Ebba berättar vidare om ett försämrat och mer fördomsfullt bemötande ju mer problematiken fortskridit,

[...] i början av missbruket så var de mer tillmötesgående, eller att man inte tog det på så stort allvar när man hamnade på avgiftning eller psyket och sådär. Det var gällande missbruket, jag vill skilja på dem två, men med tiden eh så tycker jag att bemötandet överlag blev sämre. Precis som har man en längre historik av beroende så kan det bli, jag vet inte, men jag har fått en känsla av att jag blir en i mängden, bemötandet blir hårdare och mer fördomsfullt. Gällande övergrepp så var det ju, tycker jag ju inte, eller jag personligen har inte fått något bra bemötande när jag har sökt hjälp för det liksom, absolut inte..

Detta överensstämmer med Link och Phelans (2001) teori om att det finns olika grader av stigmatisering och att flera stigmatiserande aspekter ger fler stigmatiserande konsekvenser. Mary återger,

Jag kände att jag delade med mig av mycket svåra saker men jag blev inte uppfångad, eh.. Så jag fick ju hantera det själv då och fortsatte ju missbruka då, i det.. Eh... så jag fick ju LVU sen istället, det kändes nog som att det var deras lösning.

Den tidigare forskningen påvisar att kvinnors konsekvenser av missbruk ofta är relaterade till psykiska och känslomässiga problem och handlar ofta om den livsstil som de behöver anamma för att upprätthålla sitt missbruk (Taylor 2010). Exempel på detta kan vara prostitution och destruktiva relationer över lag. Taylor (2010) belyser att det är få behandlingar eller vårdinrättningar som tar hänsyn till missbrukande kvinnors särskilda behov för att kunna tillgodogöra sig den vård de behöver. Greta beskriver i ovan återgivna citat sin upplevelsen av att bli osynliggjord utifrån de egna behoven när hon sökte vård. Den här typen av kunskap är relevant att ha med sig och vi vill hävda att det är nästintill omöjligt att ge ett fullgott bemötande och adekvat hjälp om man inte vet vart människan befinner sig. Bemötande avgörs av intresse för den man möter, det humaniserar relationen. Utan att vara intresserad är det inte möjligt att ge adekvat hjälp. I samtliga intervjuer vi har genomfört finner vi liknande berättelse gällande upplevelser av att inte bli sedd, lyssnad eller trodd på. Sallmann (2010) menar att kvinnorna som hon intervjuat buntas ihop som om de vore "samma" på grund av att de lever med missbruk och prostitution.

Våra respondenter vittnar om liknande erfarenheter där fördomar och stigmatisering får vara vägledande i bemötandet av dem. Som Katarina beskriver utifrån sin upplevda hopplöshet inför att söka hjälp för det hon har blivit utsatt för,

Det jag får upp i mitt huvud hela tiden det är ju att, asså, innan det är bevisat nånting så står ju alla på förövarens sida, asså... mm.. [...] det ska va video, det ska va foto, det ska nästa vara ett erkännande för att det liksom, man ska bli trodd. Asså jag tycker liksom att... nej, det är förjävligt. Och det är ju det vi som kvinnor ändå får kämpa med när vi söker den hjälpen vi behöver ha. Asså, tro mig, se mig, lyssna på mig.

Vi menar att ett grundläggande behov som torde vara enkelt att uppfylla, att bli sedd och lyssnad på, att bli tagen på allvar, verkar saknas vart vi än vänder oss i vår studie. Det upplevs anmärkningsvärt att bristande kunskap och undermåligt bemötande verkar vara synonymt. Oavsett om hjälp finns att tillgå eller inte verkar det värdiga bemötandet lysa med sin frånvaro.

5.2.2 Den självgenererade skammens betydelse

Resultatet av att inte bli trodd på eller att systematiskt inte betraktas som trovärdig har stora konsekvenser för den som lever med stigma (Scheff & Starrin 2013, s. 200). Kvinnorna som vi har intervjuat beskriver alla på olika sätt den här typen av *självgenererad skam* eller *självstigmatisering*. De anpassar sig och kan på olika vis känna igen sig i de fördomar som normen förknippar dem med. I hjälpsökandet har flera av respondenterna försökt finna svaren inom sig själva istället. Efter att ha blivit nekade hjälp på flera olika instanser har förklaringsmodellen resulterat i att felet och problemet ligger hos dem själva och inte hos de vårdgivare de varit i kontakt med. Ebba är mycket tydlig i sitt resonemang,

Jag tog det ju som att det var något fel på mig, att jag inte kunde göra mig förstådd liksom, det kanske är något annat sätt jag ska uttrycka mig på eller jag kanske behöver en specialist eller liknande, det blev ett sånt evigt letande istället. Det kändes som att de är ju proffsen och om inte de fattar eller tar det på allvar så... det kan ju inte vara fel på dem kände jag för de förstod inte... så då måste det ju vara jag.

En reflektion som vi gör är att det tycks vara svårigheter att få hjälp utifrån den kombinerade bakgrunden, alltså våldsutsatthet, övergrepp och missbruksproblematik. Alla kvinnor delar med sig av att det krävs drogfrihet för att få hjälp med sina trauman. Dessutom faller kvinnorna mellan stolarna då de inte kan upprätthålla en drogfrihet eller tillgodogöra sig den hjälp de behöver för att uppnå en drogfrihet. Detta på grund av att deras trauman har varit för stora för att klara av en traditionell missbruksbehandling. När vi började arbetet med studien levde vi i tron om att den mest stigmatiserande faktorn för dessa kvinnor skulle vara de övergrepp som de utsatts för. Det intervjuerna påvisar återkommande är att, även om adekvata hjälpinsatser förvisso saknas för att ta hand om dessa trauman, så är det fortfarande stigmat över att vara missbrukande kvinna som gör att de utestängs från den vård som finns att tillgå. Greta berättar,

[...] de mötena där jag var väldigt sårbar och jag faktiskt behövde hjälp och det sågs över, det sätter sig och det kan jag känna resulterar i ett stort agg. Jag kommer inte ta hjälp, jag kommer inte be om hjälp för att jag har ju fått förklarat för mig att det som jag är och den sjukdomen som jag har, ni vill bara ha piller och liksom. Och sen så är det ju inte så himla konstigt som efter mitt trauma, jag var ju inte drogfri, hur skulle jag kunna hantera mitt trauma om jag inte fick hjälp? Det enda som faktiskt hjälpte för stunden var att ta droger. Så att stigmatiseringen att man är mindre värd för att man har beroendesjukdomen, absolut!

