

# MASTEROPPGAVE

Tematisering av seksuell orientering innenfor Tverrfaglig  
Spesialisert Rusbehandling.

*En kvalitativ undersøkelse om årsakene til at man bør snakke om  
pasientenes seksuelle orientering og hvordan man kan bringe  
temaet på banen.*

Nina Bråthen Goa

*Dato: 29.04.22*

*Masterstudium i psykososialt arbeid- helse- og sosialfaglig yrkespraksis*

*Fakultet for helse, velferd og organisasjon*





## Sammendrag

Psykososialt arbeid er et fagområde som tar utgangspunkt at de enkelte delene i en persons liv henger sammen og påvirker hverandre. Man må ta utgangspunkt i alle enkeltdelene for å forstå hvordan dette blir en helhet for individet. Denne oppgaven ser på hvordan seksuell orientering, kan være en slik enkelt del, som man bør ta hensyn til når man skal hjelpe personer, som har utviklet en avhengighet til rusmidler. Dette er undersøkt ut fra problemstillingen: «*Seksuell orientering bør være tema i rusbehandling, men hvordan kan vi legge til rette for at det skal bli tematisert?*». For å finne ut av dette har jeg benyttet forskningsspørsmål som ser på hvilke erfaringer ansatte og tidligere pasienter har i forhold til om temaet tas opp, om dagens praksis kan forklares gjennom heteronormativitet og hvordan vi kan tematisere seksuell orientering på en måte som dekker pasientenes ønsker og behov.

Med utgangspunkt i den biopsykososiale modellen har jeg visst hvordan man kan forstå hvordan de ulike faktorene henger sammen, og påvirker menneskers livskvalitet. Den heteroseksuelle matrisen til Judith Butler, er benyttet for å vise hvordan man med utgangspunkt i det heterofile har definert hva som er normalt. Den danner et grunnlag for å forstå de ulike utfordringene, personer som bryter med de heterofile normene, kan møte.

Identitetsutvikling påvirkes av sosiale faktorer. Dette blir belyst gjennom Goffman sine teorier om stigma og roller, Foucault sitt syn på makt og Douglas sin beskrivelse av tabu.

Innsamling av data er gjennomført ved å studere tidligere forskning og gjennom intervjuer med ansatte innenfor Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling (TSB) og personer med ikke-heterofil seksuell orientering som tidligere har mottatt behandling for rusmiddelavhengighet.

Informantene blant tidligere pasienter forteller at de gjennom sin behandling opplevde at seksuell orientering ikke ble tematisert fra de ansattes side. Da de selv tok opp temaet, ble det heller ikke videre tematisert. Informantene blant ansatte har en positiv holdning til å ta opp temaet seksuell orientering, men det er avhengig av den enkelte ansattes oppmerksomhet rundt temaet om det blir tatt opp. Positiv holdning viser seg å ikke være tilstrekkelig for å sikre tematisering av seksuell orientering.

Tidligere pasienter ønsker at seksuell orientering skal tas opp, fordi det er en viktig del av livet og henger sammen med egen identitet. Samtidig mener de det bør være den ansattes ansvar å tematisere pasientens seksuelle orientering, og det bør gjøres på generell basis. Undersøkelsen viser at det er usikkert hvordan en tematisering kan sikres, men en standardisering i en eller annen form kan være nødvendig.

Det er behov for økt kompetanse rundt seksuell orientering i TSB, særlig i forhold til hvordan dette henger sammen med identitet og hvordan samfunnets holdninger, normer, reaksjoner og verdier påvirker personer med ikke-heterofil orientering.

## Summary

Psychosocial work is a field that sees the individual parts of an individual's life as connected and working together. You need to see the individual parts of the person to understand how this becomes the whole individual. This assignment looks at how sexual orientation can be one such part that needs to be considered to help people that have developed an addiction to drugs. This has been investigated from the topic: "*Sexual orientation should be a theme within treatment of drug addiction, but how do we facilitate for this to become a topic?*". To investigate this, I have used topic questions that look at the experiences of staff and former patients regarding if the topic is mentioned, if today's practice can be explained through a heteronormative lens and how we can thematize sexual orientation in a way that covers the needs and wishes of the patients.

With a base in the biopsychosocial model, I have shown how one can understand how the different factors are connected and affect humans' quality of life. Judith Butler's heterosexual matrix is used to show how the norm has been defined through the basis of heterosexuality. It forms a basis to understand the different challenges people that break the heterosexual norms can face.

The development of identity is affected by social factors. This is highlighted through Goffman's theories regarding stigma and roles, Foucault's view on power and Douglas' descriptions of the taboo.

Data collection has been done by studying earlier research and through interviews with staff within Interdisciplinary Specialized Substance Abuse Treatment (Norwegian: Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling (TSB)) and persons with a non-heterosexual orientation that has received treatment for drug addiction in the past.

The informants among the earlier patients say that they experienced that through their treatment, sexual orientation was not considered a topic among staff. When they themselves mentioned the topic, it was not followed up. The informants among staff have a positive view towards the topic of sexual orientation, but this relies on the individual member of staff bringing attention to the topic. A positive attitude shows to not be enough to ensure thematization of sexual orientation.

Former patients wish for sexual orientation to be discussed, since it is an important part of their life that closely connects to their own identity. At the same time, they're of the opinion that it's the responsibility of the staff to thematize patients' sexual orientation, and that it should be done on a general basis. This survey shows uncertainty regarding how the thematization can be enforced, but that a standardization in one form or the other can be necessary.

There's a need for competence surrounding sexual orientation within TSB, especially regarding how this connects to identity and how societal attitudes, norms, reactions and values affect people with a non-heterosexual orientation.

## Forord

Denne oppgaven har vært spennende, lærerik, utfordrende og frustrerende å skrive. Jeg har lært utrolig mye og føler jeg har utviklet min forståelseshorisont underveis.

Som heteroseksuell dame som underveis i studiet ble 50 år, har jeg oppdaget et univers med uendeligheter av temaer å undersøke. Jeg har virkelig blitt utfordret på å forstå seksuell orientering på nye måter og også betydningen av å være en minoritet. Jeg har aldri vært så bevisst på min majoritetstilhørighet som jeg er nå, og det å av og til kjenne at jeg er flau på majoritetens vegne, tror jeg kan være nyttig.

Selv om jeg i denne oppgaven ikke har gått inn og sett på kjønn og kjønnsidentitet, har dette temaet hele veien ligget i utkanten og banket på, men det ble dessverre for stort til at det var plass for det i denne oppgaven. Likevel opplever jeg at arbeidet med denne oppgaven også har gjort meg klokere i forhold til denne debatten.

Det å studere på deltid, ved siden av jobb, er noe jeg kan anbefale. Det er utrolig gøy å få prøve ut det nye man lærer, samtidig som man kan se på egen praksis på nye måter. Dette studiet har vært tverrfaglig, noe som har gjort at jeg i tillegg har lært mye om andres hverdag. Samtalene i lunsjen og i pausene har bidratt til at jeg har fått utvidet min forståelse og kanskje fått et bedre grunnlag til å forstå bakgrunnen for at de ulike teoriene vi har vært innom, er viktige.

Jeg opplever at jeg har blitt klokere i løpet av de snart 4 årene jeg har holdt på med dette studiet, og håper jeg kan bidra til å tilføre kunnskap på et område som jeg tenker det er viktig å lære mer om.

En stor takk til familie, medstudenter, forelesere og veileder Anna Lydia Svalastog, som har holdt ut med meg, og hjulpet meg frem til ferdig resultat.

Porsgrunn, april 2022

Nina Bråthen Goa

# Innholdsfortegnelse:

<b>Sammendrag</b> .....	<b>3</b>
<b>Summary</b> .....	<b>4</b>
<b>Forord</b> .....	<b>6</b>
<b>Innholdsfortegnelse:</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Introduksjon</b> .....	<b>11</b>
Oppgavens oppbygning .....	11
1.1 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling .....	12
1.2 Hvorfor er dette samfunnsnyttig å forske på.....	13
Skeiv historie.....	13
Kombinasjonen av misbruk av rusmidler og seksuell orientering .....	14
Behandlingsretningslinjen i TSB.....	15
1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	16
1.4 Begrepsavklaring .....	16
<b>2. Tidligere forskning</b> .....	<b>17</b>
2.1 Hvilke utfordringer kan ikke-heterofile personer bli utsatt for, fra samfunnets side? .....	18
2.1.1 Minoritetsstress:.....	18
2.1.2 Hatefulle ytringer.....	19
2.1.3 Diskriminering .....	20
2.1.4 Internalisert homofobi og skam .....	20
2.1.5 Klasseskille .....	20
2.1.6 Åpenhet, det å komme ut .....	21
2.1.7 Helseperspektivet.....	22
2.2 Har pasientene behov og ønske om å snakke om seksuell orientering?.....	23
2.3 Hvordan kan det å ta opp seksuell orientering påvirke behandlingen?.....	23
2.4 Vil det å ta opp ikke-heterofil orientering føre til inkludering eller stigmatisering? .....	24
2.5 Sammenheng mellom seksuell orientering og misbruk av rusmidler .....	25
2.6 Hvordan behandler rusfeltet ikke-heterofile pasienter i dag? .....	26
2.7 Standardisert kartlegging .....	27

<b>3. Teori.....</b>	<b>28</b>
3.1 Psykososialt arbeid.....	28
Den biopsykososiale modellen.....	29
Ikke-heterofile som en del av verden .....	30
3.2 Utvikling av avhengighet.....	30
3.3 Identitet.....	31
3.3.1 Utvikling av ikke-heterofil identitet .....	32
3.4 Heteronormativitet og den heteroseksuelle matrisen .....	33
3.5 Feministisk teori.....	35
3.6 Roller.....	35
3.7 Stereotypier .....	36
3.8 Stigma .....	37
3.9 Grupper/klassifikasjoner .....	37
3.10 Tabu .....	38
3.11 Normer og sosial kontroll .....	39
3.12 Beskyttelse og økt livsmestring .....	39
3.13 Standardiserte behandlingsforløp og uregjerlige problemer .....	40
Standardisering av TSB.....	41
3.14 Det profesjonelle ansvaret og makt.....	42
3.15 Ethiske utfordringer .....	43
<b>4. Vitenskapsteori og metode.....</b>	<b>44</b>
4.1 Hermeneutisk teori.....	44
4.2 Design og metode.....	45
4.2.1 Valg av informanter.....	46
4.2.2 Rekruttering og utvalg .....	46
Rekruttering av tidligere pasienter .....	47
Rekruttering av ansatte.....	48
Utvalgets størrelse .....	48
Informasjon om informantene .....	48



4.2.6 Data innsamling .....	49
Intervjuguide .....	50
Intervjusituasjonen .....	50
4.3 Behandling av data.....	51
Transkribering .....	51
Tematisk analyse .....	52
Forskningens pålitelighet og gyldighet. ....	53
4.4 Etske refleksjoner.....	53
Min rolle som forsker .....	54
<b>5. Analyse .....</b>	<b>55</b>
5.1 Holdninger, tabu og makt.....	55
5.1.1 Holdninger .....	55
Heteronormativitet.....	57
Anerkjennelse.....	58
5.1.2 Tabu.....	59
5.1.3 Makt.....	61
Behandlers ansvar .....	62
5.1.4 Sammendrag .....	65
5.2 Kompetanse.....	65
Hva forventer pasientene? .....	65
Ansattes kompetansebehov .....	66
Manglede kompetansebehov .....	67
Økt kompetanse hjelper.....	68
5.2.1 Sammendrag .....	69
5.3 Utgangspunkt for å avdekke seksuell orientering .....	70
Seksuell helse .....	70
Familiesituasjonen.....	72
Observasjoner.....	72
Identitet.....	73

5.3.1 Sammendrag .....	74
5.4 Kartlegging.....	75
Pasientene er positive .....	75
Ansatte kvier seg .....	76
Standardisering gjør det lettere, men ivaretagelse er viktig .....	76
Pasientene blir grenseløse .....	78
Ikke noe enkelt svar.....	79
5.4.1 Sammendrag .....	80
5.5 Rusmiddelavhengighet og seksuell orientering .....	80
Rusens funksjon .....	80
Sammenhengen mellom rusavhengighet og ikke-seksuell orientering .....	81
Pasienten som en del av samfunnet.....	82
Ikke-heterofile i rusmiljøet.....	83
5.5.1 Sammendrag .....	85
<b>6. Oppsummering og konklusjon .....</b>	<b>85</b>
6.1 Konklusjon.....	89
6.2 Tanker om videre forskning.....	91
<b>Litteraturliste: .....</b>	<b>92</b>
Vedlegg I.....	101
Vedlegg II .....	104
Vedlegg III.....	105
Vedlegg IV.....	106
Vedlegg V .....	108

# 1. Introduksjon

Denne masteroppgaven er skrevet innenfor studiet «Masterstudium i psykososialt arbeid – helse- og sosialfaglig yrkespraksis» ved Høgskolen i Østfold, avdeling Fredrikstad. Studiet er et tverrfaglig deltidsstudium, over 4 år. Jeg har grunnutdanning som sosionom og erfaring fra ulike områder innenfor sosialt arbeid. De siste 10 årene gjennom ulike roller innenfor Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling (TSB).

Psykososialt arbeid dreier seg om å forstå de prosessene som foregår i individet og mellom individet og samfunnet og hvordan vi kan legge til rette både på individuelt, gruppe og samfunnsmessig nivå for at enkeltpersoner skal få en best mulig funksjon. Målet er å finne det som er relevant i den enkeltes situasjon og så bruke denne kunnskapen til å hjelpe personen til bedre helse og livssituasjon. (Svalastog, Jahren Kristoffersen og Strømme Lile, 2019)

Hovedtemaet for denne oppgaven er «Seksuell orientering innenfor Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling». Valget av tema kommer fra en opplevelse av at det er for lite snakk om seksualitet i rusbehandling. Seksualitet er et for omfattende tema for en oppgave av denne størrelsen. Studiet har hatt minoriteter og deres rolle i samfunnet som et tema i undervisningen. Ikke-heterofile er definert som en seksuell minoritet, (Prell, 2017, s. 3), og det er en gruppe av pasientene innen TSB, jeg mener det er viktig å utvide kunnskapen om.

Seksuell orientering er et tema som har fått mer og mer oppmerksomhet, særlig gjennom media, de senere årene. Likevel mener jeg det er plass til min oppgave, og at jeg berører et område der det er behov for mer kunnskap. Mitt ønske er å finne innsikt som kan bidra til å øke forståelsen av at det er viktig og riktig å ta hensyn til seksuell orientering i rusbehandling.

## *Oppgavens oppbygning*

I kapittel presenteres bakgrunn for oppgaven og problemstillingen. Kapittel 2 presenterer tidligere forskning, som gir et kunnskapsgrunnlag for å sette oppgavens tema inn i en kontekst. I kapittel 3 blir det presentert ulike forståelse og teori som gir et nyttig kunnskapsgrunnlag for analysen.

Metodekapittelet kommer som nummer fire, og er en gjennomgang av metoden som er benyttet, og hvordan forskningen faktisk er gjennomført. Kapittel 5 er analysekapittelet. Her gjennomgås fem tema, som har kommet frem gjennom en tematisk analyse, som belyser problemstillingen. Oppgaven avsluttes i kapittel 6, med oppsummering i forhold til forskningsspørsmålene, en konklusjon av hva som har kommet frem og forslag til tema som kan være interessante for videre forskning.

## 1.1 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Denne oppgaven er skrevet med utgangspunkt i behandling innenfor Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Den ser på pasienter som mottar døgnbehandling eller poliklinisk behandling og personalet som jobber der.

For å motta behandling innenfor TSB må man være tildelt pasientrettigheter etter Spesialisthelsetjenesteloven (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001, § 2-1a, punkt 5) og pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient og brukerrettighetsloven, 2001, § 2-1b, andre ledd). Dette innebærer at pasientene som mottar behandling innenfor TSB må henvises, og det gjøres en vurdering om man oppfyller kriteriene for å motta helsehjelpen. Det er dermed avklart at pasientene har et problematisk forhold til rusmidler, som krever behandling innenfor spesialisthelsetjenesten, ved oppstart av behandlingen.

Behandling innenfor TSB er tverrfaglig. For at behandlingen skal regnes som tverrfaglig kreves det at avgjørelser og behandlingstilbud er dannet på bakgrunn av medisinskfaglige, psykologfaglige og sosialfaglige vurderinger. (Helsedirektoratet, 2016, s. 105) Behandlingen, i for eksempel en døgnavdeling, handler ikke kun om det som foregår i terapirommet, men omhandler kartlegging, samhandling med andre pasienter, struktur, aktiviteter, miljøterapeutisk arbeid osv.

Rusbehandling innenfor TSB skal være helhetlig og man skal utarbeide en behandlingsplan basert på den kunnskapen man har. Helhetlig behandling innebærer:

*«En helhetlig tilnærming baseres på kartlegging av ulike relevante områder som danner grunnlaget for videre utredning og behandlingsprosess ... Pasientens hjelpebehov og endringsmuligheter vurderes ut fra faktorer hos pasienten, i hjelpeapparat, arbeidsliv, skole, nærmiljø, familie og øvrige sosiale nettverk. Hos mange pasienter er det en betydningsfull sammenheng mellom deres rusmiddelproblematikk og andre lidelser og belastninger i livet. Derfor bør det sjekkes ut om pasienten har andre behandlingstrengende problemer og i så tilfelle om disse kan påvirke behandlingen av rusmiddelproblemene. (Helsedirektoratet, 2016, s 25)*

Med dette som bakgrunn mener jeg de statlige føringene overfor TSB legger opp til at man skal ha en psykososial tilnærming til arbeidet med behandling av rusmiddelproblematikk.

## 1.2 Hvorfor er dette samfunnsnyttig å forske på

### *Skeiv historie*

Helt fra år 1000 evt. kan man finne omtale av samfunnets håndtering av ikke-heterofile personer, som regel homofile menn. Det var lenge forbudt, men det var liten straffeforfølgning, og man tror det har med at man ikke ønsket å vie det oppmerksomhet. En eventuell straffeforfølgning ville gjøre at andre kunne bli oppmerksom på aktiviteten og fristet til å utføre homofile seksuelle aktiviteter. Man var mest opptatt av sex mellom menn og selve penetreringen, dermed ble ikke kvinner rammet på samme måte. (Johansen, 2019, kap. 7)

Etter hvert konkluderte man med at det var et medisinsk problem som lå bak homofilien og man fant etter hvert årsaksforklaringen i psykiatrien. I og med at det var definert som et medisinsk problem så kunne man sette inn ulike behandlingsmetoder, ofte drastiske tiltak. (Ibid, kap. 7)

I 1950 ble Det Norske Forbund av 1948 (DNF -48) dannet og kampen for de homofiles rettigheter startet. Det var imidlertid et problem at alle medlemmene måtte være anonyme, da det var straffbart å være homofil, kampen ble dermed vanskelig å gjennomføre. I 1966 ble Kim Friele valgt til formann og hun startet det offentlige arbeidet med å kjempe for homofiles rettigheter. Hun kunne gjøre det fordi hun var kvinne og sex mellom kvinner ikke var omfattet av loven. (Johansen, 2019, kap. 5)

I 1972 ble § 213 i straffeloven, den såkalte homoparagrafen, opphevet, i 1977 ble homofili som psykiatrisk diagnose fjernet og 1979 tok forsvaret avstand fra regler som hindret homofile å gjennomføre førstegangstjeneste og gjøre karriere som yrkesmilitær. (Ibid, kap. 7) Siden 1990 har det gradvis skjedd en likestilling bl.a. gjennom partnerskapsloven i 1993, åpningen for likekjønnet ekteskap og mulighet for adopsjon i 2008. (Ibid, kap. 6). Det har vært en vanskelig vei preget av mange ulike konflikter, og ikke-heterofile er fremdeles ikke likestilt med heterofile. (Ibid).

21. april 2022 heiste kultur- og likestillingsminister Anette Trettebergstuen regnbueflagget på Eidsvollbygningen for å markere at det er 50 år siden § 213 i straffeloven ble opphevet. Trettebergstuen uttalte at det å elske den man vil, for henne er en politisk kamp (NRK 2022). Den 20. april beklaget statsminister Jonas Gahr Støre, på vegne av regjeringen, at Norge har straffet homofile (Gahr Støre, 2022). At temaet fremdeles er konfliktfylt kan vi se ved at Krf-politiker Truls Olufsen-Mehus den 22. april skrev et innlegg der han beskriver heisingen av regnbueflagget som splittende. (Olufsen-Mehus, 2022).