Det tycks vara så att de övergrepp som respondenterna utsatts för till stor del påverkar den egna självbilden och skapar skam hos den egna individen, något som i sin tur påverkar benägenheten att söka den hjälp som de behöver (Kreis et.al 2016 s. 43). Flera av kvinnorna vi intervjuat har inte sökt hjälp för de bakomliggande trauman de bär med sig. Det verkar finnas en attityd av att detta är ett personligt problem som kvinnorna själva förväntas ansvara och ta hand om, alternativt att kvinnorna själva inte vetat vart de ska gå. Kreis et al. (2016) menar att ett resultat av obearbetad skam är att missbruket fortskrider, kvinnorna använder mer droger för att kunna hantera sina traumatiska upplevelser. Precis som Greta berättar så vittnar alla respondenter om samma sak, när hjälp utifrån uteblir vänder en sig till det tillvägagångssätt som har kunnat lätta bördan en stund, missbruket. Även Ebba exemplifierar den paradoxala situation som kvinnorna befinner sig i för att få tillgång till vård, att på egen hand behöva skapa en drogfri tillvaro för att sedan kunna få hjälp med de trauman som många gånger ligger till grund för missbruket från början. Hon berättar,

[...] kraven blir ju att du måste vara drogfri om du ska få någon som helst hjälp genom psykiatrin liksom.. Och hur ska man klara det, jag hamnade nästan i en psykos den tiden när jag skulle sluta använda droger innan jag fick en behandling.

Reutter et al. (2009, s. 309) menar att stigmatiseringen påverkar den egna självbilden och att de som lever med stigma till slut skuldbelägger sig själva och sedermera identifierar sig den negativa sociala identitet som lagts på dem. Greta pekar ut just detta,

Ja, alltså jag tänker i situationen där på kvinnohemmet, jag blev en knarkare, min mänsklighet försvann, när jag bara hade utsatts för trauma så var det liksom klart vi finns här för dig men när jag valde att ta den utvägen jag faktiskt såg som min enda utväg, då vände det för då blev jag en knarkare och då, jag är en knarkare jag är inte värd att hjälpas liksom.

Utanförskapet, identiteten att vara en "knarkare", att vara annorlunda och till slut mindre värd. Det är ingen idé att söka vård och hjälp eftersom jag tror den bild som tillskrivits mig och min enda utväg blir att handla så som jag alltid gjort, genom att använda droger. Det vi kan utläsa, drogerna blir en hjälp att avlasta de trauman och det efterföljande dåliga måendet. Vi urskiljer även ett aktivt ställningstagande i att leva upp till den roll som lagts på dem.

5.2.3 Skammen, en del av den onda cirkeln

De trauma som kvinnorna utsätts för när de söker vård och hjälp medför en särskilt djupt rotad skam, de kvinnor vi har intervjuat lever alla med stigma vilket per automatik leder till lägre social status och utanförskap på samhällets arenor, helt i enlighet med vad Link och Phelan beskriver (2001 s. 370f). För de människor som lever med social utsatthet är det extra svårt att komma till rätta med skamkänslor, detta på grund av att skammen genereras både utifrån och inifrån (Scheff & Starrin 2013, s. 199).

Avsaknad av mänskligt bemötande och överföring av skam på kvinnorna själva har satt sina spår. De kvinnor vi varit i kontakt med lever under andra omständigheter idag men minnena och märkningen "sitter kvar" vilket Ebba vittnar om,

Ja alltså det var det stora problemet när jag började söka hjälp, jag kan väl fortfarande känna så idag också. Att det är kvar, den här oron om det är *mig* det är fel på när jag söker någon specifik hjälp.

Ett resultat som vi ser, som stöds av litteraturen och den tidigare forskningen, är att människor som missbrukar lever med en mycket högre grad av skam än de som inte missbrukar. En annan aspekt som är viktig att ha med sig när det kommer till kvinnliga missbrukare är att de ofta lever med otrygg anknytning, något som skapas på grund av trauman i barndomen, och att de lider av låg självkänsla (Kreis et.al 2016 s. 44).

Detta har en stark koppling till utåtagerande i droger och påverkar även utsattheten för nya övergrepp och mer våld. Precis som Mary berättar nedan leder det till en ond cirkel som resulterar i mer skam och lägre självkänsla,

Asså maktlöshet, jag vet att jag inte kan klara det själv. Eh, för när jag då ber om hjälp och den som jag icke trovärdig ber om hjälp ändå är professionell åh säger att, "vi kan inte hjälpa dig", så blir det ju.. Amen, jag har känt mig dålig. Psykiatrin har varit svårast när jag blivit bortskickad därifrån.

Ett återkommande tema hos kvinnorna som vi har intervjuat handlar om att våga fortsätta söka hjälp trots det fördomsfulla, kränkande bemötandet och hjälpen som uteblir. Ett resultat tycks vara att den behandling de erfarit sätter djupa spår vilka är svåra att hantera även lång tid efter de aktuella händelserna. På frågan om vad som varit de största utmaningarna kopplade till hjälpsökandet svarade Ebba,

Att fortsätta söka hjälp... att inte ge upp och acceptera att, "såhär är det". Eh... ah, det är nog det som har varit svårast. Det har varit svårt att, att våga... amen, som nu då när jag äntligen har hittat rätt. Att våga öppna upp efter så många gånger... eh... har varit svårt.. Utmaningen har också varit att...lägga bakom alla de här fördomarna och allt det, sanningarna som jag har blivit pålagd innan.... Det är en pågående utmaning... att försöka lägga dem bakom mig, att det var inte min sanning.

5.2.4 Sammanfattning

Utifrån teorin kring stigma så blir kvinnorna i sitt vårdsökande kategoriserade och tappar sitt sociala erkännande när det framkommer att det finns missbruk med i bilden. Samtliga respondenter beskriver att det mänskliga värdet försvinner då de i bemötandet behandlas som mindre värda utifrån den problematik som de lever med. I relation till detta spelar skammen stor roll i stigmatiseringsprocessen. Skammen förvärras om den inte tas om hand och genererar sämre självkänsla och ett mindervärde hos den utsatta. Resultatet av detta blir till slut att identifiera sig med den fördomsfulla bild som förväntas av dem. Kvinnorna tycks falla mellan stolarna då hjälpen som finns inte är tillgänglig för dem. I slutändan väljer kvinnorna allt som oftast att vända sig till missbruk för att få lindring i sina upplevelser och i sitt mående.