I 1947 ble det gjennomført en holdningsundersøkelse i Norge. Den viste at det var vanlig å se på homoseksualitet som en alvorlig forbrytelse og at politi, kirke og presse var aktivt med på å formidle disse holdningene. Man var også opptatt av at homofili var noe smittsomt som man måtte beskyttes mot. (Johansen, 2019, s. 209). En levekårsundersøkelse i 1999 viste at levekårs- og helseutfordringer som misbruk av rusmidler og selvmord var langt hyppigere blant LHBTIQ-befolkningen, blant annet

på grunn av diskriminering og negative holdninger i befolkningen generelt. På bakgrunn av disse funnene ble det satt inn tiltak for å bedre situasjonen og det har siden skjedd en gradvis forbedring. (Ibid, kap. 7)

Levekårsundersøkelsen i 2019 viser at dobbelt så mange ikke-heterofile er utsatt for diskriminering og ekskludering enn i befolkningen ellers. 1 av 4 LHBTIQ-personer opplever å bli utsatt for hets. En språksosiologisk undersøkelse i 2019 viser at «homo» fremdeles var det mest brukte skjellsordet. (Johansen, 2019, kap. 7) LHBT-personer føler seg mer utrygge etter å ha blitt utsatt for hatefulle ytringer enn befolkningen ellers. Man antar at dette er fordi ytringene de blir utsatt for er mer alvorlige og personlige. (Fladmoe, Nadim og Birkvad, 2019, s. 77)

Det er ikke noe som tyder på at seksuell orientering i seg selv er årsaken til den reduserte livskvaliteten. Det er omgivelsenes påvirkning som skaper de største utfordringene for enkeltpersonene. (Selle, 2007, s. 18)

I 2000 ble «skeiv» innført som et nytt uttrykk for å beskrive LHBTIQ personer. Målet var å få en beskrivelse som inkluderer alle og som ikke er opptatt av å sette personer i bås. På denne måten håpet man å fjerne noe av stigmatiseringen. Man var også opptatt av å fjerne behovet for rettigheter knyttet opp mot seksuell orientering og kjønnsuttrykk, med utgangspunkt i at alle skal være beskyttet av de samme lovene uavhengig av om man er det ene eller det andre. Det har også kommet kritikk mot elendighetsbeskrivelsene som kommer gjennom levekårsundersøkelsene, man ønsker ikke bare fokus på det som er negativt. I sum så har den skeive bevegelsen et ønske om et samfunn som inkluderer ulikhet og mangfold og som ikke fokuserer på at alle skal inn i det normale vinduet, som for mange kan oppleves som trangt. (Johansen, 2019, kap 7)

### ***Kombinasjonen av misbruk av rusmidler og seksuell orientering***

Oppgaven skal handle om personer med et problematisk forhold til rusmidler med en ikke-heterofil orientering. Hvor mange dette dreier seg om er vanskelig å si, men Statistisk sentralbyrå (SSB) anslår at ca 7 % av befolkningen er skeive. (Hamre Gran, 2021)

I SSB sin livskvalitetsundersøkelse fra 2020, skårer gruppen ikke-heterofile signifikant dårligere på alle indikatorer som måler livskvalitet, inkludert et høyere inntak av rusmidler, enn resten av befolkningen (Strand Støren, Rønning og Hamre Gran, 2020, s. 42) Man kan på bakgrunn av dette forvente at en andel av pasientene innenfor TSB, har en ikke-heterofil orientering.

### ***Behandlingsretningslinjen i TSB***

I regjeringens handlingsplan «Bedre livskvalitet for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner» for perioden 2009-2012, handler kapittel 11 om, likeverdige og gode helse- og omsorgstjenester. Noe av det som kommer frem er at homofile ikke søker helsehjelp når de har behov for det eller informerer som seksuell orientering overfor helsepersonell, selv om dette hadde vært relevante opplysninger. Disse utfordringene begrunnes i at helsevesenet ikke er tilrettelagt på en måte som gjør det trygt, for pasientene, å ta opp seksuell orientering som tema. Man begrunner dette med at helsevesenet er grunnleggende heteronormativt (se definisjon, kap. 3.4). Dette gjelder også for rusfeltet. Man ønsker en generell bevisstgjøring av helsevesenet i forhold til ikke-heterofile pasienter. (Barne- og Likestillingsdepartementet, 2008, kap. 11)

I behandlingsretningslinjen for TSB, har man lagt inn denne anbefalingen:

#### ***«Tematisering av seksuell orientering i rusbehandling***

*Behandlingen bør tematisere en mulig sammenheng mellom seksuell orientering og rusmiddelproblematikk.*

#### ***Begrunnelse, sammendrag***

*I behandlingssituasjoner generelt vil antatt heteroseksuell orientering hos pasienten ofte bli tatt som en selvfølge. Mange vil derfor ofte unnlate å være åpne om sin seksuelle orientering. Det foreslås at behandleren tematiserer pasientens seksuelle orientering.*

*Undersøkelser og klinisk erfaring fra behandling av homofile og lesbiske med rusmiddelproblemer tyder på at behandleren bør invitere pasienten til å tematisere sin seksuelle orientering. Tematisering av seksuell identitet og seksuell praksis muliggjør fokus på sammenhenger mellom rusmiddelproblemer, somatiske og psykiske problemer og tilhørighet. Dette har vist seg å ha god terapeutisk effekt.*

*Anerkjennelse av pasientens seksuelle legning vil ofte bidra til en trygg terapeutisk relasjon. Behandleren må kunne være en kvalifisert samtalepart dersom pasientens vansker kan knyttes til seksuell orientering.» (Helsedirektoratet, 2016, s. 94)*

Summen av dette gjør det samfunnsnyttig å forske på hvordan man tematiserer seksuell orientering i dag og hvordan man kan videreutvikle dette fremover.

### 1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Beskrivelsen av helhetlig behandling i kap. 1.1, viser til at man må kartlegge før man lager en plan for behandlingen. Formålet med denne oppgaven er å se på hvordan tematisering av seksuell orientering kan danne et grunnlag for den videre behandlingen av rusmiddelavhengighet.

Jeg har laget følgende problemstilling.

*«Seksuell orientering bør være tema i rusbehandling, men hvordan kan vi legge til rette for at det skal bli tematisert?»*

- 1. Hvordan tas seksuell orientering opp i dag, og hvilke erfaringer og refleksjoner har tidligere pasienter og ansatte om denne praksisen?*
- 2. På hvilken måte kan heteronormativitet være et perspektiv som bidrar til å forklare dagens praksis?*
- 3. Hvordan kan man sikre at seksuell orientering er et tema som blir inkludert og integrert i praksis, på en måte som samsvarer med pasientenes ønsker og behov?*

### 1.4 Begrepsavklaring

Oppgaven handler om behandling av rusmiddelavhengighet innenfor Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling (TSB). Dette innebærer all form for interaksjon som er rettet inn mot å få kontroll over inntak av rusmidler, som i dette tilfellet foregår i spesialisthelsetjenesten.

Mine informanter fra TSB, er det personer med ulike roller og stillingsbeskrivelser. Jeg har av den grunn valgt å bruke begrepet «**ansatt**» som benevnelse på dem.

Videre har jeg en gruppe informanter bestående av ikke-heterofile personer som tidligere har mottatt rusbehandling, innenfor TSB. Personer som er innlagt i TSB, har, som vist tidligere, pasientrettigheter og blir av de fleste i dag omtalt som pasienter. Jeg velger derfor å kalle mine informanter for «**tidligere pasienter**», uavhengig av hva de ble omtalt som da de mottok behandling,

Da jeg søkte etter informanter som tidligere har mottatt rusbehandling, søkte jeg etter personer med annen seksuell orientering enn heterofil. Jeg valgte «**seksuell orientering**» som begrep etter å ha lest både på Barne- ungdoms- og familiedirektoratets sider (Bufdir 2021) og sidene til Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold (Foreningen fri, 2021). Begge steder omtales seksuell orientering som et begrep som rommer mer enn seksuell legning. Seksuell orientering definerer hvem du forelsker deg i, ikke hvem du har sex med.

Før jeg sendte ut forespørsel om informanter var jeg også i kontakt med en representant for skeiv rus, som anbefalte å benytte betegnelsen «normbrytende seksuell orientering». Foreningen fri sier noe av



det samme: «*Personer som bryter med normer for kjønn og seksualitet. Dette er den mest presise og minst ekskluderende betegnelsen man kan bruke for å omtale denne gruppen.*» (Foreningen fri, 2021)

I samtaler med medstudenter møtte dette begrepet mye motstand, da man assosierte begrepet med at det var noe negativt. Jeg tenker mine medstudenter er representative for det fagfeltet oppgaven retter seg mot. Siden begrepet møtte motstand og viste seg å kreve forholdsvis mye forklaring for at det skulle oppfattes korrekt, har jeg valgt å ikke benytte dette som hovedbegrep i oppgaven.

Jeg har valgt å benytte begrepet «**ikke-heterofil**», fordi det inkluderer alle som ikke har en heterofil orientering, eller for å si det på en annen måte, det ekskluderer alle heterofile.

Gjennom oppgaven vil bruken av begrepene variere noe, fordi jeg henter informasjon fra ulike kilder, som benytter andre begreper. Så langt det er mulig vil jeg være tro mot begrepet «ikke-heterofil.»

## 2. Tidligere forskning

Jeg har tatt utgangspunkt i norsk forskning, dette har jeg gjort fordi samfunnets holdninger og reaksjoner overfor ikke-heterofile personer er ulike fra land til land, behandlingen av rusmiddelavhengighet er også ulikt organisert. Likevel har jeg benyttet noe forskning fra andre land for å få et videre perspektiv. Jeg vil i denne delen presentere noe av den forskningen jeg mener er relevant for denne oppgaven. Flere av undersøkelsene, jeg har benyttet, oppsummerer funn fra andre undersøkelser. Jeg har ikke gått til alle primærkildene.

For å finne relevant forskning har jeg benyttet flere kanaler. Jeg har

- Søkt i Oria, Google Scholar og Google
- Leid en bibliotekar ved høgskolen i Fredrikstad. Sammen søkte vi på bibliotekets søkemotorer Vi benyttet ulike søkeord som: seksuell orientering, seksuell legning, homofili, lesbisk, rus, rusbehandling, behandling av rusmidler m.m. både på norsk og engelsk. Vi gjennomførte også kryssøk ved å kombinere de ulike søkeordene på ulike måter. Dette var en veldig nyttig tjeneste og ga meg mye lærdom og innspill for videre søk.
- Kontaktet Fagrådet innen rusbehandling i Norge, Foreningen Fri, Skeiv ungdom og Skeiv rus for å høre om de hadde tilgang til eller visste om forskning som kunne være til nytte for min oppgave
- Kontaktet skeivt arkiv i Bergen
- Benyttet meg av litteraturlister i forskning, artikler og bøker, for å få tips til videre lesning.

## 2.1 Hvilke utfordringer kan ikke-heterofile personer bli utsatt for, fra samfunnets side?

I starten ble det mye lesning og mye informasjon om negative konsekvenser av samfunnets håndtering av ikke-heterofile personer. Overordnet var det likevel at de fleste undersøkelsene jeg fant viste at de fleste ikke-heterofile har en god helse og lever godt med sin identitet som ikke-heterofil (Anderssen m.fl. 2021, s. 13-19). Denne oppgaven dreier seg imidlertid om det mindretallet som har utviklet en rusmiddelavhengighet, og som kan ha opplevd sin ikke-heterofile orientering som en belastning.

Jeg vil i kapittel 2.1 se på forskning som viser årsaker til at det viktig å tematisere seksuell orientering.

### 2.1.1 Minoritetsstress:

*«Minoritetsstress er den tilleggsbelastningen man kan bli utsatt for som minoritet. Det kan handle om å oppleve negative reaksjoner, eller frykte at de oppstår, men også skam og vonde følelser knyttet til hvordan man ser på sin egen identitet som minoritet.»* (Norsk digital læringsarena, 2022)

Prell fant i sin masteroppgave at det var en høyere grad av rapportert uhelse blant bifile kvinner enn blant lesbiske. For bifile kvinner var det stress knyttet opp til det å legge skjul på sin orientering som var hovedgrunnen til stresset. Hun fant at for bifile kvinner var det å falle utenfor den «binære modellen» (det at man har orientering mot ett kjønn) en faktor som kunne føre til at man falt utenfor ikke bare i fht heterofile, men også i fht homofile og lesbiske, som kunne vise liten toleranse for denne andreledesheten. Det å komme ut kunne derfor fremstå som en større stressfaktor enn for lesbiske kvinner.. (Prell, 2017)

En undersøkelse fra 2019 viser til at det å bli utsatt for gjentatte negative opplevelser, selv om hver opplevelse ikke er så alvorlig, kan oppleves som en stor påkjenning over tid og føre til en økt sårbarhet, som en konsekvens av minoritetsstress. Summen av små hendelser kan være like alvorlige for individet, som det å bli utsatt for få alvorlige hendelser. (Fladmoe, Nadim og Birkvad, 2019, s. 78)

I 2019 kom rapporten «Skeive livsløp». Denne undersøkelsen tar for seg personer som har sammensatte identiteter og viser hvordan det å tilhøre flere minoriteter kan føre til en ekstra belastning, slik som minoritetsstress. De viser til at det å tilhøre ulike minoriteter kan være en styrke og en belastning. Noen opplever å finne et fellesskap innenfor minoriteten de har i tillegg til seksuell orientering, mens i andre tilfeller kan kombinasjonen av minoritetstilhørighet føre til økt marginalisering. (Eggebø, Stubberud og Anderssen, 2019, s. 54)

I undersøkelsen «Skeive livsløp» har man ikke sett på tilhørighet til rusmiljøet, men det å tilhøre et rusmiljø kan oppleves som en minoritetstilhørighet. Paul Hjelmervik har skrevet en mastergrad om «Opplevelsen av sosial eksklusjon blant rusavhengige i Stavanger». Han sier

*«Rusmiljøet er en kultur som lever parallelt med vår kultur. Den har sin egen økonomi, sitt eget sosiale system, og er en kultur som har lite til felles med den virkeligheten som vi andre lever i. En blir i dette systemet bærere av en slags ruskulturell grunnstil, som definerer en bort fra samfunnet og ut i eksklusjon.» (Hjelmervik, 2011, s. 30)*

Ut ifra dette kan man tenke at tilhørigheten til rusmiljøet kan føre en ikke-heterofil person ut i en ytterligere marginalisering i fht flertallet i samfunnet, og opplevelsen av minoritetstilhørighet kan kunne bli større. Dermed også opplevelsen av minoritetsstress. Dette stemmer med det Ester Seland fant i sin masteroppgave. Hun viser til at rusmiljøet er heteronormativt og at informantene beskriver en følelse av anderledeshet og et behov for å passe inn som igjen skaper stress. (Seland, 2018, s. 68)

### **2.1.2 Hatefulle ytringer**

I 2016 kom det en rapport om bruken av seksuell trakassering blant elever i ungdomsskolen og videregående skole. Norske elever som definerer seg som ikke-heterofil rapporterer om mer seksuell trakassering generelt, og homofobisk trakassering og mobbing spesielt, enn det de heterofile elevene gjør. Blant seksuelle minoriteter er det også rapportert at man benytter seksuell trakassering overfor hverandre, særlig homofobiske utsagn. (Bendixen, Ottesen Kennair og Grøntvedt, 2016, kap. 6.2) Når det gjelder konsekvenser av å bli utsatt for seksuell trakassering nevnes selvskading, depresjon og angst (Bendixen, Ottesen Kennair og Grøntvedt, 2016, kap. 6.3)

En rapport fra 2019 viser at det er dobbelt så vanlig for LHBT-personer å bli utsatt for hatefulle ytringer og tre ganger så vanlig å bli utsatt for konkrete trusler, som det er for befolkningen ellers. Personer som tilhører minoritetsgrupper, blir oftere utsatt for hatytringer rettet mot gruppekjennetegn. Det kan se ut som om det å motta hatytringer får mer alvorlige konsekvenser for LHBT-personer. De uttrykker i større grad at de føler seg utrygge og får emosjonelle reaksjoner på ytringene. Dette kan tyde på at det de blir utsatt for har alvorlig karakter og rammer personlig. Flere, enn i befolkningen ellers, oppgir at hatefulle ytringer har medført at de er mer forsiktige med hva de sier i det offentlige rom. Det de har blitt utsatt for har ført til en adferdsendring (Fladmoe, Nadim og Birkvad, 2019, s. 76).

Amundsen viser i en artikkel til en tysk/nederlandsk undersøkelse fra 2018 (Petrou og Lemke, 2018) som viser at personer som lever i homo-tolerante land, kan få livskvaliteten sin mer redusert av hatefulle ytringer enn personer som lever i land der man er negative til homofile. Noe av forklaringen kan være at man ikke forventer denne negativiteten, og dermed ikke er forberedt på den. Lever man derimot i et land der det forekommer mye negativitet mot homofile, er man mer forberedt og blir kanskje ikke like skuffet. (Amundsen, 2018)

### **2.1.3 Diskriminering**

Undersøkelsen om seksuell orientering, kjønnsmangfold og levekår fra 2020 viser at store deler av utvalget deres rapporterte om opplevelse av diskriminering i dagliglivet, på grunn av seksuell orientering. Bifile opplever seg mest diskriminert. (Anderssen, Eggebø, Stubberud og Holmelid, 2021, s. 75)

Marit Stykket viser i en artikkel om diskriminering til en undersøkelse gjort av European Agency for Fundamental Rights i 2019. De fant at 19% blant ikke-heterofile personer opplevde seg diskriminert på jobben. Dette gjaldt både ved rekruttering og gjennom hele arbeidslivet. (Stykket, 2020)

### **2.1.4 Internalisert homofobi og skam**

Christophersen Madsen og Hereid Eide skriver, i sin hovedoppgave, om skam i psykoterapi. De beskriver hvordan internalisert homofobi er en måte å oppleve skam på. Ved å internalisere samfunnets stigma som gjelder homofili, danner individet indre spenninger som skaper en fordømmelse av seg selv. Dette utløser følelsen av skam. (Christophersen Madsen og Hereid Eide, 2018, s. 11)

Bente Træen, professor ved Psykologisk institutt ved universitetet i Oslo, har gjennomført en undersøkelse med norske menn som har sex med menn og internalisert homofobi. Hun beskriver at internalisert homofobi er en intrapsykisk konflikt mellom å ha en homofil tiltrekning og samtidig ha et ønske om å være heterofil. Hun beskriver også hvordan menn som har sex med menn har lært fra det heterofile samfunnet at det er negativt å være homofil og at de derfor kan ha en negativ atferd overfor andre homofile. I innledningen til undersøkelsen oppsummerer hun funn fra undersøkelser i andre land, der man har sett en tydelig sammenheng med depresjon, lavt selvbilde, dårlige mellommenneskelige forhold, varhet for avvisning, dårlig seksuell helse og seksuell atferd som kan skape risiko for HIV. Man har også sett høyere forekomst av tanker om selvmord og faktiske selvmord. Det er også flere som går i terapi. (Træen, 2018)

Træen oppsummerer med at åpenhet rundt egen seksuell orientering henger sammen med internalisert homofobi. Jo mer åpen man kan være, jo mindre internalisert homofobi. Negative følelser og konsekvenser i fht det å være homofil skaper økt fare for internalisert homofobi. (Træen, 2018)

### **2.1.5 Klasseskille**

Eggebø, Stubberud og Andersen viser i sin undersøkelse at de fant at forskjeller i sosial bakgrunn og økonomiske ressurser kan ha innvirkning på hvordan ikke-heterofile personer kan leve med sin

orientering. Det å komme fra et miljø med god økonomi og høy utdanning var en skjermende faktor. Informanter med tilhørighet til arbeiderklassen, særlig foreldrene, kunne oppleve en mye større skepsis til det å være ikke-heterofil. Privatøkonomi kan hindre personer i å etablere seg i et skeivt miljø, fordi det kan innebære at man må reise fra hjemstedet for å finne miljøene. Salg av sex ble benyttet som en måte å tjene penger på, men kunne også bli benyttet som en måte å komme inn i det skjeve miljøet og å oppnå kontakt. (Eggebø, Stubberud og Anderssen, 2019, kap. 5.5)