5.3 Varför ser bemötandet ut som de gör?

I detta avsnitt behandlas studiens andra frågeställning, hur vi kan förstå på vilket sätt reproducerade föreställningar av den missbrukande våldsutsatta kvinnan kan hindra ett tillgodosett bemötande. Utifrån teorier om socialkonstruktivism och intersektionalitet. Vanligt förekommande under intervjuerna var respondenternas beskrivningar av att i första hand erfarit bemötande utifrån sin missbruksstatus snarare än en person i behov av hjälp, som vem som helst. Ur citaten framträder erfarenheter av att bemötas som icke trovärdig och/eller ovärdig hjälp.

5.3.1 Den missbrukande våldsutsatta kvinnan som icke trovärdig

Respondenterna vittnar om en bild av dem själva inom hälso- och sjukvården, baserat på ett upplevt bemötande av att inte bli tagen på allvar, som en person i position av att vara icke trovärdig. Detta framkom på olika sätt genom återgivna situationer då respondenterna informerat hälso- och sjukvårdspersonal om sin våldsutsatthet och mötts av misstro, dels kring situationens allvar men framförallt kring respondentens trovärdighet.

Bemötandet reproduceras då det upplevs upprepade gånger, av olika respondenter oberoende varandra och i möte med olika instanser inom hälso- och sjukvården. Judith delar med sig av ett besök hos läkaren i ett ärende orelaterat till hennes missbruk,

[...] och sen då blev jag bemött av en läkare som ifrågasatte om jag hade tagit nånting, det var det första han frågade mig, och det hade jag faktiskt inte..

Utifrån en annan situation beskriver Judith vidare,

[...] så jag blev inkallad att lämna blodprov och urinprov och sånt och jag gjorde det, sen så skulle jag bli kallad igen men det blev ju aldrig... och socialen och sånt började undra varför får jag aldrig någon tid hos vuxenpsykiatrin och sedan gick det ganska snabbt utför. Min socialhandläggare [...] som jag pratade med hon började ju också ifrågasätta, “varför får du ingen hjälp av vuxenpsykiatrin” och började misstro mig i att jag hade sökt hjälp där, och att jag faktiskt inte gjorde det som jag kunde själv.

Det Judith tar upp är ett exempel på något det flesta av respondenterna, i någon form, vittnar om. Erfarenheten av att ifrågasättas utifrån hälso- och sjukvårdens vetskap om ens missbruk. Respondenterna beskriver hur de, oavsett i vilken form de söker hjälp och vård, ofta bemötts i egenskap av missbrukare i första hand.

Det visar även hur en handling av att inte bli tagen på allvar inom en instans av hälso- och sjukvården kan generera i ökad misstro från andra instanser inom hälso- och sjukvården.

Katarina delar vilka potentiellt allvarliga, mer direkta konsekvenserna av att inte bli tagen på allvar kan generera genom en händelse innehållande livshotande konsekvenser,

[...] det var nån gång jag blev jätte-, jättesjuk. Jag hade ont i hela kroppen, asså fruktansvärt ont i hela kroppen [...] och så åkte jag in till akuten och när jag sa att jag kanske trodde att det hade med min [sjukdom] att göra så skickade dem hem mig med en gång.. Så låg jag hemma i några dagar till tills jag inte stod ut med smärtan och då åkte jag till en sån kvällsmottagning [...] och där var det samma sak, så fort jag tror det var min [sjukdom] så skulle dem skicka hem mig, men då... asså jag stod inte ut med smärtan just då jag hade i kroppen så jag eh, asså grät och tjatade till mig, “men snälla, snälla kan ni inte bara göra nåt test, asså bara nåt test på mig”. Så fick jag tillslut sätta mig ner och vänta så gjorde dem test och sen kom dem ut flera stycken och, “vi har ringt ambulans!” [...] hade jag inte fått hjälp där så hade jag ju dött sen.

Även Ebba har erfarenheter av bemötande baserat på hennes missbruk och hur det har använts för att avfärda hennes trovärdighet,

Vid ett självmordsförsök så åkte jag in till akuten, då såg de i min journal att jag var prostituerad och missbrukade och sådär, så mitt självmordsförsök togs inte på allvar. Jag lades inte in utan fick gå hem samma dag... oavsett vad jag sa, att jag kan inte gå hem nu, jag kommer bara göra om samma sak, så togs inte det på allvar, utan de läste det som stod i journalen istället.

Det likartade bemötande som respondenterna har erfarit enligt citaten kan förstås med socialkonstruktivistiska teori. Teorin förklarar hur händelser, människor och erfarenheter ingår i olika ordnade mönster som stämmer överens med olika besluts- och handlingsalternativ, som i sin tur har bildats av sociala institutioners rekommendationer och tolkningar (Sahlin 2013, s. 143). Detta gör att vi tolkar hälso- och sjukvårdens agerande som ett resultat av att bedömningar sker på rutin och grundade sig i ärvda vanor och tolkningar. Berger och Luckmann (1991, s. 45) hänvisar till människans behov av att kategorisera människor, saker och ting för att skapa mening och ordning.

Hedvig delar en erfarenhet, då hon blivit inlagd för avgiftning, som ytterligare visar på personals misstroendebehandling av missbrukande kvinnor, hur beslut verkställs och motiveras utifrån kategorisering av missbrukande kvinnor. Hon återger,

Ah så fick jag ersättningsmedicin för drogerna, när de frågade vad jag hade tagit så sa jag bara heroin. Jag tänkte inte så mycket på vad jag tagit, för jag tog ju vad som fungerade liksom.. Så i alla fall så kom en överläkare och skrev ut mig på plats morgonen efter. Då hade de hittat metadon i blodet och menade att jag bara var där för att få mediciner. Allvarligt talat så hade jag ingen koll på vad jag stoppade i mig, jag tog det som funkade. Tänkte att han är ju överläkare, han måste ju veta hur det här fungerar. Du vet jag hade en planering, jag skulle ju få hjälp nu. Jag var liksom ditskickad akut för att jag hade min son hemma, att jag blev utskriven så snabbt var ju helt sjukt, då var jag ju i sämre skick.

Enligt Berger och Luckmann (1991, s. 71) förstår vi all aktivitet som upprepas bli del av ett mönster, vanan sätter sig när mönster ständigt upprepas. Den sociala ordning som genereras blir till en form av institutionalisering. Det blir för oss och vår studie intressant att se till denna teori för att förklara en enskild människas handlingsmönster, hur denne kan komma att påverkas av andra människors vanor och agera utefter. Mattsson (2021, s. 44) talar om det sociala arbetets behov av att skapa logik för sig själv i tillägg till att kategorisera människor för att enklare fördela inventioner och resurser. Det är naturligtvis inte ett problemfritt tillvägagångssätt. En av riskerna är svårigheterna med att upprätthålla objektiviteten och inte

misstro de klienter som inte passar de på förhand bestämda klientkategorierna. Som exemplifieras i citatet från Mary nedan,

[...] jag har fått höra [...] av vårdpersonal åh så, när jag bett om hjälp att bearbeta övergreppen åh så, att eh, "såna övergrepp händer inte här [sagd plats]. Eh.. Det har varit tufft åh höra, från vården att eh.. Ah, dem tar ifrån en det. Eller skulle påstå... ah, jag upplever ju det eftersom att de påstår att jag ljuger då. Eller när jag, när jag fått frågan också fler gånger av psykologer och sånt om det..., "är det så omfattande som du säger, eller överdriver du?", ah.. Bli bemött som att jag ljuger.

Mattsson (2021, s. 44) ger även med ett intersektionellt perspektiv stöd för dessa resonemang genom motiveringen för kategorisering inom socialt arbete. Detta skulle kunna förklarar hur personal inom hälso- och sjukvården kan agera liknande gentemot respondenterna, helt utan vetskap om varandras existens. Den gemensamma nämnaren är institutionen de ingår i, socialt arbete i synnerhet, hälso- och sjukvården.

Intressant är även att fundera över en människas förmåga att distansera sig själv ifrån sitt handlande. Hälso- och sjukvårdspersonalen verkar enligt respondenternas uppgifter oberörda av sina egna handlingar i situationerna då de avfärdat kvinnorna i misstro. Alvesson och Sköldberg (2017, s. 43) beskriver institutioner skapta av människor, efter hand börja uppfattas som något externt och givet. Vi finner det vara troligt en bidragande faktor till den uppvisade oberördheten. Personalen tycks ha accepterat vissa saker som givna och att hanteringen av dessa situationer ligger bortom deras kontroll.

Vårt resultat uppvisar, genom de exemplifierade citaten, i likhet med Taylor (2010) att det inte finns tillräckligt med insatser från hälso- och sjukvårdens sida som erbjuder adekvat vård och tar hänsyn till missbrukande kvinnors särskilda behov. Detta bevisas genom det homogena och avfärdande bemötande respondenterna vittnar om. I den studie Cockroft et al. (2019) har genomfört vittnar kvinnor, i likhet med våra respondenter, om fördomsfullt och dömande bemötande från vårdpersonal och hävdar att de känner sig annorlunda behandlade i förhållande till ickemisbrukande kvinnor.

5.3.2 Den missbrukande våldsutsatta kvinnan som ovärdig

Respondenterna vittnar om en bild av dem själva inom hälso- och sjukvården som kvinnor ovärdiga hjälp och stöd. Detta baseras på erfarenheter i bemötandet där fokus förflyttats från vad de har sökt hjälp för eller där hjälp uteblivit överhuvudtaget. Detta framkom på olika sätt

genom återgivna situationer då respondenterna informerat hälso- och sjukvårdspersonal om sin våldsutsatthet och mötts av tystnad, hänvisning till resurs- och kompetensbrister eller förslag på att deras behov av hjälp är självorsakat. Bemötandet reproduceras då det upplevs gång på gång, av olika respondenter oberoende varandra och i möte med olika instanser inom hälso- och sjukvården. Mary berättar,

Jag har fått höra från alla instanser [...] att min historia är för komplex för dem att göra något åt och hjälpa mig med. Vissa har sagt att, "jag kan hjälpa dig till viss del... jag kan hjälpa dig med just den här lilla delen", men överlag så är det för stort. [...], "av alla instanser vi har här på psykiatrin så finns ingen här som kan hjälpa dig". För att det är för komplext för dem. Att jag har för många förövare, att det blir för komplext och att det började så tidigt [...] det var psykiatrens anledning. Att det var lättare att hjälpa nån som hade, så, fåtal... eller, ah.. Jo, men så kan jag nog uppleva det [...] att det inte fanns nån mall för mig.

Mary beskriver en vanligt förekommande känsla hos respondenterna som syftar till att de inte upplever sig passa in i den på förhand bestämda mall som finns, om du ska berättigas vård. Ur citatet går även att tyda fördomar som ligger till grund för en bedömning av huruvida ens problematik är för komplex för att kunna behandlas.

Fördomar om att ha för många förövare till exempel. Vidare exempel på hur fördomar styr hälso- och sjukvårdspersonalen ger Greta exempel på,

[...] människor har så många fördomar mot beroendesjukdomen att de kan liksom inte se förbi dem, och det kan jag också se i vården och i den hjälpen jag har fått. Min rätt till att få hjälp har faktiskt lagts åt sidan för att jag är en beroende och det kommer fördomar kring det istället.

Ur citaten tolkar vi en direkt ovilja att hjälpa de respondenter som har sökt vård. Detta till följd av deras missbruksproblematik och, i många fall, deras erfarenheter av våldsutsatthet, inte sällan i kombination. Mer problematik, desto svårare att hjälpa. Mattsson (2021, s. 170ff) menar att missbrukande kvinnor konstrueras till, *den andre* som står i kontrast till den *normala* kvinnan. Detta eftersom att en kvinna som missbrukar ofta avviker från det beteende samhället accepterat som det rätta för en kvinna. Vi förstår att denna konstruktion, utifrån kategorierna av sexualitet, klass och kön, innebär att våra respondenter möts fördomsfullt, vart de än går, så även inom hälso- och sjukvården förutsatt ett mänskligt bemötande. Kvinnor som missbrukar antas alltid besitta erfarenheter av sexuella övergrepp eller sexarbete, för att få tak över huvudet eller tillgång till droger (Mattsson 2021, s. 172). Mattsson behandlar även

hur kvinnorna görs avvikande i sin antagna oförmåga att upprätthålla god hushållshygien och därmed bryter föreställningen om vad en ren och respektabel kvinna bör vara. Dessa antaganden och bemötanden kan även bekräftas genom Mattsson (2005). Mot bakgrund av detta kan vi förstå personalens fördomar och ovilja att hjälpa.