De oppsummerer med at *«klasse og sosial bakgrunn kan ha avgjørende betydning for tilgang til sosiale nettverk, tilgang til kjønnsbekreftende behandling og muligheten til å inngå og opprettholde intime relasjoner»*. (Eggebø, Stubberud og Anderssen, 2019, s. 55)

### **2.1.6 Åpenhet, det å komme ut**

Åpenhet om egen seksuell orientering er noe man må vurdere i hvert møte med nye personer eller sosiale situasjoner. Det er dermed ikke slik at man har kommet ut en gang for alle. For hvert nytt møte står man i fare for å oppleve tap av sosial status og avvising. (Træen 2018)

I sin hovedoppgave fra 2018, presenterer Omdal en litteraturgjennomgang i fht det å komme ut i terapi. Hun omtaler det at pasienten selv velger å komme ut, som selv avsløring. For å bli synlig i et heteronormativt helsevesen, må man avsløre seksuell orientering. Dette vil være viktig for å få så gode helsetjenester som mulig. Man kan ha ulike strategier for å avsløre seg selv. For den enkelte krever det en nøye vurdering, i hvert enkelt tilfelle fordi man ikke vet hvordan man vil bli tatt imot. Flere gjør en vurdering på om de selv tenker det er relevant for helsetjenesten de oppsøker, før de eventuelt gjør en selv avsløring. Vurderingen om hvordan man vil bli møtt, starter allerede ved første kontakt, dette kan være gjennom innkallingsbrev eller på venterommet. Ut fra de opplysningene personen har tilgjengelig og tidligere erfaringer forsøker hen å forutsi reaksjoner på informasjon om seksuell orientering. Flere velger å ikke ta det opp i det hele tatt. Dette kan komme av en opplevelse av at legen ikke er interessert, redsel for konsekvenser eller at det er lettere å fremstå som heterofil enn å møte negative reaksjoner på ikke-heterofil legning. (Omdal, 2018, s. 20-29)

Pasientene tyder både non-verbale og verbale tegn på om man er positive til ikke-heterofile. Tegn på at man har en positiv og vennlig innstilling gjør det lettere å komme ut. (Omdal, 2018, s. 31) For noen har kunnskap om terapeutens seksuelle orientering betydning for om man velger å komme ut eller ikke. (Omdal, 2018, s. 37)

Få opplever at legen tar opp seksuell orientering i møte. Dette fører til at det er pasienten selv som må vurdere om det er relevant eller interessant for behandlingen. Det kan gjøres tilfeldig, rett på sak, uformelt, til støttepersonell, ved å informere om partner og på en måte som gjør at legen ikke skal føle

seg ukomfortabel. I og med at mange har lave positive forventninger til legens reaksjoner, vil det at legen ikke gir noen respons, på selvavsløringen, oppleves som positivt (Omdal, 2018, s. 20-29)

Omdal viser også til at dersom man overlater det til pasienten å vurdere hva som er viktig informasjon så kan man fort gå glipp av ting man burde vite. Som pasient kan man da tenke at informasjon som ikke er etterspurt, ikke er nødvendig. (Omdal, 2018, s. 15-26)

I sin undersøkelse fant Træen at det er en klar sammenheng mellom åpenhet, positive følelser rundt egen seksualitet og lite minoritetsstress. Ut fra denne undersøkelsen er det tydelig at åpenhet har en positiv effekt på hvordan man har det. (Træen, 2018)

Holdningene i samfunnet er i endring, og flere har en aksepterende holdning til variasjon i seksuell orientering. De fleste ikke-heterofile har også en positiv holdning til egen seksualitet. (Malterud og Anderssen, 2014, s. 45) Det er imidlertid viktig å ha med seg at det ikke er lett for alle, og at de som synes det er vanskelig har behov for støtte i denne prosessen. (Lien Garbo, 2018)

En undersøkelse fra 2010 viste at for de fleste så fremstår det som uproblematisk å komme ut. Men 1/3 opplevde det som stressende, skummelt og knyttet til panikk og skam, å skulle avsløre seksuell orientering. (Omdal, 2018, s. 29) Malterud og Anderssen viser til at de i levekårsundersøkelsen fra 2013 avdekket at det er mange som ikke er åpne om sin seksuelle orientering overfor fastlege og helsevesen. Kun 15% av bifile kvinner har fortalt fastlegen om sin orientering (Malterud og Anderssen, 2014, s. 23). Omdal viser også i sin oppgave til at graden av åpenhet er liten. (Omdal, 2018)

### **2.1.7 Helseperspektivet**

I undersøkelsen om Seksuell orientering, kjønns mangfold og levekår fra 2020 oppsummerer de følgende i forhold til helse. Over halvparten svarte at de hadde meget god eller god helse. Det er imidlertid en mindre andel av bifile menn og kvinner som er like fornøyd med egen helse. (Anderssen, Eggebø, Stubberud og Holmelid, 2021, s 92.)

Når det gjelder selvmordstanker og forsøk skårer homofile og bifile menn signifikant høyere enn heterofile menn. Det samme gjelder selvmordsforsøk. For kvinner skårer bifile høyere enn både heterofile og lesbiske både for selvmordstanker og forsøk. (Anderssen, Eggebø, Stubberud og Holmelid, 2021, S. 97)

Gruppen ikke-heterofile melder et høyere symptomtrykk når det gjelder psykisk lidelsestrykk, som angst og depresjon, enn den heterofile befolkningen. (Anderssen, Eggebø, Stubberud og Holmelid, 2021, s. 99)

I og med at det gjennom flere undersøkelser viser seg at ikke-heterofile rapporterer et høyere lidelsestrykk enn heterofile, kan man slutte, at det i seg selv er indikasjon på at det vil være nyttig for behandlingen, at seksuell orientering blir tematisert. Se også kapittel 2.1.4 om internalisert homofobi og skam.

## **2.2 Har pasientene behov og ønske om å snakke om seksuell orientering?**

Holmberg og Schjetlein har skrevet om erfaringene med gruppeterapi for homofile og lesbiske personer med alkoholproblemer. Deltagerne sa at de hadde blitt interessert i gruppetilbudet nettopp fordi det henvendte seg til lesbiske og homofile. Dette skapte en forventning om at alkoholproblemene ville bli sett i lys av seksuell orientering. Mange av deltagerne ville ikke deltatt dersom det ikke var denne forbindelsen. Deltagerne opplevde trygghet, åpenhet og tillit, som strakk seg ut over det at minst en av gruppelederne hadde samme kjønn, og at begge hadde en åpen tilhørighet til den homoseksuelle populasjonen. Gruppeledernes kunnskap om hva denne tilhørigheten innebærer var det viktigste. Åpenheten i gruppene rundt seksuell legning førte til at deltagerne følte at de kunne være til stede med hele seg. (Holmberg og Schjetlein, 2010)

En undersøkelse publisert i 2004, fra Canada, der man gjorde et forsøk med å innføre en standard kartlegging av seksuell orientering, viste at pasientene rapporterte om større tilfredshet med behandlingen, når denne kartleggingen ble gjennomført, enn når den ikke ble det. Denne undersøkelsen sier ikke noe om pasientene på forhånd ønsket å bli spurt, men den viser at spørsmålene ikke ble oppfattet som negative hverken av heterofile eller ikke-heterofile pasienter. (Barbara og Chaim, 2004)

En undersøkelse, som jeg i denne oppgaven vil støtte meg mye til, ble gjennomført i det norske barnevernet og publisert i 2020, «*Skeive barn og unge i barnevernet*». I denne undersøkelsen har de blant annet spurt ungdom i barnevernet om de ønsker at seksuell orientering skal tas opp som tema. Ungdommene var klare på at de ønsket at man skulle ta opp seksuell orientering som tema overfor dem. De mente at det ville føre til en opplevelse av å bli synliggjort, legitimert og at det ville signalisere overfor ungdommen at man er opptatt av dette temaet innenfor barnevernet. (Paulsen et.al., 2020, kap. 5)

## **2.3 Hvordan kan det å ta opp seksuell orientering påvirke behandlingen?**

Undersøkelsen til Paulsen et.al. viser at lav bevissthet og manglende kompetanse om seksuelt mangfold fra de ansattes side, kan føre til usynliggjøring, misforståelser og feiltolkninger overfor skeive barn og ungdom. Den manglende tematiseringen fører til at det blir et gap mellom de behovene

barn og ungdom beskriver og hvordan de faktisk blir møtt. Manglende bevissthet, kompetanse og refleksjon hos ansatte, i fht hvilke behov barna kan ha, fører til at man mangler gode tilnæringsmåter. De viser også til at det er en manglende felles tjenestestandard, noe som fører til at man blir prisgitt den ansatte man møter. Møter man en med kunnskap, bevissthet og handlekraft i fht det å være skeiv, vil man ha større mulighet til å få et tilpasset tilbud, enn om man møter en som ikke har det. Videre blir det påpekt at man har lett for å knytte seksuell orientering opp mot sex og ikke identitetsutvikling. Summen av dette blir at dersom man har seksuell orientering som tema i barnevernet vil det være større sjanse for at man får bedre tilpassede tiltak og skeive barn og unge vil få et mer likeverdig tilbud, med heterofile barn. Man vil kunne se mer på det underliggende hos barnet, ikke bare det åpenbare. (Paulsen et.al., 2020, kap. 9)

Holmberg og Schjetlein påpeker også at tilbudet ikke blir likeverdig. De peker på at den homoseksuelle populasjonen ikke har behov for noen annen form for behandling, men at det er en dimensjon som ikke blir håndtert, når seksuell orientering ikke blir tematisert. De viser til at i behandling av heterofile, vil den heteroseksuelle orienteringen ligge som en implisitt forutsetning. For at en ikke-heterofil pasient skal få samme behandling, må man legge til grunn en annen forutsetning og da er det viktig at seksuell orientering blir tematisert og gjennomgått i fht den enkelte pasient. De viser til at biologi, selvforståelse, adferd, fantasier, tiltrekning, tilknytning, kultur, kjønnsroller og livstil er temaer som bør tas opp før man kan si at behandlingen starter på samme nivå som for en heterofil pasient. (Holmberg og Schjetlein, 2010, s. 34)

Barbara og Chaim sier at det er viktig å ta tak i seksuell orientering i behandling av rusmiddelmissbrukere, fordi man må få tak i deres unike bekymringer, for å avdekke om de kan ha en påvirkning på bruken av rusmidler. (Barbara og Chaim, 2004, s. 91)

Christophersen Madsen og Hereid Eide sier, i sin hovedoppgave, at det nok ikke er behov for egen type behandling for ikke-heterofile pasienter, men at det er behov for en bevissthet og kompetanse rundt de utfordringene som de kan møte i samfunnet. De har i sin oppgave konsentrert seg om skam og internalisert homofobi, og viser hvordan det å ta opp dette temaet i terapi, vil kunne gjøre den bedre. Særlig med tanke på pasientens identitetsutvikling. (Christophersen Madsen og Hereid Eide, 2018)

## **2.4 Vil det å ta opp ikke-heterofil orientering føre til inkludering eller stigmatisering?**

I undersøkelsen til Paulsen et.al. fra barnevernet, sier de ansatte at det er vanskelig å ta opp temaet, når de er usikre på hva barnet/ungdommen vil svare. Når de vet at barnet har en ikke-heterofil orientering er det lettere. De er redd for å krenke, dersom de spør om seksuell orientering, også fordi de er redd for



å si noe feil. Dette gjør igjen, at de venter til de har fått signaler på at det er relevant før de spør. Det kommer også frem at det tidligere har vært en kobling mellom problematisk seksualitet og det at seksuell orientering blir tatt opp. Dette kan også medføre at barna blir ekstra på vakt når det blir tatt opp. Det blir forbundet med at noe er galt. (Paulsen et.al,2020, kap. 3) De viser videre til rapporten «Alene og skeiv» av Stubberud og Akin fra 2018. Denne har sett på enslige mindreårige asylsøkere. Her blir det anbefalt at ansatte tar opp temaer rundt seksualitet og kjønn, uavhengig av mistanke om seksuell orientering. Dette for å vise at det ikke er et tema som kun er aktuelt for skeive, det er aktuelt for alle. Det kan medføre inkludering og ikke stigmatisering. (Paulsen et.al. 2020, s. 99)

Ester Seland har skrevet masteroppgave om skeive i rusbehandling. Hun har hatt to pasienter som informanter. De kommer ikke med noe klart ønske om at seksuell orientering skal være tema i rusbehandling, de er mest opptatt av å bli behandlet som alle andre. Svarene må tolkes i lht deres intervju, der det kommer frem at seksuell orientering er avslørt i gruppeterapi, og ikke tematisert noe videre, og at de opplevde å føle seg utenfor det heteroseksuelle fellesskapet. Dette kan dermed vise, at man skal være varsom med når og hvor man tematiserer seksuell orientering, nettopp for å ikke påføre et større utenforskap. (Seland 2018)

I Barbara og Chaim sin undersøkelse, var det i all hovedsak positive tilbakemeldinger fra alle deltagere. Man opplevde det som godt at temaene ble tatt opp. (Barbara og Chaim, 2004)

## 2.5 Sammenheng mellom seksuell orientering og misbruk av rusmidler

I NOVA rapporten «Skeive dager 2003 – en rusundersøkelse» oppsummeres bl.a. dette:

- *«En hovedkonklusjon er at lesbiske, bifile og homofile som tilhører kjernegrupper i de lesbiske/homofile miljøene i Norge har en atskillig dårligere rusmiddel- og misbruk av alkohol og narkotiske midler enn den sammekjønnsseksuelle populasjonen generelt.*
- *En annen hovedkonklusjon er at rusmisbruk blant sammekjønnsseksuelle kvinner og menn må forstås på bakgrunn av særegne risikofaktorer.*
- *... viktigheten av å løfte fram livssituasjonen til sammekjønnsseksuelle kvinner som misbruker alkohol og narkotika.*
- *Avslutningsvis må det konkluderes med at rusundersøkelsen Skeive dager 2003 på samme måte som tidligere nasjonale så vel som internasjonale representative undersøkelser viser at sammekjønnsseksuelle kvinner og menn er en særlig sårbar gruppe når det gjelder rusmiddelproblematikk.» (Ulstein Moseng, 2005, s. 7-11)*

Undersøkelsen om Seksuell orientering, kjønnsmangfold og levekår fra 2020, viser en nedgang i potensielt skadelig drikkemønster for både kvinner og menn med ikke-heterofil orientering, i forhold

til undersøkelsen i 2013. Undersøkelsen, i 2020, sier ingenting om avhengighet og om man faktisk opplever å ha et problematisk forhold til alkohol. Undersøkelsen tar heller ikke for seg andre rusmidler enn alkohol. (Anderssen, Eggebø, Stubberud og Holmelid, 2021, s. 101)

I undersøkelsen «Helse blant lesbiske og bifile kvinner i Norge» fra 2014, vises det til en litteraturgjennomgang som viser en høyere andel av personer med alkoholavhengighet blant lesbiske og bifile enn blant heterofile kvinner. Selve undersøkelsen viser at bifile kvinner er særlig utsatt for økt risiko for å utvikle avhengighet til rusmidler. Det ikke noe som tyder på at det er flere bifile og lesbiske kvinner enn blant heterofile som utvikler et problematisk forhold til rusmidler. (Malterud og Anderssen, 2014, s. 26-27)

En undersøkelse fra USA i 2020, har undersøkt bruk av tobakk, alkohol og illegale rusmidler hos sykepleiere med ikke-heterofil bakgrunn i sammenheng med opplevd minoritetsstress. De fant en sammenheng mellom opplevd minoritetsstress og høyere forbruk av tobakk, alkohol og illegale rusmidler hos gruppen. (Avery-Desmarais et.al., 2020, s. 1965)

Det ble gjennomført en undersøkelse av skeives levekår i Agder i 2018. Den viser at 25 % av ikke-heterofile ønsker å redusere sitt alkoholforbruk. 7% fra den samme gruppen hadde benyttet alkohol som oppkvikker dagen derpå. Når det gjelder andre rusmidler, har de kun blitt spurt om følt behov for å dempe inntak av angstdempende piller og/eller antidepressiva. 7% svarer at de ønsker det. (Stokke et.al., 2018, s. 73)

En undersøkelse fra Oslo, publisert i 2018, har kartlagt bruken av chemsex blant pasienter ved Olafiaklinikken (en poliklinikk som tilbyr rådgivning, testing, undersøkelse og behandling av seksuelt overførbare infeksjoner). 14% av informantene hadde gjennomført chem-sex i løpet av det siste året. (Chem-sex er sex der man benytter rusmidler for å oppnå økt nytelse, utholdenhet og det å tørre å ta større sjanser. (Andezion, 2021)) Undersøkelsen anbefaler at man bør ha en oppmerksomhet rundt denne gruppen i helsevesenet, både for å ivareta helse, men også for å undersøke mulighetene for å redusere bruken av chemsex. (Haugstvedt, Amundsen og Berg, 2018)

## **2.6 Hvordan behandler rusfeltet ikke-heterofile pasienter i dag?**

Når det gjelder forskning på rusbehandling og ikke-heterofile pasienter, finner jeg lite. Rus & Samfunn hadde i 2010 et eget nummer «Tema: Heteronormativitet» der de skrev om skeiv rus. De fleste artiklene jeg har funnet om seksuell orientering om rusbehandling har jeg funnet der. Felles for dem er en konstatering av et heteronormativt rusfelt og de negative konsekvensene av for liten oppmerksomhet rundt seksuell orientering, og at det går ut over kvaliteten på behandlingstilbudet. (Rus & samfunn, 2010)

I sin artikkel i *Rus & Samfunn*, er Ulstein Moseng kritisk og sier at man ikke tar den ikke-heterofile delen av befolkningen på alvor i rusforebygging og behandling. Artikkelen viser til hvordan kunnskap, som finnes, kunne vært benyttet til å gi et bedre tilbud. Hun peker blant annet på manglende forståelse for den særegne problematikken, og at tiltakene som settes inn ikke er de mest relevante og at ikke-heterofile føler seg diskriminert. (Ulstein Moseng, 2010)

I offentlige dokumenter og føringer blir rusfeltet omtalt som grunnleggende heteronormativt. Det ble allerede i 2008 sagt at man måtte gjøre en innsats for å endre dette. Siden har det vært et gjennomgående tema i handlingsplaner og strategier, uten at jeg har klart å finne noen konkrete beskrivelser av bedring eller tiltak gjennomført innenfor rusfeltet. (Helse- og omsorgsdepartementet 2016; Barne- og likestillingsdepartementet 2008; Barne- og likestillingsdepartementet 2016 og Kulturdepartementet 2021)

## 2.7 Standardisert kartlegging

I Paulsen et.al. sin undersøkelse fra barnevernet har man sett på om det å innføre en rutinemessig kartlegging av seksuell orientering, vil være en god løsning for å få bevissthet rundt temaet. Det kommer frem at de ansatte opplever at det å ta opp seksuell orientering med ungdommene henger sammen med kompetanse, men at kompetanse i seg selv ikke er tilstrekkelig. Mange er redd for å gjøre noe feil, ved å ta opp temaet. Ved at en kartlegging av seksuell orientering, blir innført som rutine, vil man oppleve det som lettere å ta opp. Da er det noen andre som har bestemt det og man gjør bare det man skal. Samtidig pekes det igjen på at det vil medføre et behov for økt kompetanse. Man må vite hvordan man skal ivareta ungdommene som avdekker en ikke-heterofil orientering. (Paulsen et.al., 2020, s. 110-113)

Bjorkman og Malterud gjennomførte i 2007, en undersøkelse der de så på om det var behov for fastlegen å vite om pasienten var lesbisk og hvordan fastlegen eventuelt skulle finne det ut. I undersøkelsen kom det frem at informantene mente at det ikke alltid var behov for legen å vite deres seksuelle orientering, og at det var flere ting som hindret dem å gi denne informasjonen. Når det kom til hvordan legen skulle avsløre den seksuelle orienteringen pekte de på behovet for bevissthet rundt at ikke alle pasienter er heterofile og hvordan man selv og pasienten bruker språk. Det at pasienten for eksempel ikke benytter han/hun om sin partner, men omtaler denne på andre måter, ble beskrevet som et tydelig hint. Det kom ikke frem at man ønsket en generell kartlegging av seksuell orientering, men man ønsket bevissthet rundt at ikke-heterofil orientering var en mulighet. (Bjorkman og Malterud, 2007)

I deres pilotstudie om innføring av standardisert kartleggingsskjema, der seksuell orientering blir avdekket, viser Barbara og Chaim at både pasienter og ansatte opplevde en økt tilfredshet, ved møtene,

etter innføringen av kartleggingen. Ved oppstart hadde man en bekymring for at heteroseksuelle ansatte ville oppleve det som ukomfortabelt å spørre og at heteroseksuelle pasienter ville oppleve det som negativt å bli spurt. Det viste seg helt generelt at pasientene tok til seg de spørsmålene som var aktuelle for deres situasjon, mens det som ikke var relevant for dem, hoppet de fort over. For ansatte så reagerte de positivt på at pasientene ikke reagerte negativt og med økt kunnskap og trening økte bekvemmeligheten man følte ved å gjennomføre denne kartleggingen. I denne undersøkelsen som for den i barnevernet viser man til behovet for kunnskap og kompetanse, når man skal gjennomføre en slik kartlegging. Barbara og Chaim viser til at man øver på mye innenfor helsevesenet for at personalet skal kunne sine oppgaver og være trygge på dem. De hevder at samme type trening også kreves i forbindelse med kartlegging. Kan man lite, stiller man dårlige spørsmål. (Barbara og Chaim, 2004)

### 3. Teori

Jeg vil nå gå gjennom den teoretiske forståelsen som jeg legger til grunn for denne oppgaven. Det har vært en utfordring å skille mellom forskning og teori, da forskning innen psykososialt arbeid, kjønn, seksualitet og rus alle er teoristyrte.