Yechezkel och Ayalon (2013) visar på hur personal inom hälso- och sjukvården i praktiken tillhandahåller och gör skillnad på kvinna och kvinna utifrån subjektivt baserade antagande. Utifrån denna kunskap behandlar vi den historia rörande fördomar Greta beskriver i ett bemötandet av en läkare hon fick då hon sökte hjälp för trauma efter att ha utsatts för våld och sexuella övergrepp. Detta citat är hämtat ur beskrivandet av vad som skedde då läkaren tagit del av hennes missbruksproblematik,

[...] men läkaren då i detta fallet, jag får rysningar bara jag tänker på det, en man, höjer rösten och han avbryter mig, jag får inte ens en chans att ta ordet för han har redan bestämt sig att jag är en beroende [...] det var till och med så att jag fick gå ut ur det här läkarrummet.”

Vi menar att kvinnorna behandlas som ovärdiga hjälp utifrån bilden av dem som avvikande kvinnor, med allt vad föreställningen kring den avvikande kvinnan medför, promiskuitet, orenhet, opålitlig, för att nämna några föreställningar. Anmärkningsvärt ur Gretas citat är hur läkaren tycks skapa belägg och motivera sitt avfärdande av respondenten med hänvisning till dennes missbruksproblematik.

Det finns fler exempel som visar hur sättet att tala om och kring den missbrukande våldsutsatta kvinnan möjliggör för ett mindre respektfullt bemötande av kvinnorna som klienter hos hälso- och sjukvården. Ebba delar,

Jag gick in till gynakuten med en skada i mitt underliv, jag sa väl inget och hon frågade inget utan mest att det inte slutade blöda.. Och sen ska hon börja undersökningen, och när hon väl ser mitt underliv så stannar hon och tittar på mig och är upprörd, hon frågar, “vad har du gjort, nu får du säga vad har du gjort?” Men jag har inte gjort något, det här är en skada från ett samlag som har varit *för* mycket. Så säger hon, “nej men du har en massa ärr i ditt underliv”, och det har jag aldrig tänkt på, att det kan vara en konsekvens av prostitutionen. Så jag blev chockad och hon blev arg på mig och frågade att, “har du lekt med knivar i ditt underliv?”, då blev jag så upprörd så jag bara gick därifrån, utan att få den hjälp jag behövde.

Vi har tidigare hävdad det som sker när problematiker läggs på varandra, att en missbrukare misstros, en våldsutsatt missbrukare står inför ytterligare hinder. Ebbas historia är ett exempel

på detta. Våldsutsattheten bidrar till fler situationer då kvinnorna tvingas stå till svars och ofta misstros. Vi resonerar om ett värdigt bemötande av Ebba inte hade resulterat i den förödande slutsatsen att Ebba faktiskt gick miste om vård.

Greta delger, ur en annan erfarenhet, hur hon inledningsvis upplevts värdig och tilldelats en viss typ av vård för sexuella övergrepp hon utsatts för. Då vården inte uppfyllt hennes behov av hjälp återgick hon till missbruk, i ett försök att självmedicinera. Vi menar att hon då förlorar sin värdighet vilket kan tydas genom vårdpersonalen reaktion. Greta beskriver,

[...] när jag gick ut och använde och kom tillbaka så förändrades dem bara så [knäpper med fingrarna], jag har aldrig sett människor vara så äcklade över hur jag valde att hantera en situation, alltså deras bemötande av mig. Jag kände mig som om jag var rabiessmittade eller någonting, för de sneglade på mig, de ville inte prata med mig, de ville inte ta i saker som jag hade. Alltså bara för att jag använde droger! Där tycker jag också liksom att, för jag tänker att missbruk och sexuella trauman, det ligger så nära varandra. Men när något som missbruk då blandas in i bilden då blir jag behandlad på ett helt annat sätt än utifrån mitt själva trauma liksom.

I vissa fall har respondenterna erbjudits hjälp utifrån att deras problematik har omarbetats för att passa inom ramen för vilka resurser hälso- och sjukvården har haft att tillgå. Judith säger,

[...] så det tog en evighet i alla fall, när jag väl fick träffa en läkare så blev jag ju bedömd som utbränd och jag blev sjukskriven, och så satte de mig på antidepressiva, så bad jag om att få komma i kontakt med en psykolog eller liknande och de sa de att de skulle ordna, men det hände ingenting.

Respondenterna delger flera situationer och erfarenheter där vårdpersonalen haft vetskap om deras erfarenhet av våldsutsatthet utan att adressera det vidare eller erbjuda stöd och/eller behandling. I dessa fall har respondenterna tagit emot den hjälp som erbjudits men vittnar om att de lämnats ensamma med obearbetade trauman att själva redogöra för. Detta innebär ett osynliggörande av den missbrukande våldsutsatta kvinnan och dennes rätt och behov till hjälp.

Huruvida en människa anses värdig nog kan även bedömas utifrån dennes rätt att själv komma till tals och förklara sina behov. Som våra respondenter exemplifierar genom sina berättelser är det vanligt förekommande att dessa tystas, alternativt förväntas vara tacksamma för den vård som erbjuds dem, trots felriktad eller otillräcklig. Likt Mullender och Hauge (2005) visar vårt resultat att ett brukarinflytande är svåråtkomligt. I tillägg finner vi ett ointresse för det att ta plats. Vilket skulle kunna ge svar på varför det skulle vara svårt att få

till i praktiken. Vi finner detta påstående mer sannolikt än det att respondenter skulle vara svårtillgängliga eller känna ovilja för ett sådant samarbete.

5.3.3 Sammanfattning

Utifrån teorier om socialkonstruktivism och intersektionalitet visar vår analys att respondenterna misstros och behandlas olika än andra icke missbrukande och våldsutsatta kvinnor till följd av fördomar. Fördomarna tillåts motivera bemötandet av respondenterna genom reproduktion som inte ifrågasätts. Möjligen som ett sätt att själva förklara och förstå det uteblivna värdiga, tillräckliga bemötande de är berättigade, hänvisar respondenterna återkommande till bristen av kunskap hos hälso- och sjukvårdspersonalen. Våra efterforskningar, med stöd av tidigare forskning, visar dock att kunskap finns men antingen inte når personalen inom hälso- och sjukvården eller avfärdas och därmed inte ges möjligheten att stödja ett tillgodosett, värdigt bemötande av kvinnor med missbruksproblematik och erfarenhet av våldsutsatthet. Denna slutsats betyder inte att ytterligare kunskap inte krävs. Vårt resultat visar exempelvis på behovet av kunskap kring personalen inom hälso- och sjukvårdens förståelse av sin egna hanteringar av klienter och hur detta kan utövas omedvetet.