#### 3.1 Psykososialt arbeid

Denne oppgaven er skrevet ut fra et psykososialt perspektiv. Dette er et perspektiv som passer til behandling av rusmiddelavhengighet, da det er en lidelse som rammer mange områder i pasientens liv. Helhetlig rusbehandling er anbefalt fra helsedirektoratet, i retningslinjen for rusbehandling anbefaler de blant annet dette for å få til det.

*«Kartlegging og utredning bør omfatte psykisk helse, kognisjon, somatisk helse – inkludert tannhelse og ernæring – samt sosial situasjon og fungering og danne grunnlag for en behandlingsplan.» (Helsedirektoratet, 2016, s. 25)*

Bruk av narrativer er viktig som grunnlag for psykososialt arbeid. Gjennom å forstå hvordan pasientene beskriver seg selv og setter sine opplevelser inn i en kontekst kan man få innsikt i hvordan pasienten forstår sin sosiale verden. Gjennom å forstå den individuelle opplevelsen av sin situasjon får man viktig informasjon om styrker og svakheter og man kan finne ut hvordan ulike opplevelser har formet pasientens videre liv. Det sosiale samspillet vil alltid prege historiene, man må derfor se individ og samfunn sammen. Man må se hvordan de påvirker hverandre, og finne løsninger ut fra det. (Tamboukou, 2014, s 31)

Psykososialt arbeid foregår på flere nivå. De fleste jobber mot individet, men for å forstå hvordan individet har det i sitt liv, må man også ta inn over seg samfunnsstrukturene og hvordan de ulike systemene virker inn.

*«For å svare på hva bestemte erfaringer og posisjoner i samfunnet leder til, må man inkludere undersøkelser av hvordan maktforhold, fordommer, normer, kultur, religion, organiseringen av institusjoner, lovverk, digitalisering, ressurser, fattigdom og så videre påvirker menneskers helse og/eller velferd.»* (Svalastog, Jahren Kristoffersen og Strømmen Lile, 2019, s. 31)

Bjørlykhaug viser til at psykiske problemer aldri blir skapt i et tomrom. De blir skapt, vedlikeholdt, forverret, redusert eller fjernet i et sosialt rom. Vi er avhengig av god sosial kapital, som består av samhold, integrering, støtte, tillitt og nettverk for å danne grunnlag for god helse. Når vi arbeider med pasienter for å løse individuelle problemer, må vi ta inn over oss og se på de samfunnsmessige rammene som individet lever under. (Bjørlykhaug, 2018, s. 70-71) Vi må også jobbe på systemnivå med hva som kan skape gode rammer for sosial støtte og god helse når vi jobber med pasienter. (Bjørlykhaug, 2018)

Det å skulle jobbe psykososialt kan fremstå som komplisert, i og med at man skal forholde seg til flere områder på en gang. For å få dette til, krever det at man gjør en faglig vurdering av hvilke områder det er viktig for pasienten å ta tak i, for at nettopp denne pasienten skal få et bedre liv. Man må gjøre en kvalifisert vurdering og utvelgelse. (Svalastog, Jahren Kristoffersen og Strømmen Lile, 2019, s. 18)

### ***Den biopsykososiale modellen***

Den biopsykososiale modellen ble lansert på 1970 tallet av Georg L. Engel (Falkum, Borge og Martinsen, 2011) og kan plasseres under psykososialt arbeid. Her blir mennesket forstått som en kroppslig, sosial, mental og åndelig enhet. Man tenker at alle områder av livet påvirker og at relasjonene mellom kropp, sjel og det sosiale lever i en relasjon til hverandre. Alle ting som påvirker oss både ytre og indre vil dermed være viktige for å forstå helheten. (Svalastog, Jahren Kristoffersen og Strømmen Lile, 2019, s. 21)

Bakgrunnen for at dette er en god tilnæringsmåte i behandling av rusmiddelavhengighet er:

*«En biopsykososial tilnærming muliggjør et mer individuelt tilpasset behandlingsforløp ut ifra pasientenes behov og egne ressurser, inkludert en bevissthet omkring hvilken intensitet av omsorg som er nødvendig for å imøtekomme behovene,»* (Stallvik, 2011, s.111)

### ***Ikke-heterofile som en del av verden***

Ikke-heterofile må ta inn over seg samfunnets reaksjoner, også ut over Norges grenser. I flere land, strammer man inn på ikke-heterofiles rettigheter. Polens president Duda brukte kampen mot homofiles rettigheter for å samle stemmer under valgkampen. Han sa at ikke-heterofile ikke er mennesker, og at de truer Polens nasjonale identitet. Flere byer rundt om i Polen har erklært seg LHBT-frie. (Aftenposten 2020)

Amnesty viser til at 68 land har kriminalisert homofili, i 8 av disse landene kan en bli dømt til døden. Det er mange land der det er forbudt å snakke positivt om LHBT og bære symboler som regnbuemerker. Flere av landene straffer kun menn, fordi man ikke anerkjenner kvinners seksualitet. (Amnesty International, 2022)

I dag er verden liten, og nordmenn har stor mobilitet. Holdningene og reaksjonene overfor ikke-heterofile rundt om i verden vil dermed påvirke hvordan man opplever hverdagen sin, og forholdet til egen seksuelle orientering. Ikke-heterofile må tenke gjennom problemstillinger som heterofile ikke trenger å forholde seg til, når de for eksempel skal planlegge ferie, jobb og studier. I Norge har vi også mange innbyggere som har tilhørighet til land med alvorlige restriksjoner overfor ikke-heterofile, som dermed kan få problemer med å reise hjem på besøk eller ha kontakt med venner og familie i opprinnelseslandet. I et psykososialt perspektiv må man ta hensyn til hvordan hele verden dermed kan virke inn på livssituasjonen til individet.

## **3.2 Utvikling av avhengighet**

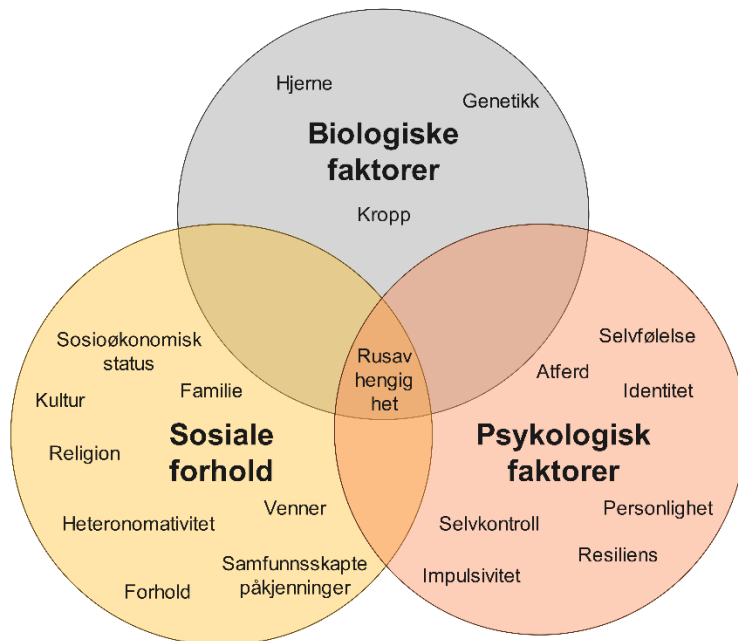
De færreste av de som inntar rusmidler, utvikler noen form for avhengighet. Men noen utvikler en avhengighet til rusmidler som de ikke kommer seg ut av. De som oppsøker behandling kommer ofte på grunn av de uønskede konsekvensene som rusmiddelmissbruket fører med seg, ikke selve misbruket. (Fekjær, 2016, s 249-251)

En måte å se på utvikling av avhengighet på, er å ta utgangspunkt i at det starter med at rusen oppfyller noen behov. Det er noe man ønsker at rusen skal gjøre. Pål Kraft kaller dette hedoniske motiver for rusmiddelbruk. Man ønsker at rusmiddelet skal medføre noe positivt eller at det skal redusere noe negativt. Bruken av rusmidlene motiveres av den forventningen man har til dem. (Kraft, 2016, s. 50)

Den biopsykososiale modellen er mye brukt som utgangspunkt for å forstå utviklingen av rusavhengighet, og hva som kan være årsakene til behovene man ønsker å dekke. Samtidig kan det gi et innblikk i hva som er med på å gjøre det vanskelig å få kontroll over inntak av rusmidler. Jeg har tegnet opp en modell, med utgangspunkt i Wangensteen og Lorimer Aamodt sin modell (Wangensteen

og Lorimer Aamodt, 2019 s. 235), der jeg har fylt inn flere av de faktorene som jeg tenker er viktige for å forstå rusmiddelavhengighet, når man skal ta med seksuell orientering som en mulig sårbarhetsfaktor.

### Biopsykososial modell i forhold til rusavhengighet



### 3.3 Identitet

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i Per-Einar Binder for å gi et teoretisk rammeverk til identitet. Hans innfallsvinkel passer godt inn i det psykososiale feltet. Binders utgangspunkt er: «*at identitet alltid vil utspille seg i spenningsfeltet mellom det sosialt skapte, våre biologisk gitte egenskaper og våre eksistensielle valg.*» (Binder, 2018 s. 16).

Vår personlige identitet skapes gjennom det livet vi lever og hvordan vi håndterer det, ut fra de biologiske forutsetningene vi har. Binder har et narrativt utgangspunkt til identitet. Man lager en forståelse av seg selv gjennom historien man forteller om seg selv. Hvordan denne fortellingen ser ut vil være avhengig av når i livet man forteller den, og hvem man forteller den til. For å finne en persons identitet må vi finne hvordan personen ser på seg selv, finne personens svar på «hvem er du?». (Binder, 2018) Når man forteller sin egen historie, vil man samtidig forsøke å beskytte seg selv. Man forteller det som er trygt, både overfor seg selv og andre. Forsvarsmekanismer vil påvirke hva vi forteller og hvordan. (Binder, 2018, s. 98)

Det er gjennom å forme fortellingene og forstå dem at vi kan finne ut hvem vi er. Dette gjør vi gjennom sosiale relasjoner og i samtaler med oss selv. Fordi vi aldri har full oversikt over oss selv,

henter vi hjelp fra andre gjennom tilbakemeldinger og ved å høre deres måte å forstå vår fortelling. (Binder, 2018)

Vi kan gi oss selv makt over vårt eget liv, gjennom å ta kontrollen over fortellingene om oss selv. Dette kan vi gjøre ved å lage motfortellinger til fortellingene andre forteller om oss. Vi får også makt ved å fortelle de ufortalte fortellingene (Binder, 2018, kap. 4).

Binder skriver at hver person består av flere delselv (Binder, 2018, s. 93). De ulike delene må ikke være for kontrastfylte. For hvert nytt møte må man velge hvilken identitet man skal ta frem, og dersom det er for store kontraster vil dette kunne skape så store variasjoner at det blir vanskelig å bære. Fortellingene kan hjelpe til med å bygge kontrastene sammen. (Ibid s. 93-97) For å skape en god personlig identitet må fortellingene henge sammen. Det kan være mange ulike fortellinger, men de må sammen skape en helhet. (Ibid, s. 83)

Livet vårt blir til gjennom valg. Motivene for valgene våre vil påvirke hva vi velger. Vi forholder oss annerledes til de valgene vi har gjort selv, enn de valgene som andre har tatt for oss. Binder viser til introjisererte identiteter, der vi er preget av ytre motiver og internaliserte identiteter der motivasjonen kommer innenfra. (Binder, 2018, s. 337)

### **3.3.1 Utvikling av ikke-heterofil identitet**

I en NOVA rapport beskriver Kristinn Hegna, hvordan en sosial identitet kan knytte seg tett eller løst til personens ego-identitet. Man kan altså fremstå med en annen identitet enn det man selv identifiserer seg som. (Hegna, 2007, s. 19)

Mange starter sin identitetsutvikling som heterofil fordi det, frem til nå, har vært den identiteten man lettest kan identifisere seg med, fordi den er representert overalt. Det er også den identiteten som er lettest å presentere for omverdenen (Bang Svendsen, Stubberud og Farstad Djupedal, 2018). I regjeringens strategi for seksuell helse «Snakk om det» ønsker man at man skal snakke om mangfoldet, bl.a. i seksuell orientering allerede i barnehagen. Dette fordi man mener at dette kan gi kunnskap og positive holdninger som vil forebygge helseplager hos individet. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 14) For mange kan en opplevelse av tiltrekning mot likekjønnede føre til en opplevelse av at den identiteten man har hatt til nå, kan bli endret. Dette kan forstås som en identitetskrise. Det å falle ned på en identitet som ikke-heterofil kan være vanskelig. (Hegna, 2007, kap. 2)

Didier Eribon skriver om hvordan det å være ikke-heterofil påvirker utviklingen av identitet. Han beskriver hvordan det å leve med «fornærmelser» kan påvirke:



*«They are traumatic events experienced more or less violently at the moment they happen, but that stay in memory and in the body (for fear, awkwardness, and shame are bodily attitudes produced by a hostile exterior world). One of the consequences of insult is to shape the relation one had to others and to the world and thereby to shape the personality, the very being of the individual in question.»* (Eribon, 2004, s. 15)

Eribon beskriver også hvordan en ikke-heterofil orientering påvirker mange livsområder slik som valg av bosted, valg av yrke, valg av venner, familiesituasjon osv. Han beskriver også hvordan mange opplever en stor sorg i det de oppdager at det å ha en ikke-heterofil orientering påvirker livet deres her og nå, men også for resten av livet. På mange områder må de ta alternative valg i forhold til det som er det heteronormative idealet, og som de kanskje har vokst opp med at er det man skal strekke seg mot. (Eribon, 2004, del 1)

I en artikkel analyserer Bang Svendsen, Stubberød og Farstad Djupedal, unge skeives identitetsarbeid i lys av TV-serien SKAM. De viser til hvordan både hovedpersonene i serien og informantene i deres undersøkelse strever med å finne ut hvordan man skal «være homo». Skal man være diskret eller skal man være veldig offentlig. Dette er spørsmål som man strever med i fht identitet og viser hvordan man kan streve med å finne sin rolle i samfunnet, som seg selv, men også som en som blir godtatt. (Bang Svendsen, Stubberød og Farstad Djupedal, 2018)

Det er en generasjonsforskjell i forhold til det å identifisere seg som ikke-heterofil og forholde seg til seksuell orientering. En del ungdommer er opptatt av å bryte opp definisjonene innenfor det skeive miljøet. De opplever at de ikke ønsker å bli kategorisert inn i stereotypene som er koblet til betegnelsene pr i dag. I en undersøkelse sier en av informantene *«Men jeg er ikke homo, jeg er liksom meg, hvis dere skjønner hva jeg mener ... Så når jeg sier jeg er homo, så blir jeg liksom Blomster-Finn»*. (Bang Svendsen, Stubberød og Farstad Djupedal, 2018, s. 172)

I behandling må vi være åpne for å la pasienten definere seg selv. Og så se på hvordan seksuell orientering eventuelt har påvirket identitetsutviklingen og livet generelt. (Hegna, 2007, s. 28)

### **3.4 Heteronormativitet og den heteroseksuelle matrisen**

*«Heteronormativitet betyr at heteroseksualitet og ciskjønn stort sett alltid blir tatt for gitt når mennesker møtes. Heteronormen omfatter de kulturelle og sosiale institusjoner, normer, praksiser og språk som reflekterer at samfunnet og kulturen forutsetter at alle mennesker er heterofile.»* (Bufdir, 2021)

Judith Butler har beskrevet den heteroseksuelle matrise. Her tar hun utgangspunkt i at definisjonen av kjønn ikke er biologisk, men at det er skapt gjennom hvordan man viser kjønn overfor fellesskapet.

Gjennom år har man i samfunnet skapt en forventning til hvordan kjønnet skal se ut og oppføre seg. Hun sier det er majoriteten som har skapt det kjønnsuttrykket, man ønsker at alle skal ha. Det som utfordrer denne matrisen, blir ansatt som urent og ikke ønskelig. (Butler, 2020, s. 29-54)

*«Handlinger og gester, artikulert og iscenesatt begjær skaper med andre ord illusjonen om at det finnes en indre og organiserende kjerne i kjønnet, en illusjon som diskursivt blir opprettholdt med henblikk på å regulere seksualiteten innenfor den obligatoriske rammen av reproduktiv heteroseksualitet»* (Butler, 2020, s. 44)

Dette kan forstås som at det er tradisjoner som gjør at de fleste, pr i dag, tenker at det er medfødt å være heteroseksuell kvinne eller mann. I kampen for skeives rettigheter har blant annet det at seksuell orientering, også ikke-heterofil, er medfødt, vært et viktig argument for å nå gjennom. (Trettebergstuen og Nylund, 2017, s. 146)

Heteronormativiteten og den heterofile matrisen gir makt til den heterofile majoriteten. Ikke-heterofile er en minoritet som har måttet kjempe seg til rettigheter som heterofile allerede har. (Johansen, 2019)

Bang Svendsen, Stubberød og Farstad Djupedal beskriver hvordan ungdommer i Norge i dag, lever med en forventning om at de skal være homotolerante. Dette innebærer at det er en forventning i samfunnet til hvordan ikke-heterofile skal bli møtt. Dette innebærer likevel ikke en fullstendig toleranse. *«Det er spesifikt lesbiske og homofile som har konforme kjønnsuttrykk og lever i parforhold som blir representert som de som skal inkluderes og tolereres»* (Bang Svendsen, Stubberød og Farstad Djupedal, 2018, s. 167).