6 Avslutande diskussion

I det här kapitlet diskuterar vi studiens olika delar, sammanfattar helheten och visar på vägval som är av relevans för ämnet. Först åtar vi oss en summering av studien utifrån syfte och frågeställningar, sedan följer en diskussion utifrån vad tidigare forskning av vad vi har kommit fram till krävs för vidare framgång på ämnet inom socialt arbete.

6.1 Sammanfattning - Vad är problemet?

I det här avsnittet har vi skapat en sammanfattande diskussion utifrån studiens syfte och frågeställningar. Vi upplever bemötandet utifrån målgruppen bristfällig samt baserad på fördomar av stigmatiserande karaktär. Den visar sig långtgående och berör strukturer som försvårar adekvat hjälp, vilket resulterar i en dubbelbestraffning. Vi ser att ett stort ansvar läggs på den vårdsökande själv på ett vis som vi hävdar inte är rimligt och inte heller vore godtagbart skulle det gälla andra grupper i samhället. Den reproducerade skammen bidrar till

att kvinnorna själva identifierar sig med sitt stigma och, i viss återgiven mån, förlikar sig i sitt utanförskap. I beaktande bör tas att denna grupp generellt innehar låg, social samhällsstatus vilket påverkar dess möjlighet att själv göra verkan på sin situation när det kommer till det systematiska nedvärderandet som vi kan utläsa ur studien.

En av de störst konsekvenserna vi kan se utifrån den första frågeställningen är att kvinnorna inte bara står *utan* hjälp, brister i bemötandet medför även att livet för dem försämras avsevärt. Respondenterna i vår studie berättar att i slutändan är det missbruket som de vänder sig till när hjälp och vård uteblir. I förlängningen blir kvinnorna kvar och lämnade i sin utsatthet, där våldsutsatthet och missbruk fortgår och förvärras. Ytterligare en aspekt som respondenterna förmedlar är att benägenheten att söka hjälp minskar och klyftan mellan samhällets instanser och dem själva blir större.

Något särskilt vi gärna lyfter för diskussion är det resultat av studien som visar på att bemötandet blir sämre ju större problem kvinnorna har, detta minskar således sannolikheten för att fånga upp den här gruppen vid ett senare tillfälle.

Utifrån studiens resultat och analys ser vi en överhängande risk att flertalet kvinnor i behov av hjälp inte orkar utsätta sig för processen igen.

Kvinnorna i vår studie lever med erfarenhet av två stigman (minst), våldsutsatthet och missbruk. Missbruk tycks vara den dominerande faktorn men frågan är varför våldsutsattheten gång på gång blir förbisedd. Kanske är det så att det är ett ämne som är långt mer stigmatiserande då ingen riktigt vill ta i det. I vår studie svarade majoriteten av kvinnorna att de inte själva sökt aktiv hjälp för sina övergrepp till följd av våldsutsatthet trots att de enligt egen utsago varit starkt kopplade till användandet av droger. I de fall där prostitution har varit aktuellt har övergreppen helt förbisetts eller lagts på den egna individen, Ebba berättar att hon gjorde en anmälan om våldtäkt i samband med ett sexköp. Polisen som hon var i kontakt med ifrågasatte henne och menade att hon anmälde på grund av att hon inte fick tillräcklig betalning. Liknande berättelser är återkommande och det är tydligt att avhumaniseringen och de mänskliga rättigheterna fräntas kvinnorna inom alla samhällets instanser.

Det vi kan se är att stigmat gällande våldsutsatthet är en verklighet men kombinationen av våldsutsatthet och missbruk tycks legitimera att vård och hjälp uteblir helt. Brister inom den

vård som erbjuds för övergrepp upplevs övergripande och det finns endast någon enstaka hjälp att få om missbruk är inblandat. Detta minimerar möjligheterna till adekvat hjälp om en befinner sig en situation där båda delarna behöver behandlas. När det handlar om sexuella övergrepp tycks det finnas en inställning att sexuella övergrepp överlag är ett problem som bör tas om hand på ett personligt plan. För den som blir utsatt för sexuella övergrepp och samtidigt missbrukar verkar den allmänna uppfattningen vara att hon får skylla sig själv. Inget av dessa alternativ behandlar kvinnorna efter den mänskliga status de förtjänar men konsekvenserna för den som lever med dubbla stigma leder till dubbel utsatthet och dubbel diskriminering.

Utifrån studiens andra frågeställning vill vi lyfta det som framkommit särskilt ur det intersektionella perspektivet. Hur framställningen av den särskilt våldsutsatta kvinnan är villkorad och vilka risker de kvinnor som söker vård tar. Ett första intryck kan vara avgörande för att tillgodoses behandling överhuvudtaget.

Ett intersektionellt perspektiv har även hjälpt oss se kvinnors livssituation vara strukturerad i samverkan av olika maktordningar. Missbrukande våldsutsatta kvinnor missgynnas av samhället gällande sina möjligheter att få adekvat hjälp, exempelvis när de söker sjukvård och stöd för att bearbeta och ta sig ur våldsrelationer. Missbrukande kvinnor i en missgynnsam situation utsätts dessutom för våld i långt större utsträckning än normgruppen. Vi ser likheter och skillnader i situationen för våldsutsatta missbrukande respektive icke-missbrukande kvinnor. Gemensamt är kvinnors underordning, det som skiljer grupperna åt är bland annat mer specifika svårigheter och behov av hjälp som tillkommer då det föreligger allvarligt missbruk samt fler brister i bemötandet från vården. Ett exempel på det sistnämnda är hur vården antar skador från en misshandel som effekter av missbruk.