Kaiser Klatran skriver i en artikkel om det begripelige kjønn. Det begripelige kjønn viser til den heteroseksuelle matrisen, som har gitt en beskrivelse av hvordan den maskuline og feminine kjønn skal fremstå. Han sier at man kobler det å bryte med forventningene opp mot seksualitet. En feminin mann vil av mange automatisk tolkes som en homofil mann, på samme måte som en maskulin kvinne kan bli tolket som lesbisk. På samme måte kan man miste sin maskulinitet idet det blir avdekket at man er homofil. Dette at man blir tolket på denne måten, og dermed stadig er i fare for å bli utsatt for fornærmelser, jmf kap. 3.3.1, innebærer at man kan oppleve skam og selvbebreidelse over å ha mislykkes som mann og kvinne. (Kaiser Klatran, 2019)

Ved å utfordre den heterofile normativiteten utsetter personer seg for å bli utsatt for hets, mobbing, utstøting og vold. Samtidig kan personer, som avdekker sin orientering, oppleve å få skryt dersom det oppfattes som om de fremstår som heterofile. Det blir sett på som en positiv egenskap at man ikke fremstår som f.eks. homofil. På denne måten opprettholdes skillet mellom heterofile og ikke-heterofile og det opprettholder makten hos den heterofile befolkningen, fordi det er den heterofile definisjonen av hva som er bra som gjelder. (Kaiser Klatran, 2019)

### 3.5 Feministisk teori

Judith Butler er en Nord-amerikansk filosof som er nytenkende innen feministisk teori og som har hatt stor innflytelse på skeiv teori. Hun er opptatt av hvordan man ved å analysere spørsmål rundt selvet, kroppen, identitet og subjektivitet kan endre politikk og dermed forbedre folks liv. (Jessen, 2022)

*«En feministisk tilnærming innebærer at kjønnsproblematikken innenfor praktisk talt alle situasjoner problematiseres, og at relasjonen mellom mann og kvinne ses i sammenheng med makt og undertrykkelse.»* (Thagaard, 2013, s. 46)

For denne oppgaven er det naturlig å benytte noe av forståelsen fra feministisk teori, og overføre denne til forholdet mellom ikke-heterofile og heterofile. Både fordi Butler har sett på denne sammenhengen, men også fordi det gir en forståelse av, at det kan være vanskelig for heterofile å forstå ikke-heterofile. På samme måte som kvinner har opplevd at det kan være vanskelig for menn å forstå utfordringene som kvinner møter, i sin egenskap av å være kvinne. Det er viktig å studere hvordan samfunnsstrukturene påvirker kvinners situasjon og også å se på hvordan disse strukturene er dannet. Butler utfordrer forståelsen av kjønn og seksualitet, jmf den heteroseksuelle matrise (kap. 3.4). Hun ser på hvor dagens forståelse er kommet fra, og utfordrer oss til å revurdere disse sannhetene. (Butler, 2020, del 1)

Feministisk teori tvinger en til å se på kjønn, og også eget kjønns plassering, i forhold til samfunnsstrukturene. Didier Eribon forklarer hvordan dette også skjer i forhold til heterofile og ikke-heterofile. Han sier at når en ikke-heterofil ønsker å fortelle om sin seksuelle orientering, kan en heterofil, som aldri har måttet fortelle om egen orientering, velge å si at det ikke er nødvendig, at det ikke er interessant. Eribon viser til Kosofsky Sedgwick som kaller dette «The privilege of unknowing». Den heterofile definerer det som uinteressant, og opprettholder dermed et maktforhold. (Eribon, 2004, s 53-54)

### 3.6 Roller

Goffman beskriver hvordan vi deler vår fremstilling overfor andre inn i ulike roller. Vi blir personer som opptrer foran et publikum omgitt av kulisser. Gjennom sosialiseringen vår har vi lært hva vi kan forvente av de ulike rollene vi møter og som vi selv innehar. Dette gjør vi gjennom å observere og lære av mennesker rundt oss og som vi kan sammenligne oss med. Det vi kaller rollemodeller. (Goffman, 2014)

Kari Anne Breivik Eldnes skrev i 2018 en masteroppgave i journalistikk. Hun så på hvordan homofili var omtalt i media. Hun oppsummerer blant annet med at diskusjonene for og imot homofili, forsvinner gradvis og at det er en mer positiv og nøytral fremstilling av homofile i media. Hun peker

imidlertid på at representasjonen av homofile i media er topptung, det er eliten som blir representert. De som står frem som åpent homofile i media, er i hovedsak personer innenfor underholdning/rampelys. Dette er positivt fordi de fremstår som troverdige, men det gjør at det blir veldig ensartet. Hun peker på at det mangler en representasjon av mangfoldet og vanlige mennesker. Hadde det vært mer fortellinger om livet til vanlige mennesker, ville det ført til at flere hadde fått rollemodeller å forholde seg til (Breivik Eldnes 2018, kap. 7).

Når vi spiller vår rolle, har vi en moralsk rett til å forvente hvordan vi skal bli møtt. (Goffman, 2014, s. 20) Personer som innehar en rolle som er forbundet med høy status, kan forvente å bli møtt med respekt og ydmykhet.

Goffman skriver om informasjonskontroll. Man forsøker å kontrollere den informasjonen man gir, for å opprettholde kontroll over situasjonen. Det er mange avgjørelser som skal tas i det man vurderer å avsløre sine «feil» eller hemmeligheter. Til hvem, hvordan, når osv. I denne avgjøreselen ligger det alltid en usikkerhet på hvordan personen tar imot den informasjonen du formidler. (Goffman, 2016, s. 88) Informasjonskontrollen benyttes for å ha kontroll over hva andre vet om oss og dermed også deres adferd overfor oss. (Goffman, 2014, s 12-16)

### 3.7 Stereotyper

*«Stereotipi er en generalisert forestilling om hvordan en bestemt gruppe mennesker er, for eksempel om visse nasjonaliteter eller yrkesgrupper. Denne type forestilling endres ikke ved konfrontasjon med individer fra de respektive gruppene selv om disse individenes egenskaper ikke stemmer overens med stereotypien.» (Svartdal, 2019)*

Stereotyper i forhold til ikke-heterofile er ofte at man forventer at feminine menn og maskuline kvinner er homofile og lesbiske (se kap. 3.4). Det feminine og maskuline kan komme til uttrykk både gjennom kroppsuttrykk, bevegelser, språk og klesdrakt. Filmer og serier på TV får noe av skylden for disse stereotypiene, da karakterene der ofte er mer karikerte. (Salvati et.al, 2019, s. 462).

På samme måte finnes det mange forventninger til hvordan en rusavhengig person skal være. Mange kan se for seg den rusavhengige som en person som er på konstant jakt etter rusmidler og som ser sliten ut. (Fekjær, 2016, s.229) Paul Hjelmervik har skrevet en mastergrad der han har sett på «Opplevelse av sosial eksklusjon blant rusavhengige i Stavanger». Her viser han hvordan informantene opplever at de ikke blir sett som en person, kun som rusavhengig og hvordan det fører til at de blir utelatt fra ulike arenaer. Den negative opplevelsen av hvordan de blir omtalt som gruppe i media, er også med på å skape en følelse av eksklusjon og mindreverd. (Hjelmervik, 2011)

### 3.8 Stigma

Stigma er knyttet til vår sosiale identitet og er en beskrivelse av at man er bærer av en egenskap som er betegnet som negativ. Egenskapene blir definert som negative av det sosiale samfunnet rundt en. Det setter en forventning, og de som ikke fyller denne, blir stemplet som avviker og dermed stigmatisert. En persons egenskap kan være stigmatisert i et sosialt miljø, men være «normal» i et annet. (Goffman, 2016, kap. 1)

Når man gir noen et stigma, lager man også en forklaring på årsaken til at denne egenskapen gjør personen mindre verd. Man tillegger ofte flere negative egenskaper slik at stigmatisering innebærer at man blir tillagt en rekke egenskaper som man ikke har. (Goffman, 2016, s.47)

Som bærer av et stigma, blir man opplært til å ivareta de normale. Når de stigmatiserte tilpasser seg på «rett» måte, slipper de normale å forholde seg til smerten ved å være stigmatisert. Som stigmatisert lærer man seg dermed å være situasjonsbevisst i forhold til hvordan man velger å stå frem. (Goffman, 2016, s. 160) Dette finner vi igjen i det at enkelte opplever det som lettere å fremstå som heterofil, for å ikke utfordre situasjonen de er i, Jmf kap. 2.1.6.

Ved endring er det ikke sikkert man klarer å fjerne seg helt fra sitt stigma. Som rusmisbruker går man som regel over i en fase der man er «tidligere rusmisbruker». Dette innebærer at man ikke kommer helt inn i gruppen som normal. (Goffman, 2016, s.50) Dersom man velger å avdekke et stigma overfor omgivelsene, må man også håndtere deres reaksjon på det. Ikke alle omgivelser håndterer at man avdekker et stigma. (Goffman, 2016, s.77) Avsløring av stigma, kan ses i sammenheng med det å komme ut som ikke-heterofil, Jmf kap. 2.1.6.

### 3.9 Grupper/klassifikasjoner

Mennesker klassifiserer og kategoriserer i grupper. Hele vår omverden er inndelt i ulike grupper og alt vi lærer om blir plassert inn i en gruppe/kategori. Vi er avhengig av denne måten å organisere omgivelsene på for at det ikke skal bli for overveldende for oss. Hvordan disse gruppene blir dannet, er det ikke alltid man har et bevisst forhold til, ofte tar vi dem bare for gitt. Har en gruppe først oppstått er den udiskutabel og umulig å komme unna (Bowker og Star, 2000, s. 3). Det at man ikke har et bevisst forhold til hvordan gruppene har oppstått, kan skape etiske problemer, fordi vi bare godtar klassifikasjonene som om de var det eneste alternativet. I forhold stigmatiserte grupper, kan det være nyttig å stoppe opp og se bakgrunnen for at denne gruppen er stigmatisert. (Bowker og Star, 2000,).

Kessler og McKenna diskuterer hvordan klassifiseringen av kjønn påvirker hvordan vi møter mennesker. Det er tydelige tegn vi skal se etter for å avdekke kjønn, avvik fra dette skaper utfordringer. Det samme kan skje dersom man fremstår som velfungerende med jobb og familie og så

avdekker en rusavhengighet. Omgivelsene får problemer når vi ikke svarer til den forventede gruppen vi er plassert inn i (Kessler og McKenna, 1978). Dette samsvarer med Butler (se kap. 3.4) og Goffmans teori om stigma (se kap. 3.8).

Kessler og McKenna viser til at det ikke holder med en komponent for å avdekke kjønnsstilhørighet eller for den saks skyld, seksuell orientering. Den eneste som kan vite sikkert er personen selv, og man kan ikke vite hvordan personen definerer seg selv før man har spurt. Man skal, ifølge Kessler og McKenna, derfor ikke spekulere, men spørre (Kessler og McKenna, 1978, s. 16).

### 3.10 Tabu

*«Tabu er et slags forbud, en forestilling om at en gjenstand, et begrep, en person eller en gruppe ikke må nevnes eller røres ved.» (Fosshagen, 2021)*

Douglas beskriver hvordan samfunnet og ulike kulturer deler inn i rent og urent, hvor det urene er tabubelagt, det er det man skal unngå. Hva som blir definert som skittent henger sammen med hvordan samfunnet er systematisert. Det som faller utenfor systemet, er skittent. Hun beskriver hvordan vi hele veien systematiserer, og putter opplevelser og ting inn i kategorier, jmf kap. 3.9. Dersom et inntrykk ikke passer inn, og skaper uorden, må det enten forkastes eller så må man endre kategoriene og hvordan ting skal oppfattes. (Douglas, 1997, s. 50-51)

I utgangspunktet legger vi først merke til de tingene som ikke passer inn (anomalier). Når vi ikke kan unngå å legge merke til avviket, må vi ta stilling til det. Dersom vi kan definere det som avvik, kan vi lettere forholde oss til det, fordi det er noe annerledes, mindre viktig. (Douglas, 1997, s. 53) Goffman sier at dersom vi skal vurdere noe som et stigma, må vi først gi det oppmerksomhet (Goffman, 2016 s. 68.) Det er mange måter å forholde seg til anomalier på, man kan for eksempel være negativ, overse det, fordømme det, være positiv eller prøve å få det til å passe inn. Hvert enkelt individ klarer ikke dette alene, siden vi påvirkes av andres oppfatninger.

*«Kulturen, som et samfunns offentlig og standardiserte verdier, formidler enkeltindividenes erfaringer.» (Douglas, 1997, s. 53)*

Dette stemmer med Butlers ide om at det er kulturen og samfunnets holdninger som skaper vår oppfatning om hva som er normalt og medfødt (se kap. 3.4.).

Seksualitet og seksuell orientering er fremdeles påvirket av tabuforestillinger. Dette blir et problem fordi lærere og helsepersonell opplever det ukomfortabelt å snakke om seksualitet. (Almås, 2020)

### 3.11 Normer og sosial kontroll

*«Normer er regler og forventninger på hvordan du skal oppføre deg i samfunnet. Det er et sett med forventninger om hva som er rett og galt i en situasjon, sett fra samfunnets perspektiv.»*  
(Studieweb.no, 2022)

Normene formes ut fra det samfunnet de dannes i og de preges av hva flertallet mener er den beste måten å gjøre ting på. Normene er knyttet mot kultur. Ulike kulturer vil derfor ha ulike normer for hvordan man gjør ting. (Ugelvik, 2020, kap 1) Gjennom normene definerer man hvordan man ønsker at ting skal være, samtidig definerer man også avviket. Det man ikke ønsker. (Goffman, 2016, s.170) Det å ha en ikke-heterofil orientering er, ut fra definisjonen over, et normbrudd, jmf heteronormativitet, kap. 3.4.

Sosial kontroll er den metoden man benytter for å sørge for at medlemmene i samfunnet holder seg til normene. Durkheim beskrev hvordan de sosiale strukturene i samfunnet former menneskene. (Ugelvik, 2020, s. 20) Ved hjelp av sosial kontroll sørger vi for at alle forholder seg til den normen det er bestemt at skal gjelde. Dersom man bryter med normen settes det inn sanksjoner, samtidig som man kan oppleve belønning dersom man holder normen. På denne måten sørger man for at normene blir opprettholdt. For at normen skal endres må noen bryte ut, og sørge for at kontrollen endrer fokus eller virkemidler (Ugelvik, 2020, s.22).

Den sosiale kontrollen utøves på flere måter. Den kan blant annet være formell og uformell. Den formelle kontrollen kan vise seg gjennom lover, veiledere og retningslinjer. Den uformelle sosiale kontrollen er den som foregår der mennesker møtes. Den er ikke skrevet ned, men ligger i kunnskapen om «hvordan vi alltid har gjort det». Det er da heller ingen klarhet i hvem som skal gjennomføre sanksjoner, det er mer overlatt til at noen må ta ansvar, det kan derfor bli noe mer tilfeldig og uforutsigbart. (Ugelvik, 2020, kap. 1)

### 3.12 Beskyttelse og økt livsmestring

Et av målene med rusbehandlingen er å hjelpe pasientene til å skape seg et liv de ønsker å leve. Støtte bidrar til å gi oss motstandskraft mot de påkjenningene vi blir utsatt for. Dette er viktig for å danne grunnlag for god helse. Antonovsky er opptatt av opplevelse av sammenheng (OAS). Han beskriver det slik:

*«en helhetlig holdning som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgripende, varig, men dynamisk tillit til at ens indre og ytre miljø er forutsigbart, og at det er stor sannsynlighet for at ting vil gå så godt som man ved rimelighet må kunne forvente».* (Antonovsky, 2012, s. 17)

Teorien om salutogenese beskriver hvordan motstandsressurser kan hjelpe til med å skape OAS. En motstandsressurs kan defineres som: «*enhver karakteristikk av personen, gruppen eller omgivelsene som kan fremme effektiv mestring av spenning*». (Langeland, 2014, s.13) Målet blir dermed å finne pasientens motstandsressurser, slik at man kan jobbe helsefremmende og ikke bare ha fokus på lidelse.

Holmberg og Schjetlein (2010) skriver i sin artikkel at det har oppstått et tomrom etter at man fjernet sykdomsmodellen i synet på seksuell orientering, og at denne bør erstattes (Holmberg og Schjetlein, 2010). Nina Jahren Kristoffersen beskriver hvordan man kan benytte folkehelsearbeid til å jobbe for å utforme omgivelsene på en måte som styrker folkehelsen og hvordan man kan jobbe individrettet med å styrke personens ressurser og tro på seg selv. Skape handlingskompetanse for å kunne møte utfordringer i eget liv (Aahren Kristoffersen, 2019, s. 138). Ved å tenke slik ser vi at man kan jobbe på flere nivå for å gi enkeltpersoner og grupper bedre helse, ved å legge til rette for god helse, ikke ved å reparere sykdom.

I salutogenese er man opptatt av å avdekke personens historie og man kan jobbe med å strukturere denne historien på en annen måte, Jmf identitet kap. 3.3. Videre så ser man på hele personens livssituasjon og erfaringer, hva det er som har påvirket. (Langeland, 2014, s. 15) Det salutogene perspektivet passer dermed inn i forhold til den biopsykososiale modellen, ved at man tar ut, eller reduserer effekten av, det som skaper belastninger og setter inn det som styrker istedenfor.

### **3.13 Standardiserte behandlingsforløp og uregjerlige problemer**

Innenfor helse- og velferdstjenestene har man over tid utviklet en prosessenkning, der målet har vært standardiserte behandlingsforløp, god kvalitet og kostnadseffektivitet. Man har ønsket å få en bedre styring av tjenestene, fordi faglig profesjonelt arbeid kan være vanskelig å kontrollere. Man ønsket å overføre bruken av standardiserte behandlingsløp fra evidensbasert medisin til annen behandling. Slike standarder får preg av at det skal adlydes, det er ikke bare en veileder til hvordan man bør gjøre det. Det blir en detaljstyring fra toppen som setter en stopper for individuelle forskjeller. (Jerndahl Fineide og Ramsdal 2014, s 108-110)

Mange av problemene man skal behandle innenfor helse- og velferdsområdet er komplekse problemer som skjer i samspill mellom ulike faktorer. Dette kan være både individuelle og samfunnskapte problemer. Dette er det man betegner som «wicked problems» eller uregjerlige problemer (Vabø, 2014, s. 16). Det er ikke nødvendigvis en naturlig årsakssammenheng. Symptomene som vises kan være symptomer på andre problemer, for eksempel samfunnsstrukturen. Det at det er flere årsaksforhold betyr at man ikke nødvendigvis klarer å løse problemene en gang for alle og det finnes ikke en korrekt løsning. Man må løse problemene ut fra den konteksten de oppstår i og ut fra de



individuelle forutsetningene pasienten har. (Vabø 2014, s. 17-18) Dette står i kontrast til ønsket om detaljstyring.

Arbeidet som foregår innenfor helsevesenet, skal gjøre noe med mennesker. Vi må derfor koble handlingene vi gjør opp mot moral. Pasientene vil ha ulik innstilling til å ta imot hjelp og de kan reagere ulikt på lik behandling. Det bør derfor være muligheter for å endre intervensjonene, på bakgrunn av faglige begrunnelser. Dette stiller særlige krav til de som jobber nært pasientene. Man må vise ansvarlighet, ha gode kvalifikasjoner og vise evne til å jobbe sammen med pasientene. (Vabø 2014, s. 15) Dette kan i visse tilfeller sette fagpersonene i en skvis, mellom hvilke krav de skal oppfylle.

### ***Standardisering av TSB***

I januar 2019 innførte man «Pakkeforløp TSB». Bakgrunnen var at man opplevde at det var for stor variasjon i tilbudet overfor personer med rusmiddelproblematikk og man ønsket samtidig å styrke brukernes innflytelse. Pakkeforløpet starter og slutter i kommunen, men selve behandlingen foregår innenfor spesialisthelsetjenesten. Målet er at man skal få lik behandling uavhengig av hvor man mottar behandling. Spesialisthelsetjenesten er ilagt et rapporteringskrav, der man blir målt i forhold til måloppnåelse. Kommunen er pr i dag fritatt fra dette rapporteringskravet. (Åndanes et.al, 2020, kap.1)

Pakkeforløpet er foreløpig evaluert i to runder. Evalueringen viser at standardiseringen har ført til økt tidsbruk på administrasjon og registrering. Mange er positive til at pakkeforløpet har bidratt til bedre struktur på behandlingen, men ikke så mange mener at det er til det beste for pasientene eller har bidratt til bedre faglige kliniske beslutninger. (Åndanes et.al, 2020, s. 13)

Pakkeforløpet beskriver 21 områder man bør innom under den innledende kartleggingen. Seksuell helse blir nevnt, som et av punktene under området for somatisk helse. (Helsedirektoratet 2018a, s. 11). Ut ifra at seksuell helse her er satt sammen med somatisk helse, mener jeg man fort kan overse seksuell orientering som en del av dette. Somatisk helse dreier seg om sykdom og det kan dermed være naturlig å tenke at det er den tekniske delen av seksuell helse, det er meningen man skal kartlegge, slik som for eksempel impotens.

I 2019 ble KvaRus (Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler) innført. Dette er et stort spørreskjema og målsetningen er at alle pasienter innen TSB skal gjennomføre denne undersøkelsen (Helse Stavanger, 2018). I august 2020 inneholdt spørreskjemaet ingen spørsmål om seksuell orientering eller legning, men det var planlagt å legge inn et spørsmål om seksuell helse, men da uten henvisning til seksuell orientering. (Etter informasjon fra Sverre Nesvåg, ved KvaRus)

I tillegg til Pakkeforløp og KvaRus er TSB også regulert gjennom lovverk, forskrifter og retningslinjer. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet, som jeg har benyttet i denne oppgaven, er en av dem.

### 3.14 Det profesjonelle ansvaret og makt

Innenfor rusbehandling er det mange ulike behandlingsmetoder man kan ta i bruk. Duncan og Sparks beskriver virksomme faktorer i terapien og viser at selve metoden man benytter i terapien kun har 15 % betydning for effekten. Andre ting som betyr noe er utenom-terapeutiske faktorer 40%, forventning 15% og relasjonen mellom pasienten og terapeuten 30%. (Duncan og Sparks, 2008, s. 24). Forholdet til behandler vil dermed kunne ha betydning for utfallet av behandlingen.

I møtet mellom ansatte og pasient er man tildelt roller, (se kap. 3.6). Når man oppsøker spesialisthelsetjenesten, forventer man at de som jobber der har kunnskap om det du søker hjelp for. En ekspert er en som man forventer er spesielt dyktig og sakkyndig, det er det som skiller den fra andre. Ekspertbegrepet er dermed alltid relasjonelt, man er ekspert i forhold til noen andre. Det er dermed allerede i første møtet mellom ansatte og pasient, en ikke likeverdig relasjon, som vil påvirke samhandlingen. (Smeby, 2013, s. 17-18)

Fagpersonene har også definisjons- og tolkningsmakt. Dette innebærer at de kan beslutte hva som er relevant i saken og hvordan for eksempel adferd skal defineres, for eksempel gjennom diagnostisering. (Haugland, 2007 s. 276)

Ved siden av denne definisjonsmakten har fagpersonene også ulik grad av beslutningsmakt. (Haugland, 2007, s. 276) Sintef har gjennomført evalueringer av pakkeforløpet innenfor psykisk helse og TSB. Når det gjelder det å gi tilbakemeldinger om hvordan man opplever behandlingen, har de fleste pasienter og pårørende en opplevelse av at de har mulighet til det. Det er derimot mange som ikke benytter seg av muligheten fordi de ikke tørr. Dette begrunnes med redsel for at det skal medføre endringer i medisiner, at man kan miste tilbudet og man er redd for å såre behandlerens følelser og at behandler skal oppleve at pasienten betviler dennes kompetanse. (Åndanes et.al., 2021, s. 36). Dette viser hvordan de ansattes definisjonsmakt og beslutningsmakt kan skape en relasjon der pasienten står i et avhengighetsforhold til den ansatte.

Vågan og Grimen presenterer Foucaults maktanalyse gjennom å vise hvordan han unngår å lage en definisjon av makt, men heller beskriver det som noe som «... *Utspiller seg og utøves i konkrete og komplekse situasjoner og relasjoner, ....*». (Vågan og Grimen, 2010, S. 412) De beskriver videre hvordan maktmekanismene blir produktive gjennom at de blant annet produserer kunnskap og diskurser rundt individer. For denne oppgaven betyr det at de ansatte gjennom sine spørsmål, observasjoner og notater, skaper et kunnskapsgrunnlag, som danner grunnlag for videre handling. Man

benytter makten til å bestemme hva man ønsker kunnskap om og så benytter man kunnskapen man får til å utøve makten til å gjennomføre tiltak. Kunnskapsproduksjonen innenfor spesialisthelsetjenesten forutsetter dermed en maktrelasjon (Vågan og Grimen, 2010, s.412). Dette stemmer overens med erfaringene fra evalueringen av pakkeforløpet over. Videre viser de hvordan makten er produktiv fordi den produserer tenkemåter, vaner og ferdigheter. Pasienten kan begynne å se på seg selv gjennom den definisjonen som behandleren setter.

Ifølge Foucault er samfunnets diskurser ikke objektive, men historisk og sosialt konstruert. (Vågan og Grimen, 2010, s. 413)

*«Galskap, seksualitet, kjønn og kropp er for Foucault ikke gitte naturlige fenomener, men sosiale fenomener som studeres med utgangspunkt i hvordan de konstrueres gjennom språket på et bestemt historisk tidspunkt.»* (Vågan og Grimen, 2010, s. 413)

Foucault kan dermed tolkes på samme måte som Butler, (se kap. 3.4.) og Douglas (se kap. 3.10).

### **3.15 Etiske utfordringer**

Psykologspesialist Mai-Britt Grøsfjeld skrev i 2004 en fagartikkel, der hun så på om psykologene var etisk forpliktet til å ta hensyn til pasientenes barn innenfor psykisk helse. Artikkelen er skrevet i en periode da oppmerksomheten rundt pasientens familie og barn var liten, og det var ikke formelt bestemt hvordan en mulig involvering av familien skulle foregå. Hun oppsummerte sin drøfting med at relasjonen var preget av psykologen som eksperten og at pasienten var avhengig av psykologens kunnskap for å bli bedre. Hun peker på at denne typen ulikhet i relasjonen setter høyere krav til behandleren, for å se hva som må til for å nå målet. Ved å legge likt ansvar på behandler og pasient, skjer det en forskyvning i en relasjon som i utgangspunktet er hierarkisk. Ved å gjøre dette kan man si at behandleren misbruker sin makt, ved å ikke ta hensyn til sin ekspertrolle i relasjonen. Som ekspert kan man ikke legge det faglige ansvaret over på pasienten, det vil være etisk uforsvarlig. (Grøsfjeld, 2004)

Grøsfjeld skriver også om hvordan det å være foreldre er en viktig del av pasientenes identitet. Hun viser til Stålsett som hevder at man krenker personen når vesentlige deler av identiteten neglisjeres. Ved å ta hensyn til viktige deler av pasientenes identitet, vil man i større grad kunne romme individets samspill med omgivelsene. (Grøsfjeld, 2004).

Grøsfjeld sin artikkel er relevant for denne oppgaven fordi den legger ansvaret for å vite hva som er viktig for behandlingen på psykologen. Her vil det gjelde den ansatte. Man må benytte sin ekspertise til å hjelpe pasienten til å se hva som er relevante tema. Videre viser hun også til at det er viktig å ta

hensyn til pasientens identitet. Seksuell orientering er som vist en del av personens identitetsutvikling, og må dermed adresseres av den ansatte.

## 4. Vitenskapsteori og metode

Denne oppgaven er gjennomført ved hjelp av kvalitativ metode i form av semistrukturerte intervju (se kap. 4.2.6, *intervjuguide*). Jeg har benyttet en hermeneutisk tilnærming til intervjuene. Det vil si at jeg strategisk har valgt belysende eksempler fra intervjumaterialet som jeg, mot bakgrunn av mine forskningsspørsmål, har nærlest. Analysen er temastyrt, ved at jeg har kommet frem til tema fra intervjumaterialet, som jeg har analysert. Valgene er drevet av problemstillingen og forskningsspørsmålene, og inneholder en analyse av meningssammenhenger og kontekster, som i sin tur gir en fordypet forståelse av det informantene forteller. (Repstad, 2007, s.121). Slik sett kan man si at intervjuene er analysert ved å benytte hermeneutisk metode. I tillegg har jeg benyttet innslag av feministisk teori. Jeg vil i dette kapittelet først si noe om det teoretiske grunnlaget for så å gå gjennom hvordan selve forskningen er utført.

### 4.1 Hermeneutisk teori

Ved å benytte en hermeneutisk tilnærming er man ikke ute etter å finne den ene sannheten. Det man etterstreber er å gjøre kvalifiserte tolkninger. Det vil si man tar utgangspunkt i at fenomener kan tolkes på ulike måter. Målet er å finne den mest fruktbare tolkningen, som er den tolkningen som, til nå, gir mest mening. Når man gjør analyser for finne meningen ved et fenomen, søker man etter meningssammenhenger. (Thagaard, 2013, kap. 2.2)

Den videre gjennomgangen av hermeneutikk baserer seg på Nils Gilje, norsk filosof og kulturhistoriker, sin presentasjon av hermeneutikk som metode. (Gilje, 2019)

Hermeneutikken tolker meningsfullt materiale, materiale som er resultat av menneskelige handlinger og også selve handlingen i seg selv. Man benytter samlebetegnelsen «tekster». Man er på jakt etter bakgrunnen for det folk gjør, og hvordan dette viser seg i handling. (Gilje, 2019, s.12)

For å tolke en handling eller en tekst må man først forstå den. Noe man gjør gjennom å forstå hvilket utgangspunkt aktøren hadde, hvilken verden lever hen i, og hva var hensikten med handlingen (Gilje, 2019, s. 185). Ved å trekke inn disse vide sammenhengene, eller kontekstene, får man «tykke beskrivelser». Det er beskrivelser som ikke bare ser på hva som hendte, ble sagt eller skrevet, men setter det inn i en menings-sammenheng og forsøker å finne bakgrunn og mening med handlingen,

eller aktørens intensjon med handlingen. Først når meningsinnholdet i handlingen blir avklart, kan man virkelig forstå handlingen. (Gilje, 2019, s. 217)

Gilje viser til det hermeneutiske intersubjektivitetsprinsippet. Dette innebærer at individet handler ut fra det som individet opplever som virkelig. Det er den subjektive tolkningen av situasjonen som er avgjørende for handlingen. Målet for forskningen blir derfor å lete etter hvordan individet kan ha oppfattet situasjonen, hen handlet ut fra. (Gilje, 2019, s. 125) Dette tilsvarer, Thomas-teoremet, oppkalt etter sosiologen W.I Thomas, som sier: «*If men define situations as real, they are real in their consequences*» (Levin og Trost, 1996, s. 13).

Innenfor hermeneutikken er det, ifølge Gilje, et premiss, at vi alltid bærer med oss noen forutsetninger, som påvirker hvordan vi forstår og klassifiserer verden. Heidegger kalte dette «forforståelse» og Gadamer benytter uttrykket «forståelseshorison». (Gilje, 2019, s. 24) All forskning starter med en forståelse av et fenomen. Gilje viser også til Gadamers forhold til fordommer. Fordommer er ikke nødvendigvis negative. De er i utgangspunktet nøytrale fordi det kun er en dom, man feller før man har oversikt over hele situasjonen. (Gilje, 2019, s. 159) Når vi skal inn i forskning, må vi være bevisste både på vår for-forståelse og våre fordommer. Vi kan aldri starte med blanke ark. (Gilje, 2019, kap. 5)

Gilje beskriver Spinozas program for teksttolkning (Gilje, 2019, s. 72-73). En av delene er det Spinoza betegner som «den gyldne regel», Gilje omtaler dette senere i boken som «barmhjertighetsprinsippet» (Gilje, 2019, s. 244). Det innebærer at man skal tolke på en måte som gjør at informanten fremstår som konsistent og fornuftig. Når man opplever at det ikke er mulig å få til en positiv tolkning, kan man benytte mistankens hermeneutikk, som kan være når forskeren forsøker å avdekke det hen mener informantene forsøker å skjule eller som ligger i informantens underbevissthet. Når man skal tolke er det viktig å unngå feiltolkninger. (Gilje, 2019, s. 244 og 84)

Weber mente at empirisk (erfaringsbasert) forskning ikke skal konkludere eller beskrive hva man bør gjøre, men hva man kan gjøre. (Gilje, 2019 s. 141) Målet med en hermeneutisk analyse blir dermed å finne en nyttig tolkning av en situasjon og beskrive noen løsninger som man kan benytte videre.

## 4.2 Design og metode

Denne oppgaven søker å finne svar på spørsmål der det er viktig å få innsikt i hva informantene mener, om de ønsker endring og eventuelt hvordan det skal skje. (Kvale og Brinkman, 2018, kap. 6), Ved å gjennomføre en kvalitativ forskning får man mulighet til å få innsikt i hvordan informantene stiller seg til de fenomenene, man ønsker å undersøke. Man får mulighet til å vite noe om hvordan de tenker og føler rundt fenomenene. Dette går man glipp av gjennom en kvantitativ forskning fordi man da mer får et oversiktsbilde over hvordan informantene fordeler seg i forhold til allerede avklarte kategorier. (Hellevik, 2011, s. 110)

### **4.2.1 Valg av informanter**

Denne oppgaven handler om pasienter i rusbehandling. Ved å velge å se på selve behandlingen innenfor TSB, ble det viktig å gjøre flere avklaringer i forhold til avgrensning, etikk og refleksivitet, siden pasienter kan være en sårbar gruppe. For å finne ut av dette har jeg benyttet meg av godkjenningsprosessen fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) samt deres råd i forhold til forskning på sårbare grupper (NSD, 2022b) og de etiske retningslinjene til NESH (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora) sine anbefalinger (NESH 2021).

NESH beskriver at sårbare grupper har vært utsatt for maktovergrep og uetisk forskning. Det er en balanse mellom å ivareta sårbare grupper, skåne dem fra å bli forsket på, og at det er viktig at deres stemme kommer fram. (NESH, 2021, s. 26) NSD stiller blant annet krav om at man skal gjøre en vurdering om det er nødvendig å ha dem med for å gjennomføre forskningen, at deltagelsen må oppleves som frivillig, man skal benytte samtykke og man må vurdere belastningen det kan påføre. (NSD, 2022b) For å unngå de mest sårbare gruppene, har jeg valgt å intervju tidligere pasienter, og ikke pasienter som er i behandling. For oppgavens verdi er det viktig å ha pasientstemmen med, og jeg mener jeg oppnår det ved å benytte tidligere pasienter.

Ved første kontakt med informantene blant tidligere pasienter, har alle uttrykt at de opplever glede ved å kunne delta. De har uttrykt at de ønsker å bidra til at det blir satt søkelys på oppgavens tema og at det kan skje endringer. Det å la sårbare grupper komme til orde, som et ledd i å kunne påvirke sin egen situasjon, er omtalt som verdighetsforskning. Målet er å løfte frem sårbare grupper. Denne typen forskning er mye benyttet innen feministisk forskning. (Bjelland Kartzow og Solevåg, 2016, s. 7)

Når det gjaldt å intervju ansatte, var jeg preget av undersøkelsen om skeive barn og unge i barnevernet. (Paulsen m.fl., 2020) De beskrev i sin oppgave at de sjelden hadde opplevd å få så mange avslag på å delta i en undersøkelse. (Paulsen m.fl., 2020, s. 21) Jeg valgte likevel å gjøre et forsøk på rekruttering, da oppgaven ville få en helt annen forskningsmessig verdi, dersom jeg kunne belyse temaet fra to sider.

### **4.2.2 Rekruttering og utvalg**

Alle som skal delta i en forskningsundersøkelse som denne skal gjøre det frivillig. For å sikre dette skal man innhente et frivillig og informert samtykke. Dette innebærer at man ikke skal oppleve seg presset til å delta. Dette ivaretar man gjennom en nøytral invitasjon der det ikke er noen negative konsekvenser av å si nei til deltagelse. Man skal også sørge for at deltagerne har mulighet til å trekke seg fra deltagelse, så lenge det er praktisk mulig. (NESH, 2021, s. 17)

Et informert samtykke innebærer at deltagerne har fått informasjon om oppgavens omfang, hva den skal benyttes til og en plan for lagring av data. Informasjonen skal gis på et språk og en måte som informantene forstår. Samtykket skal også være dokumenterbart. Man skal kunne vise at deltagerne har samtykket og hva de har samtykket til. (NESH, 2021, s. 17) Informasjon og samtykkeskjema ligger som vedlegg I og II.

### ***Rekruttering av tidligere pasienter***

For å besvare problemstillingen best mulig har jeg som nevnt valgt å intervju personer som tidligere har mottatt behandling for rusmiddelavhengighet innen TSB, og som har en ikke-heterofil orientering. Dette er en kriteriebestemt utvelgelse (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2010, s. 109).

Bakgrunnen for at jeg valgte disse kriteriene er at det vil gi meg informanter som har personlig kjennskap til det temaet jeg skal undersøke. Dette gjør utvalget strategisk i tillegg (Thagaard 2013, s. 60).

For å rekruttere informantene har jeg benyttet meg av organisasjoner og selvhjelpsgrupper med medlemmer, som kan være i min målgruppe. Jeg har kontaktet ulike grupper innenfor rusmestring og skeive, via telefon og digitalt. På denne måten fikk jeg mulighet til å legge ut tekst på internettsider og «Facebook». Jeg har videre tilbudt meg å delta på åpne informasjonsmøter for å informere om oppgaven min, dette fikk jeg ikke tilslag på. Jeg har i tillegg spurt om tips fra personer som kjenner feltet, samtidig som jeg har oppfordret dem til å videreformidle kunnskap om min oppgave, gjennom å dele og like på Facebook. På denne måten har jeg fått delt informasjon om undersøkelsen, med oppfordring om delta, til over 8.000 mulige kandidater. I oppfordringen til å delta, la jeg ut kontaktinformasjon slik at mulige informanter kunne ta direkte kontakt med meg. På denne måten får ikke andre informasjon om at de melder seg til deltagelse i min oppgave, noe som opprettholder muligheten for anonymitet. (jmf NESH og NSD over) Denne måten å rekruttere deltagere på går inn under tilgjengelighetsutvalg. (Thagaard 2013, s. 61)

Utfordringen med denne måten å rekruttere deltagere på kan være at du risikerer at du kun får informanter som er kjent med hva forskning er og som ikke har noe imot å bli forsket på. Du kan også risikere at informantene i hovedsak kommer fra den delen av mulige informanter som føler at de mestrer situasjonen og ikke har noe imot å bli studert. (Thagaard 2013, s. 62) For denne oppgaven tenker jeg at dette er tilfelle. Det er sannsynlig at det er vanskelig å ta kontakt via denne typen henvendelser, dersom man ikke føler man har orden på livet sitt, eller ikke føler man har noe å bidra med. Jeg mener, på tross av dette, at informasjonen disse informantene har gitt har vært nyttig i forhold til oppgaven og at denne eventuelle skjevdelingen ikke har betydning for oppgavens relevans.

Ved å benytte denne rekrutteringsmåten fikk jeg kontakt med fire mulige informanter, hvorav en valgte å trekke seg før intervjuet ble gjennomført.

### ***Rekruttering av ansatte***

For å rekruttere informanter blant ansatte har jeg kontaktet ledere ved ulike institusjoner og avdelinger. Jeg har informert om oppgaven og ønsket om å intervju ansatte. Lederne som stilte seg positive har så informert om oppgaven til sine ansatte. Ved å gjøre det på denne måten, har jeg samtidig fått godkjenning fra ledelsen om at det er i orden for dem at jeg intervjuer deres ansatte innenfor deres arbeidstid. Denne måten å rekruttere informanter på er lik som for tidligere pasienter over, med samme type utfordringer. Med denne metoden for rekruttering av informanter fikk jeg tre stykker.

For å gi et best mulig datagrunnlag ønsket jeg å rekruttere noen flere informanter. Jeg henvendte meg derfor til eget faglig nettverk for rekruttering. Dette kan ha både fordeler og ulemper. Det viktigste er at man har et reflektert forhold til det. (Repstad, 2007, s. 82) Jeg hadde de samme utvalgskriteriene som over. På denne måten fikk jeg to informanter.

### ***Utvalgets størrelse***

Det er ingen fasit på hvor mange informanter man må ha i en kvalitativ undersøkelse. Det vil blant annet være avhengig av undersøkelsens størrelse, hvor mye ressurser man har til rådighet og hva man ønsker å undersøke. I en studentoppgave, som denne, kan man forsvare å ha under 10 informanter. (Johannessen, Tuft og Christoffersen, s.104) Det viktigste for utvalgets størrelse er at det er stort nok til å kunne belyse oppgavens problemstilling, samtidig som det ikke er større enn at man kan gjøre en grundig analyse av dataene. (Thagaard, 2013, s.65)

### ***Informasjon om informantene***

Jeg har fem informanter som arbeider innenfor TSB. Alle har jobbet i flere år og alle er over 30 år. Det er både kvinner og menn. Informantene har ulik utdanning, alt fra 3-årig høgskole til spesialistutdanning innenfor medisin. Informantene har alle pasientkontakt i sitt daglige arbeid, men har ulike roller overfor pasientene.