6.2 Vad behövs vidare?

I studiens början var det inte helt självklart att det var just utifrån vårdsökande som vi skulle lägga vårt fokus. Det var i kontakten med våra respondenter som vi upplevde att det var dit den här gruppen i stor utsträckning vände sig för att få hjälp i sin situation. Det blev tydligt för oss att vården fungerade som en ingång för att sedan i bästa fall skickas vidare inom det sociala arbetets domäner eller att dörren stängdes för dem. Det sociala arbetet är gränslöst och

behöver vara det då socionomer bör finnas på alla samhällets instanser. Ett problem som verkar återkommande är att personerna vi har intervjuat blir runtskickade mellan olika instanser, det har resulterat i att de har försökt lösa sina känslomässiga problem genom att vända sig till missbruk istället då adekvat hjälp uteblivit. En uppgift för socialt arbete handlar om samverkan och samarbete över gränserna så att de som söker hjälp hamnar dit där de ska. Studien påvisar den akuta situation som råder där de berörda kvinnorna hamnar mellan stolarna och utanför systemet gång på gång. Just den här specifika målgruppen vittnar om ett bemötande som i flera fall resulterat i att öka på trauman och den vårdsökandes situation snarare än att fungera som en hjälp, flera av våra respondenter tar upp att trots att de inte befinner sig i utsatthet idag är det fortfarande svårt att be om hjälp då upplevelserna av det bemötande de fått tidigare lever kvar.

Vi menar att det som sker inom hälso- och sjukvården idag är en fokuseringen på de missbrukande kvinnorna som ansvariga för sin egen underordning, vilket omöjliggör adekvat vård och osynliggör de våldsbrott de utsätts för. Detta problem behöver tas i beaktning först. Det krävs ett synliggörande, ett strukturellt maktperspektiv. Något vi inser svåråtkomligt i synnerhet för att fallen avser att insatser och stöd ska formuleras för just kvinnor. En vidare reflektion som är svår att undgå handlar om huruvida det sociala arbetet kategoriserar sina klienter utifrån önskade och oönskade, det tycks finnas en rangordning även inom det sociala arbetet. Det sociala arbetet som ska fungera som ett skyddsnät för de som är mest skyddslösa och utsatta i samhället. Om den här gruppen inte får bli sedd och värdigt bemött här, vart ska den då bli det? Problemen som kvinnorna vittnar om är av den allvarlighetsgrad att liv står på spel.

För att återgå till den tidigare forskning som vi tagit del av tycks det svårt att hävda att det råder kunskapsbrist inom fältet, något som vi tidigare nämnt våra respondenter gärna använder sig av som förklaringsmodell till det bristande bemötande de utsatts för. Det som upplevs häpnadsväckande är att den tidigare forskningen, som vi har tagit del av och i denna studie presenterat, målar upp en samstämmig bild av den kunskap som finns om kvinnornas särskilt utsatta och komplexa situation. Problemet tycks vara att kunskapen inte implementeras i praktiken. Ett behov som studien visar på handlar om självrannsakan och att våga titta på varför frågan behandlas som om kunskap om problematiken inte finns?

Vi föreslår att vidare forskning behövs och att den bör syfta till att lyfta blicken och fråga sig hur kan vi göra istället, vad fungerar och varför?

Som avslutande fråga till våra respondenter bad vi dem att drömma fritt om hur de hade önskat att hjälpen och bemötandet såg ut. Katarina svarade,

[...] asså nån som verkligen tar mig på allvar, som, ah men från början.. Det här låter konstigt men, ta mig för det offer som jag är [...] man är ju så liten när man kommer liksom in asså i så fall, då är man ju redan liten, man har redan den stora skammen, man har redan det här liksom; “om jag hade gjort, tänk om jag...” [...] liksom nån som ändå kom in och tog över, nej men, asså såhär... och bara ah, ta mig som det lilla och liksom och sen tog över och bara lät mig få vara där jag var.

Referens

ALLEA - All European Academics (2018) *Den europeiska kodexen för forskningens integritet*.

[https://www.vr.se/download/18.7f26360d16642e3af99e94/1540219023679/SW_ALLEA_Den_europeiska_kodexen_för_forskningens_integritet_digital_FINAL.pdf]. Hämtad: 2021-12-02.

Alveson, M. & Sköldberg, K. (2017) *Tolkning och reflektion vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. (3:e upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Bergers, L. P. & Luckmanns, T. (1991) *The social construction of reality*. London: Penguins.

Bryman, A. (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2: upplagan). Malmö: Liber.

Bryman, A. (2018) *Samhällsvetenskapliga metoder*. (3:e upplagan) Malmö: Liber.

Cockroft, J. D, S. M. Adams, K. Bonnet, D. Matlock, J. McMillan & D. Schlundt (2019) "A scarlet letter": Stigma and other factors affecting trust in the healthcare system for women seeking substance abusetreatment in a community setting. *Academic Journal Substance Abuse* Vol40:2, s170-177. DOI: 10.1080/08897077.2018.1544184.

Eriksson-Zetterquist, U. & Ahrne, G. (2015) Intervjuer. I: Ahrne, Göran & Svensson, Peter (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. (2:a upplagan). Malmö: Liber.

Goffman, E. (2020) *Stigma - Den stämplades roll och identitet*. (5:e upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Hydén, M. (2013) Har sociala problem ett kön? I: Meeuwisse, A. Swärd, H. (red.) *Perspektiv på sociala problem*. (2:a upplagan). Stockholm: Natur och Kultur.

Jämställdhetsmyndighetens hemsida (2019)

[<https://www.jamstalldhetsmyndigheten.se/mans-vald-mot-kvinnor/sexuella-trakasserier/metoo/berattelser-fran-metoo-uppropen/utanskyddsnet>]. Hämtad: 2021-10-25.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3:e upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Kreis, M, K. F. Gillings, K. Svanberg, J. Schwannauer (2016) Relational Pathways to Substance Misuse and Drug-Related Offending in Women: The Role of Trauma, Insecure Attachment, and Shame. *International Journal of Forensic Mental Health Vol. 15:1*, s35-47. DOI: 10.1080/14999013.2015.1134725.

Larsson, S. (2021) Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. I: Klingberg, G. & Hallberg, U. (red.) *Kvalitativa metoder helt enkelt!* Lund: Studentlitteratur.

Lind, R. (2014) *Vidga vetandet*. Lund: Studentlitteratur.

Link, B. G. & Phelan, J. C. (2001) Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology, Vol: 27*, s363-385. DOI: <https://www-jstor-org.ludwig.lub.lu.se/stable/2678626>.

Mattsson, T. (2005) *I viljan att göra det normala; en kritisk studie av genusperspektivet i missbrukarvården*. Malmö: Égalité.

Mattsson, T. (2021) *Intersektionalitet i socialt arbete*. (3:e upplagan). Malmö: Gleerups.

Mullender, A., & Hague, G. (2005) Giving a voice to women survivors of domestic violence through recognition as a service user group. *British Journal of Social Work Vol. 35:8*, s1321–1341. DOI: [10.1093/bjsw/bch230](https://doi.org/10.1093/bjsw/bch230).