Jeg har ikke spurt om informantene, blant de ansatte, sin seksuelle orientering underveis i undersøkelsen. Jeg kan i etterkant se at ansattes seksuelle orientering hadde vært en nyttig informasjon. Det kunne gitt en innsikt i om ansattes egen seksuelle orientering, påvirker hvordan man forholder seg til pasientenes seksuelle orientering. Jeg har grunnlag for å anta at informantene er



heterofile, ut fra det som har kommet frem under intervjuene, i form av samtaler om familie og hvordan man ordlegger seg om at man kjenner til, har familie også videre med ikke-heterofil orientering. Ingen av informantene har informert om at de er ikke-heterofile.

Jeg har tre tidligere pasienter som informanter. De har ulik kjønnsidentitet og ulik seksuell orientering. Alle har behandlingserfaring fra TSB. Behandlingserfaringen deres strekker seg over et langt tidsrom, slik at det burde være mulig å fange opp en utvikling i behandlingstilnærmingene. Alle har vært innlagt i døgn, men har ulik erfaring både med lengde på innleggelsen og poliklinisk behandling.

I kapittelet for analyse er alle informantene gitt navn. Ansatte har fått navn som begynner på A, og tidligere pasienter har fått navn som begynner på B. Navnene er hentet på en nettside, som gir en oversikt over de mest vanlige navnene. (Alt om navn, 2022) Informantene har fått navn som stemmer med deres kjønnsidentitet.

#### **4.2.6 Data innsamling**

Datainnsamlingen er som sagt gjennomført ved hjelp av intervju. I et kvalitativt forskningsintervju har man som mål å få:

*«fyldig og omfattende informasjon om hvordan andre mennesker opplever sin livssituasjon, og hvilke synspunkter og perspektiver de har på temaer som blir tatt opp i intervjusituasjonen. Intervjuer gir et særlig godt grunnlag for å få innsikt i personers erfaringer, tanker og følelser.»* (Thagaard, 2013, s. 95)

Det er i relasjonen mellom forsker og intervjuperson at man utvikler kunnskap. Man skal være oppmerksom på at de to påvirker hverandre og at dette vil ha betydning for hvilken kunnskap som formidles. Relasjonen er asymmetrisk da det er forskeren som planlegger tema, definerer intervjusituasjonen og driver samtalen fremover. (Thagaard, 2013, s. 96) Informanten eier sin egen informasjon. Hen har dermed kontroll over hvilken informasjon hen vil gi og på hvilken måte. (Thagaard, 2013, s. 96)

Intervjuene har hatt som mål å få informantenes fortellinger, for å få innsikt i deres livsverden, som er Husserls begrep for den konkrete virkeligheten vi erfarer og lever (Svendsen, 2020). Slik sett kan man se intervjuene som narrativer. Jeg har vært opptatt av å få frem små historier som kan illustrere hvordan man opplever situasjonen fra to ulike ståsted, og dermed har jeg også fått frem hvordan man faktisk har to ulike utgangspunkt (Johannssen, Tufte og Christoffersen, 2010, kap. 8).

### ***Intervjuguide***

For å gjennomføre intervjuene har jeg laget en intervjuguide til hver av informantgruppene. «*En intervjuguide er et manuskript som strukturerer intervjuforløpet mer eller mindre stramt.*» (Kvale og Brinkmann, 2018, s. 162) I mitt tilfelle har jeg valgt å benytte intervjuguiden forholdvis stramt, ved at jeg har forsikret meg om at jeg har fått svar på alle spørsmålene i intervjuguidene. Selv om jeg har fulgt intervjuguiden nøye, vil jeg karakterisere intervjuene som semistrukturerte. Den inneholdt spørsmål rundt temaene i forskningsspørsmålene mine, og den ble ikke fulgt slavisk. Jeg lot samtalen gå sin gang og gikk heller tilbake til de temaene man ikke hadde vært innom underveis. (Johannessen, Tufte og Christoffersen, s. 139). Se vedlegg III og IV.

For å undersøke om spørsmålene i intervjuguiden ville gi den informasjonen jeg var ute etter, ble de testet ut på medstudenter og familiemedlemmer, for å unngå å «bruke opp» mine informanter på testintervjuer. Gjennom å gjøre dette, ble det tydelig at noen av spørsmålene måtte endres, da det viste seg at man svarte på andre ting enn det jeg ønsket informasjon om. (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2018, kap. 8).

### ***Intervjusituasjonen***

Intervjuene med de ansatte var godkjent av deres ledere. Jeg inviterte meg derfor inn på deres arbeidsplass, og intervjuene foregikk på deres arena. Dette vil være med på å skape trygge rammer som kan bidra til at man opplever det som mindre skremmende å delta i intervjuet (Thagaard, 2013, s.110)

Når det gjelder intervjuene av tidligere pasienter, møtte jeg på flere utfordringer. Da førstemann tok kontakt, oppdaget jeg at jeg ikke hadde tenkt gjennom hvor intervjuene skulle foregå. Jeg kunne ikke gjennomføre dem på jobben min, på grunn av taushetsplikt, både overfor innlagte pasienter og overfor informantene. Vi kunne heller ikke møtes ute på kafe eller lignende, både på grunn av taushetsplikt, men også for at jeg skulle få gode opptak (Kvale og Brinkmann, 2018, s.206). Det endte med at ett intervju foregikk hjemme hos meg, ett foregikk hjemme hos en informant og ett intervju foregikk via Teams.

På grunn av at informantene hadde ulik erfaring med en slik intervjusituasjon, og var i situasjoner der det var naturlig å være nervøs, ble noen av svarene korte. Derfor kan det være en fare for at jeg har stilt oppfølgingsspørsmål, som har vært førende. Jeg har forsøkt å være nøytral i oppfølgingsspørsmålene, men kan i etterkant se at jeg har vært noe styrende i forhold til å få dem til å snakke mer konkret om det jeg faktisk har hatt behov for informasjon om, samtidig som jeg har forsøkt å få bekreftende eller avkreftende svar på noen tema. (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2010, s. 109-110)

### 4.3 Behandling av data

Alle intervjuene er gjennomført med lydopptak på mobiltelefon. Jeg har benyttet diktafon-appen som er knyttet opp mot nettskjema (Universitetet i Oslo 2022a) og Tjenester for Sensitive Data (TSD) (Universitetet i Oslo, 2022b). Dette sørger for sikker lagring av dataene og er i tråd med kravene til denne type intervjuer fra NSD. (NSD, 2022a).

I ett av mine intervjuer, opplevde jeg at deler av intervjuet ikke ble overført til TSD sine lagringssider. Etter å ha sjekket dette ut, kom det frem at dette var en feil som av og til kunne skje. Høgskolen i Østfold, var ikke oppmerksom på dette, og hadde ikke advart om det. Dette er det nå kommet en advarsel om, med oppfordring om at man gjør dobbelt opptak, noe jeg gjorde med mine resterende intervjuer.

I forhold til intervjuet som ble borte, så har informanten fått tilbud om å gjøre det på nytt. Det ønsket hen ikke. Jeg har dermed nedtegnet dette intervjuet etter hukommelsen og informanten har godkjent denne gjenfortellingen.

Ved å benytte opptak, opplever jeg at intervjuene ble mer fri. I og med at det ikke var nødvendig å notere underveis, kunne jeg bruke oppmerksomheten min på å høre etter hva som ble sagt og tenke gjennom hvordan jeg kunne få mest mulig informasjon ut av informanten. Jeg opplevde også at det fikk mer form av en samtale, da hverken informanten eller jeg var opptatt av hva som ble skrevet ned (Thagaard, 2013, s. 111).

#### *Transkribering*

Alle intervjuene er transkribert av meg. Når man transkriberer overfører man den muntlige teksten til en skriftlig tekst. Samtidig skjer det en oversettelse. Skriftlig tekst har en annen oppbygning enn muntlig, og når den muntlige teksten blir skrevet ned, kan man miste mye på veien. Ved å gjennomføre transkriberingen på egenhånd har jeg fått mulighet til å gjenoppleve intervjuene og samtidig kunne jeg starte analysen av teksten samtidig. (Kvale og Brinkmann, 2018, kap. 10)

Jeg har etter beste evne gjengitt intervjuene ordrett under transkriberingen. Dette skjedde inne i TSD. Intervjuene ble så gjennomgått på nytt og anonymisert, for så å bli overført til egen PC. Deretter hadde jeg en ny gjennomgang, der jeg gjennomførte noen moderasjoner av det muntlige språket, fordi det er vanskelig å lese muntlig språk, og man kan som informant oppleve det som ubehagelig (Kvale og Brinkmann, 2018, kap. 10) De transkriberte og anonymiserte intervjuene er sent til gjennomlesning og godkjenning til den enkelte informant. Ønsker om endringer, er gjennomført ut fra informantenes ønske. På denne måten er innholdet kontrollert i forhold til pålitelighet og gyldighet. (Kvale og Brinkmann, 2018, s. 211-212).

## ***Tematisk analyse***

Tematisk analyse er en metode for å analysere data. Det er en type oppskrift på hvordan man kan gå frem for å gjennomføre analysen, organisere den, men den sier ikke noe om hva du skal se etter i analysen. Man jobber ved hjelp av å lage grupperinger av data som har fellestrekk, og man ser i utgangspunktet etter temaer som svarer på problemstillingen. (Johannessen, Witsø Rafoss og Rasmussen, 2020, kap. 10)

Jeg har valgt å benytte meg av Johannessen, Rafoss og Rasmussen som har valgt å dele den tematiske analysen inn i 4 steg. (Johannessen, Witsø Rafoss og Rasmussen, 2020, s.282)

### Steg 1: Forberedelse

I forberedelsen skal man skaffe til veie og få oversikt over data. (Johannessen, Witsø Rafoss og Rasmussen, 2020, s. 283) Jeg gjorde dette gjennom å gjennomføre intervjuene, transkribere, lage en mer skriftlig og anonymisert utgave av intervjuene samt lese gjennom flere ganger.

### Steg 2: Koding

Når man koder så fremhever man og setter ord på viktige poeng i dataene. (Johannessen, Witsø Rafoss og Rasmussen, 2020, s. 284) Dette ble gjennomført ved å formulere overskrifter for emner jeg mente jeg kunne se når jeg leste gjennom intervjuene. Etter hvert som jeg oppdaget ting jeg mente var interessante, laget jeg en ny overskrift. Jeg har også gått rundt med en liten bok, slik at jeg kunne notere ned assosiasjoner og tanker rundt innholdet i intervjuene, som dukket opp, til de underligste tider.

### Steg 3: Kategorisering

Når man kategoriserer organiserer man de første inndelingene av dataene inn i større og mer overordnede kategorier, det er dette som blir temaene i analysen. (Johannessen, Witsø Rafoss og Rasmussen, 2020, s. 294). Jeg gjorde dette gjennom å se på fellestrekk under kodingen for å finne hva jeg kunne sette sammen til et tema. Så arbeidet jeg med å finne hva jeg kunne kalle temaet for at det skulle ramme de undertemaene/kodene som jeg mente var viktige å ha med i den videre analysen. Jeg måtte også gjøre noen prioriteringer i forhold til hva som best ville belyse min problemstilling og forskningsspørsmål. Underveis i dette arbeidet vurderte jeg temaene opp mot, særlig forskningsspørsmålene mine, for å se om de temaene jeg fant interessante i dataene, svarte på disse. Forskningsspørsmålene mine hjalp meg på denne måten å ikke favne oppgaven for vidt, da det var mange veier jeg kunne gå, og mange temaer jeg kunne tatt med.

### Steg 4: Rapportering

Johannessen, Rafoss og Rasmussen beskriver dette som å skrive frem temaene. Det er her man skal fortelle hva man observert og tenkt og overbevise leseren om at dette er gyldige og interessante svar på

problemstillingen din. (Johannessen, Witsø Rafoss og Rasmussen, 2020, s. 301) Det er denne rapporteringen som ligger i kapittelet om analyse.

Gjennom mitt analysekapittel har jeg vist hva jeg har sett i dataene fra intervjuene, forsøkt å se hva dette kan bety for den enkelte informant, satt dette sammen med hva andre informanter har sagt, sett på hvilken betydning det kan ha for behandlingsrelasjonen for så å se hvordan dette kan henge sammen i et samfunnsperspektiv. Dette har jeg gjort gjennom alle temaene. Til slutt har jeg oppsummert og forsøkt å trekke det hele sammen til en håndterbar enhet.

### ***Forskningens pålitelighet og gyldighet.***

Det viktigste for at en forskning skal fremstå som pålitelig er at den er transparent (gjennomsiktig). Det skal være lett å se hva man har gjort underveis og hvilke hensyn man har tatt. Det skal også komme tydelig frem hva som er det teoretiske grunnlaget og hvilken forskning man har benyttet. (Thagaard, 2013, kap. 9.3.1) Jeg har gjennom hele oppgaven lagt vekt på å vise hva jeg har gjort, hvordan og hva som er bakgrunnen for det.

Videre skal det være tydelig hva som er forskerens egne ting og hva som kommer fra forskning, teori og innsamlet datamateriale. Ved å benytte lydopptak av dataene, kan jeg helt klart vise hva som er informantenes uttalelser og hva som er mine egne. (Thagaard, 2013, kap. 9.3.1)

Jeg mener oppgaven har en gyldighet i forhold til de tolkningene jeg har kommet frem til. Det jeg har lagt vekt på bygger på kunnskap fra annen forskning som jeg har relatert til rusfeltet, for å se om kunnskapen kan overføres. Jeg mener også at tolkningene jeg har gjort er gyldige i forhold til det jeg har studert. Jeg har hele veien vært opptatt av å forstå hva det er informantene har sagt og hvilke intensjoner de har hatt ved det de beskriver (jmf hermeneutikk). Jeg mener også oppgaven har overføringsverdi til alle møter i helsevesenet, da det hele veien dreier seg om møter mellom individer, og det å være interessert i å bli kjent med den personen du har foran deg. (Thagaard, 2013, kap. 9.3.3)

## **4.4 Ethiske refleksjoner**

All forskning der mennesker er involvert innebærer komplekse etiske problemstillinger. (Kvale og Brinkmann, 2018, s. 110). Aristoteles sier at «*Etikken ikke har som oppgave å gi en abstrakt teori om det gode, men heller å gjøre oss gode*». (Kvale og Brinkmann, 2018, s. 111) Man må benytte klokskap i sine etiske vurderinger og lære seg en etisk forskningsatferd. (Kvale og Brinkmann, 2018, s. 111)

Gode etiske vurderinger gjøres gjennom tykke beskrivelser ved å: sette vurderingene i kontekst, lage fortellingen rundt informanten før man begynner å fortolke, ved å lære av eksempler på både god og

dårlig etikk og å benytte seg av et forskningsfellesskap for å komme frem til gode løsninger. (Kvale og Brinkmann, 2018, s.112)

I forhold til denne oppgaven har jeg benyttet meg av tidligere erfaringer, diskusjoner med medstudenter, forelesere og teori, samtidig som jeg har forholdt meg til de etiske kravene til NSD og NESH sine etiske retningslinjer. Jeg har underveis i dette kapittelet vist noen av vurderinger som er gjort.

Jeg har vist hvordan jeg har vurdert i forhold til hva og hvordan jeg har vurdert når det gjelder anonymitet, frivillighet, sårbarhet, pålitelighet og tolkninger. Jeg har videre vist hvordan jeg har tatt forskningsetiske hensyn gjennom håndtering av data, presentasjon av materialet, transkribering, søknad til NSD og datasikkerhet. Informantene er informert om at de har hatt mulighet til å trekke seg fra undersøkelsen og de har hatt mulighet til å rette opp feil i intervjuene. (Kvale og Brinkmann, 2018, s. 107)

En kvalitativ forskning er en prosess der det man oppdager og erfarer underveis vil påvirke veien videre. Man må derfor hele veien foreta etiske vurderinger i forhold til hva informantene er invitert til å delta i, samtykket de har gitt og hvordan informasjonen de har gitt, blir benyttet (Thagaard, 2013, s.217). Påvirkningen av andre personers liv starter idet man kontakter dem første gang, fordi dette setter i gang prosesser hos mottakeren. I forhold til denne oppgaven, har det vært en gjennomgående prosess å være bevisst på hvilken påvirkning denne undersøkelsen kan ha for alle som kommer i kontakt med den. (Kvale og Brinkmann, 2018, s. 111)

### ***Min rolle som forsker***

Mitt ståsted i forhold til denne oppgaven er med utgangspunkt som en heterofil gift dame, som rundet 50-år underveis i studiet. Jeg har venner og familie med ikke-heterofil orientering, men jeg har et utenfra perspektiv når det gjelder å forstå hvordan det er å ha en ikke-heterofil orientering. (Levin og Trost, 1996, s. 30)

Jeg har mange års erfaring fra klinisk arbeid, der jeg har snakket med, kartlagt og hatt behandlingssamtaler med beboere, klienter, brukere, straffedømte og pasienter. Jeg mener dette har gitt meg en trygghet i møtet med mine informanter.

Det at jeg har valgt å forske på et tema som interesserte meg, men som jeg hadde forholdsvis liten kunnskap om, mener jeg har hjulpet meg til å gjennomføre en uavhengig forskning. Jeg hadde ikke bestemt meg for resultatet på forhånd.

Ved å gjennomføre intervjuer blir jeg selv et viktig redskap i forskningen. Jeg har hele veien vært bevisst på å forsøke å unngå å være styrende i samtalene og å innta en nøytral holdning. Det har i

denne oppgaven vært viktig å innta en interessert og lyttende rolle, fordi jeg er avhengig av informantenes informasjon for å kunne svare på oppgavens problemstilling. Jeg opplever at balansen mellom å fremstå på en vennskapelig måte og som profesjonell forsker har vært utfordrende. Særlig i forhold til de tidligere brukerne, som har invitert meg hjem, kommet hjem til meg og brukt av sin fritid for å delta i min oppgave. (Kvale og Brinkmann, 2018, s. 108)

Det er mitt ansvar som forsker å sørge for at jeg tolker tekstene på en måte som gjør at informantene kjenner seg igjen, og at jeg hele veien er klar over at jeg tolker tekstene utenfra og at jeg aldri kjenner hele situasjonen. Jeg har derfor lagt vekt på å være tydelig på å vise hva som er informantenes utsagn og hva som er min tolkning (Thagaard, 2013, s. 117)

Det har hele veien vært mitt mål at informantene ikke skal ta skade av forskningen (Thagaard, 2013, s. 117) og at de ikke skal angre på at de har deltatt.

Jeg mener min forskning er uavhengig. Det er ingen som har forsøkt å påvirke den på noen som helst måte, ut over at den skal bli best mulig. Det har heller ikke vært noe press i forhold til hva forskningen skal konkludere med (Kvale og Brinkmann, 2018, s. 108).

## 5. Analyse

Etter gjennomgangen av intervjuene har jeg kommet frem til fem tema som jeg har analysert. De fem temaene jeg har valgt er: «Holdninger, tabu og makt», «Kompetanse», «Utgangspunkt for å avdekke seksuell orientering», «Kartlegging» og «Rusmiddelavhengighet og seksuell orientering».

### 5.1 Holdninger, tabu og makt

Jeg vil nå se på hvordan ansattes holdninger kan påvirke i hvilken grad seksuell orientering blir tematisert i TSB. Videre vil jeg se på hvordan tabu og maktaspektet i behandlingen kan påvirke om seksuell orientering tas opp, og eventuelt hvordan denne påvirkningen skjer.

#### 5.1.1 Holdninger

*«Holdning er i sosialpsykologien en betegnelse for en tendens til å tenke, føle og handle positivt eller negativt overfor noe, som bestemte objekter, mennesker, ideer, verdier, med mer.» (Svartdal, 2020)*

Hvilke holdninger de ansatte har vil påvirke behandlingen av alle pasienter og jeg vil nå se på hvordan holdninger kan påvirke behandlingen av personer med ikke-heterofil orientering.