Nationellt Centrum för Kvinnofrid (2021) *Missbruk och utsatthet för våld*.

[<https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/sarskild-utsatthet/missbruk-och-utsatthet-for-vald/>]. Hämtad: 2021-10-25.

Rennstam, J. & Wästerfors, D. (2011) *Att analysera kvalitativt material*. I: Ahrne, G. & Svensson, P. (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.

Reutter, L. I, M.J. Stewart, G. Veenstra, R. Love, D. Raphael & E. Makwarimba (2009) "Who do they think we are, anyway?": Perceptions of and responses to poverty stigma, *Academic Journal Qualitative Health Research Vol. 19:3*, s297-311. DOI: 10.1177/1049732308330246.

Sahlin, I. (2013) Sociala problem som verklighetskonstruktioner. I: Meeuwisse, A. Swärd, H. (red.) *Perspektiv på sociala problem*. (2:a upplagan). Stockholm: Natur och Kultur.

Sallmann, J. (2010) Living with Stigma: Women's experiences of Prostitution and Substance Use. *Journal of Women and Social Work Vol. 25:2* s, 146-159 First Published April 29, 2010 Research Article. DOI: <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/0886109910364362>.

Scheff, J. T & B. Starrin (2013) Ett emotionssociologiskt perspektiv på sociala problem: skam och utsatthet. I: Meeuwisse, A. Swärd, H. (red.) *Perspektiv på sociala problem*. (2:a upplagan). Stockholm: Natur och Kultur.

Sohlberg, P. & Sohlberg, B. (2019) *Kunskapens former: vetenskapsteori, forskningsmetod och forskningsetik*. (4:e upplagan). Stockholm: Liber.

Song, A, Wenzel, S. L, Cho, Y. (2021) Child Abuse Victimization, Depression, and Substance Use Among Homeless Women: Application of General Strain Theory. *Journal of Interpersonal Violence Vol. 36:17-18*: 8852-8873. DOI: 10.1177/0886260519853410.

Taylor, O D. (2010) Barriers to treatment for women with substance use disorders. *Journal of Human Behavior in the Social Environment Vol. 20:3*, s393-409. DOI: 10.1080/10911351003673310.

Taylor, O D. (2011) The Sexual Victimization of Women: Substance Abuse, HIV, Prostitution, and Intimate Partner Violence as Underlying Correlates. *Journal of Human Behavior in the Social Environment Vol. 21:7*, s834-848. DOI: 10.1080/10911359.2011.615682.

Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*.

[https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska_principer_VR_2002.pdf]. Hämtad 2022-01-13.

Yechezkel, R. & Ayalon, L. (2013) Social Workers' Attitudes towards Intimate Partner Abuse in Younger vs. Older Women. *Journal of Family Violence. Vol. 28:4*, s381-391. DOI: 10.1007/s10896-013-9506-0.

Bilaga 1

Intervjuguide

1. Vill du berätta lite om dig själv och din bakgrund?
2. Har du någon gång själv varit i kontakt med hjälpinsats för ditt missbruk och/eller bearbetning av sexuella övergrepp som du har utsatts för?

- Hur upplevde du det bemötande du fick?

- Hur kändes det?

(Eventuella följdfrågor: Hur såg hjälpen ut? Vad var bra? Vad var inte bra? osv.... Om svar nej: Vad beror det på?)

3. Vill du berätta om en specifik situation då du på något sätt känt dig bemött utifrån förutfattade meningar eller stigma snarare än att en sett till dig som person och dina individuella behov?

- Har du upplevt känslan av att behandlas på rutin?

- Vad tror du det kan bero på?

4. Har du erfarenhet av självstigmatisering? (= innebär att en accepterar och tar till sig omgivningens fördomar och ser dem som en sanning. Alltså, internaliserar de här negativa föreställningarna som omvärlden har).

- Om ja, hur har det tagit sig uttryck?

5. Vilka har varit de största utmaningarna för dig utifrån samhällets bemötande? (tänker utifrån hjälpsökande men även transparens och öppenhet i stort, typ att kunna gå rak i ryggen och äga den en är oavsett bakgrund).

- Har det varit viktigt att hålla detta hemligt och i så fall varför? Om inte vilka faktorer har bidragit till din öppenhet?) *Den underordnade skammens dynamik* = om personer som befinner sig längre ned i den sociala hierarkin skäms över sina egenskaper, om denna skam inte blir bearbetad eller erkänd, kan detta leda till permanent undervärdering av den egna personen. Dvs skamkänslor som inte skingras kan bidra till att befästa och reproducera ett ojämlikt samhälle.

6. Om du får beskriva med egna ord, hur upplever du att människor med liknande bakgrund som din egen behandlas av samhällets olika instanser?
7. Vad skulle du vilja förändra om du fick drömma helt fritt?
8. Övriga tillägg?

Bilaga 2

Information till respondenterna om studien och dess etiska aspekter

Syfte

Vi vill med vår studie undersöka det bemötande kvinnliga våldsutsatta missbrukare får när de söker vård. Detta då vi funnit anledning att tro våldet betraktas som en följd av missbruket och leda till att kvinnan i första hand betraktas utifrån sitt missbruk trots att missbruket kan vara en följd av att kvinnan är utsatt för våld.

Alla har rätt till likvärdig stöd och skydd från sexuella trakasserier, övergrepp och våld, oavsett livssituation. Vi vill genom intervjuer av kvinnor med erfarenheter av våldsutsatthet och missbruk undersöka erfarenheter av bemötandet. Vad de kan generera för konsekvenser och vad som eventuellt kan hindra ett tillgodosett bemötande utifrån fördomar och reproducerar föreställningar.

Förtydligande av process och genomförande

Intervjun spelas in och raderas direkt efter transkribering. Transkriberingen är dold bakom lösenordsskyddad, digital "vägg". Alla namn och platser i intervjun fingeras. Transkriberingen raderas direkt i samband med att analysarbetet är slutfört.

På dina villkor

Vi vill förtydliga att du närsomhelst har möjligheten av avbryta din medverkan i denna studie. Ni erhåller full insyn i vårt arbete under studiens gång samt erbjuds även läsa igenom arbete innan publicering om ni så önskar.

Sist men inte minst vill vi hänvisa till vår handledare, Hans Knutagård (hans.knutagard@soch.lu.se), för vidare frågor kring c-uppsatsens uppbyggnad och process.