Andreas sier:

*«Så, akkurat som man er heterofil, så er man noe annet, født homofile. At det på en måte, hvis man konkluderer sånn, så er det på en måte et veldig enkelt utgangspunkt, som ikke er så vanskelig. Så det måtte være en varhet for hvordan man kan ha hatt det vanskelig. Hvordan man kan ha hatt et trøblete liv med å fortelle dette i forhold til sine nærmeste, altså familie osv. Men inntrykket mitt sånn totalt i samfunnet er at dette i ganske stor grad, i mange også tidligere konservative miljøer, har blitt, på en måte akseptert, og at ikke det er så veldig reaksjoner på dette.»*

Her sier Andreas mange ting som kan påvirke hvordan han og andre møter ikke-heterofile pasienter. Han beskriver en holdning om at homofili er medfødt og dermed normalt. Videre tar han utgangspunkt i at det har skjedd en samfunnsendring. Samfunnet er nå mer aksepterende, noe som gjør at det nå er lettere å stå frem. Likevel er han bevisst på at det kan ha vært vanskelig for noen.

Det at seksuell orientering er medfødt, har vært et viktig poeng for de som stod på barrikadene for homokampen. (Trettebergstuen og Nylund, 2017, s. 146) Likevel er det i dag ikke enighet om det er medfødt eller om seksualitet er noe man utvikler. De ulike synene medfører ulike utfordringer. Dersom det er medfødt, er det da et gen som kan avsløre at man er ikke-heterofil? Kan det da avdekkes før fødsel slik at man kan velge bort ikke-heterofile foster? (Trettebergstuen og Nylund, 2017, s.146) Lasse Philstrøm, lege og postdoc ved Nevrologisk avdeling ved UiO, forteller i en artikkel i Morgenbladet om en stor internasjonal studie, publisert i tidsskriftet Science, der de har forsøkt å finne en medisinsk forklaring på seksuell orientering. Der ser man på om det er spesielle gener som kan vise hva slags seksuell orientering en person kan antas å få. Det fremstår i artikkelen at det er usikkerhet på hva man skal med denne typen kunnskap. (Philstrøm 2019), Dermed kan man si at konklusjonen om at det er medfødt, ikke nødvendigvis gjør det enkelt, men derimot kan åpne opp for nye problemstillinger.

Særlig i møte med yngre pasienter kan holdningen om at det er medfødt møte motstand. Her kan man møte personer som ikke ønsker å bli definert inn i en kategori, og som vil utfordre det at ting er fast. Mange unge ønsker i dag en flytende seksualitet, noe som gjør at de utfordrer bastante konklusjoner. (Bang Svendsen, Stubberud og Farstad Djupedal, 2018, s. 179) Med dette som utgangspunkt kan det se ut som at det vil ta tid før dette er enkelt.

Homofili ble avkriminalisert i 1972 og i 1979 ble det fjernet som psykiatrisk diagnose. Holmberg og Schjetlein poengterer at etter avdiagnostiseringen, har det oppstått et tomrom. Fra å være noe man var opptatt av i fagbøkene, har det blitt helt borte. Dette har igjen vært en medvirkende årsak til at ikke-



heterofile opplever at seksuell orientering ikke blir et tema i behandling, da sykdomsmodellen ikke har blitt erstattet av andre betraktninger rundt seksuell orientering. (Holmberg og Schjetlein, 2010, s.31)

Dette siste tenker jeg er en viktig betraktning i forhold til Andreas sitt utsagn. Ikke-heterofil orientering har gått fra å være farlig til sykt til normalt. Det er bra, men man har i normaliseringen ikke tatt med at samfunnets reaksjoner ikke har fulgt denne utviklingen. Mange forholder seg fremdeles til det gamle, og det er mange som blir utsatt for reaksjoner som ikke er en bekreftelse på normalitet og aksept, men på det motsatte. Det er dette som ikke blir ivaretatt, og kan være det tomrommet som Holmberg og Schjetlein beskriver.

Med utgangspunkt i Omdal, kan man derfor tenke at når helsepersonell mener det er lett å være ikke-heterofil, kan det gjøre at de undervurderer viktigheten av å ta dette opp som tema, og dermed sender man signaler til pasientene om at det er irrelevant i denne behandlingen. Holdningen om at det er lett, kan dermed gjøre at man lukker for at pasienten informerer om sin seksuelle orientering (Omdal, 2018, s. 28).

### ***Heteronormativitet***

Heteronormativitet er noe ikke-heteroseksuelle personer møter overalt i samfunnet, jmf kap. 3.4. Men hvordan kan vi se at dette påvirker mine informanter.

**Bente:** *«Jeg tror det er et stykke å gå, for jeg vet at det for mange er et så innmari viktig tema og viktig del av helheten og at man kan legge mer til rette i behandlingsinstitusjonene og poliklinikkene for at det tematiseres.»*

*Ja, men som hetero, jeg vet jo ikke dette her, det vet jo kanskje de andre, eller dere eller hva det nå enn er, de som er hetero tror jeg nok ikke ser på det som et like viktig tema som vi som ikke er heterofile.»*

Berit gir et konkret eksempel:

*«Behandleren visste at jeg holdt på med den jenta, for det sa jeg til han. Så det var greit, så lenge det ikke gikk ut over behandlingen for noen av oss, så var det ikke noe problem.»*

**Meg:** *Vet du hva som hadde skjedd dersom det var en gutt?*

**Berit:** *Da hadde de vel hatt helt noia, for at jeg skulle bli gravid eller noe sånt. Jeg vet ikke om det er det de er så bekymret for, i fht at de er så stressa overfor gutter og jenter, men ikke i fht gutter og gutter og jenter og jenter.»*

Anne bekrefter det Berit forteller, om at man er opptatt av å tematisere når pasienter etablerer forhold til hverandre:

*«Så vi har jo seksuell helse støtt og stadig oppe her som tema for det er folk finner hverandre i behandling og vi tar det virkelig på alvor og respekterer det. Så vi tar det opp og løfter det da.»*

Berit og Anne beskriver her hvordan behandlingsstedet har to helt ulike utgangspunkt til at pasienter utvikler romantiske forhold. Ut fra dette kan vi tolke at Berits behandler enten ikke innså at et forhold mellom to jenter skaper like store konsekvenser som mellom gutt og jente eller at han følte det ville være enklere å bare overse det. Man kan her tillegge Berits behandler et heteronormativt syn, som tilsier at dette ikke var et ekte forhold, som det var behov for å tematisere i behandling.

### **Anerkjennelse**

De tidligere pasientene sier dette om hva det vil bety for dem, dersom seksuell orientering ble tatt opp som tema:

**Bjørn:** *«At du blir godtatt. Det er veldig viktig. Veldig viktig tema faktisk.»*

**Berit:** *«Ja, målet mitt i livet er ikke å gifte meg å få barn, som for det er for de fleste andre, så det er jo kanskje greit at man lærer at det er greit å ikke være A4.»*

**Bente:** *«Nei, jeg tenker at hvis man viser en liberal holdning fra start av, eller viser at man vet at det er forskjeller. ... At man legger lista fra start der, mye handler jo om hvordan man prater, ikke sant?»*

*Jeg fortalte jo i stad om der de omtalte kjæresten din som han eller hun, det har liksom noe med semantikk da, hvordan man omtaler ting og hvordan man fremstår. Og at man viser at man, at det er åpenhet for at man har forskjellig seksuell orientering.*

*Helt fra starten av, at det tematiseres. I grupper, eller at man har egne tema. Jeg vet at noen for eksempel markerer Pride. Selv om man ikke trenger å henge opp regnbueballonger og sånne ting, så er det noe med det at, ja, det er sånne småting, sånn som det.»*

Disse uttalelsene kan tolkes som at pasientene ønsker å bli sett og anerkjent. I møte med et heteronormativt system, kan man oppleve at man ikke blir tatt hensyn til og ikke finnes. Dette kan videre tolkes som at de opplever det å bli sett, som også å bli godtatt. Dette betyr at den måten behandlerne i Seland sin oppgave (se kap. 5.1.3, *Behandlers ansvar*) velger å vise respekt overfor sine ikke-heterofile pasienter, fører til det motsatte av det behandlerne ønsker å oppnå. Behandlerne der valgte å ikke ta det opp, for å vise at de aksepterer ikke-heterofile, mens pasientene i denne undersøkelsen sier at de ønsker å bli sett gjennom tydelige handlinger, som gjennom språk og tema i behandling. Informantene blant ansatte i denne oppgaven sier, se over, også at det er viktig å vise at det er normalt, og at man ikke skal tenke på det som noe spesielt.

Når det gjelder å vise anerkjennelse kommer dette frem blant de ansatte informantene:

**Arne:** «Det er jo kanskje det som er viktig at vi, at vi på en måte har med oss hele veien da, at, ja, det kan være lett, men det kan også være vanskelig.»

**Anne:** «Anerkjennelse, respekt, likeverd, altså ta med holdninger inn i disse samtalene, og det å våge å gjøre samtalene også, og kjenne på egen sårbarhet, og tilkortkommenhet. Anerkjennelse, at sånn er det.»

Arne kan her tolkes som at han anerkjenner at det er viktig at man hele veien har med seg at det finnes personer med ikke-heterofil orientering, og at de kan ha ulike opplevelser med seg. Det å se at seksuell orientering kan være vanskelig og lett, men at man ikke vet på forhånd hva som gjelder for hvem.

Annes uttalelse kan tolkes som at hun både har en bevissthet på at man skal møte pasientene med anerkjennelse, men at man også skal anerkjenne egne følelser og tanker. Hva er det jeg tar med meg inn i disse møtene, hva er det jeg må jobbe med? Er det noe ved mine holdninger som gjør at slike møter blir vanskelig? Dette kan man se på som en bevissthet rundt egne fordommer (se kap. 4.1). Med Gadamer som utgangspunkt kan vi si at Anne er bevisst på egne fordommer og hvordan dette eventuelt vil påvirke samtalene med pasientene. Annes uttalelse kan også være en bevissthet på eget kompetansebehov. Det å oppleve å komme til kort og føle seg sårbar, kan være et behov for økt kompetanse.

### 5.1.2 Tabu

Som vist under kapittel 3.10 om tabu, er det visse områder som er vanskelige, for blant annet helsepersonell å gå inn på, seksuell orientering er et av dem. Seland fant i sin undersøkelse (se kap. 5.1.3, *behandlers ansvar*) at de ansatte lot være å gå inn på seksuell orientering for å vise respekt.

**Anita:** «At man liksom ikke skal sette de i bås, fordi at det er så annerledes, fordi at de skal behandles som individer, det er individuelle vurderinger på alt. Men, det er klart at samfunnet vårt går, altså det blir mer og mere, jeg må bare passe så jeg ikke stigmatiserer folk her, men jeg skulle til å si sånne. Men det er jo ikke det jeg mente.»

Dette kan ses som at Anita har vanskelig for å si at det kan være viktig å ta opp ikke-heterofil orientering, fordi hun ikke ønsker å sette pasientene i bås. Hun er opptatt av å se på hver enkelt pasient som et selvstendig individ. Man kan tolke måten hun benytter ordet bås på, som at det er negativt. Dette er en talemåte, som vi nok benytter, nettopp som noe negativt, vi liker ikke å bli satt i bås. Men kan det å definere pasientene som ikke-heterofil være noe annet enn å sette dem i bås? I kapittelet om grupper/klassifikasjoner (kap. 3.9) så vi at grupper kun er en måte å organisere på. Det er egenskapene vi tillegger grupper som eventuelt blir negativt. Det er ingenting i dette intervjuet som tilsier at Anita,

tillegger ikke-heterofile negative kjennetegn. Det at hun ikke ønsker å sette dem i denne båsen, kan tolkes som at hun ikke ønsker å plassere dem i en kategori, som samfunnet har negative definisjoner på, at det er samfunnet som har stigmatisert gruppen.

Astrid er også opptatt av dette med bås. Men fra pasientens side:

*«... For noen så vil det være helt kjempeviktig, men for andre kan det være litt sånn, det har ikke jeg noe behov for å fortelle deg. Altså, har du behov for å plassere meg en i en bås?».*

Dette kan vi tolke som at Astrid, som Anita, mener man skal være varsom med å ta opp temaet, fordi pasienten kan reagere negativt. Når det gjelder informantene, blant tidligere pasienter, sier de at de ønsker at seksuell orientering skal bli tatt opp. De sier til og med at det burde være et eget tema. Bjørn: *«Det skulle vært et eget tema på stedet faktisk. Det er veldig mange som ikke tør å fortelle om det på grunn av skyld og skam.»* Astrid og Anitas engstelse kan dermed være unødvendig, forskningen (se kap. 2.2 og 2.4) og de tidligere pasientene i denne undersøkelsen, sier det ikke er noe å være redd for.

Ordet «bås» er et negativt ladet ord i denne betydning. Tangen Gundersen beskriver hvordan hun som psykiatrisk pasient opplevde det å bli satt i bås på en negativ måte. Hun opplevde først at det var godt å få rett diagnose, men opplevde at denne diagnosen satte henne i en bås som var for liten og tilla henne for mange egenskaper. Hun opplevde å bli fratatt å bli behandlet som et individ. Det var dermed ikke båsen i seg selv, men egenskapene som andre tilla henne som var problemet, altså selve stigmatiseringen. (Tangen Gundersen, 2017) Med utgangspunkt i hennes opplevelse, kan vi tolke uttalelsene til Astrid og Anita som at det er deres tanker om at, pasienten vil bli stigmatisert dersom de definerer dem i en bås, som gjør at de ønsker å la det være. Det blir en handling som kan definere pasienten negativt, som de ønsker å unngå, dermed blir hele temaet rundt seksuell orientering et tabu. Med utgangspunkt i at psykososialt arbeid også må ta inn over seg påvirkning fra samfunnsstrukturer, kan vi si at det er historien som skaper tabuet.

Det å få et stigma (Se kap. 3.8), innebærer at man blir tillagt negative egenskaper. Ut fra denne siste tolkningen kan vi si at samfunnets stigmatiserende holdninger, hindrer Anita i å adressere pasientens seksuelle orientering. Det blir et tabu for henne, fordi hun ikke ønsker å opptre på en måte som pasienten kan oppleve negativt. Pasienter kan unnlate å informere behandleren om sin seksuelle orientering, fordi de ikke vet hvordan det vil bli tatt imot (se kap. 2.1.6), vi kan tolke Anita på samme måte, og tenke at hun unnlater å ta opp temaet med pasienten, fordi hun er redd for hvordan det vil bli tatt imot av pasienten.

### 5.1.3 Makt

Jeg vil her vise om man kan se om og eventuelt hvordan maktforholdet i relasjonen mellom ansatte og pasient (se kap. 3.14) og maktaspektet som ligger i den ansattes avgjørelser, kan påvirke innholdet og utfallet av behandlingen.

All behandling i dag, skal skje i samarbeid med pasienten. Dette er slått fast i Pasient- og brukerrettighetsloven (2001, § 3-1). De ansatte har ansvar for å være oppdatert på hva som er god behandling for den lidelsen pasienten mottar behandling for. (Universitetet i Oslo, 2022).

Hvordan de ansatte vurderer hva som er viktige tema i behandlingen, vil påvirke innholdet i behandlingen, Jmf. kap. 3.14. På spørsmål om man bør kartlegge seksuell orientering spesielt kommer følgende opp:

**Anne:** *«Det står heller ingenting i Asien om åndelighet og trosretning og sånn, det er ikke tøstsjet en gang, så det er også et tema som er helt oversett i behandling.»*

**Astrid:** *«Så, men igjen seksuell orientering er jo veldig, det kan være veldig stort for noen, men det er en liten del av masse som påvirker seksualiteten eller den seksuelle helsa. Så hvis jeg skulle hatt med det i en kartlegging, så ville jeg hatt med mye annet også.»*

Dette dreier seg i utgangspunktet om standardisert kartlegging, jeg tar dem med her, fordi de kan analyseres på ulike måter. Det kan være en måte å prioritere på. Man anser det ikke som veldig viktig og dermed setter man ikke fokus på det. På denne måten benytter man seg av makten man har som ekspert til å definere overfor pasienten hva som er viktige tema for dennes behandling.

Videre kan det være at man faktisk gjør en vurdering, opp mot alle temaene som ikke blir tatt opp. Man kan lande ned på at siden de andre temaene ikke blir tatt opp, så velger jeg å heller ikke ta opp dette. Bakgrunnen kan være at man mener det ikke er riktig å prioritere dette temaet fremfor andre som også er viktige eller at siden det er mange andre ting som ikke blir tatt opp, så kan jeg droppe dette også. Astrid sier at dersom seksuell orientering skulle med, ville hun hatt med andre ting også. Dette kan tolkes som at hun mener det er viktig, men at det ikke er riktig å ta med kun det. Det må inn i en større sammenheng. Dette er sannsynligvis en faglig vurdering, seksuell orientering henger sammen med noe annet, det vil ikke bli en god kartlegging, hvis det kartlegges alene. Det kan også ses som et ultimatum, enten kommer flere ting med, eller så kan man droppe det. I en faglig debatt om hvordan man skal kartlegge, kan en slik argumentasjon, og bruk av ultimatum (som en måte å benytte makt på), ende i at man enten får det inn i en sammenheng, eller at alt uteblir.

Man kan også tolke det som at de ansatte ikke har oversikt over hvilke anbefalinger som ligger i veilederen. Der står det, som vist i innledningen, at man anbefaler å kartlegge seksuell orientering, og det er også begrunnet. Dersom det er slik at de ansatte ikke vet om denne konkrete anbefalingen, kan

det tyde på flere ting. For det første at de ansatte ikke lar seg regulere gjennom denne typen styringsdokumenter fordi de velger å ikke lese dem. For det andre at det er for mange retningslinjer, veiledere og pakkeforløp inn i en helhetlig behandling. Dersom det er et bevisst valg å ikke forholde seg til styringsdokumentene, er det alvorlig. Dersom det er et resultat av at det er for mange ting å holde styr på til at man kan være oppdatert på alt, viser det at denne måten å styre på ikke fungerer optimalt. Med tanke på at vi her snakker om uregjerlige problemer (se kapittel 3.13), kan det være lett å lande ned på at det er den siste tolkningen som her er riktig.

Hvis vi tar utgangspunkt i relasjonen mellom pasient og ansatt er dette som vist i kapittel 3.14 en ujevn relasjon. Pasienten forholder seg til at det er den ansatte som vet best. Berit sier følgende i samtale om at hun hadde fortalt om sin seksuelle orientering til sin behandler. *«Nei, det var bare en opplysning han tok til etterretning. .... Det var det at jeg følte jeg måtte være åpen for behandleren min i timene mine, derfor valgte jeg å si det.»*

Dette kan ses som at Berit har en tro på at man skal fortelle behandleren alt. Man skal være ærlig. Måten hun sier det på kan videre tyde på at hun ikke forteller det fordi hun ønsker det, men fordi hun tror hun må. Hun har en forventning til hva rollene som pasient og behandler inneholder, jmf kap. 3.6. Det at behandleren ikke responderer og tar tak i hennes informasjon, kan tolkes som maktbruk. Hvis vi ser dette fra Foucault sitt utgangspunkt benytter han seg av sin mulighet til å klassifisere denne opplysningen som uinteressant, og velger å fortsette behandlingen ut fra den han mener er riktig, uten å undersøke om Berit tenker at hennes seksuelle orientering er en viktig dimensjon i hennes liv og behandling.

### ***Behandlers ansvar***

Paulsen et.al. sin undersøkelse, om skeive barn og unge i barnevernet, viser at det blir sårbart når det skal være opp til den enkelte ansatte å «velge» om man skal ta opp seksuell orientering som tema eller ikke.

*«Gjennom intervjuene kommer det tydelig frem at det kreves bevissthet og kompetanse for å tenke at utfordringene barnet eller familien har (også) kan ha sammenheng med barnets kjønnsidentitet eller seksuelle orientering.*

*... Det kommer videre frem at også de som har god kompetanse på temaet kan synes dette er et vanskelig tema å ta opp og spørre om, også når de tenker at det kan være relevant» (Paulsen et.al., s. 110, 2020)*

Dermed kan det bli tilfeldig, ut fra hvilken ansatt man møter, om pasientens seksuelle orientering blir tatt opp. Undersøkelsen sier videre at pasientene blir sårbare av denne tilfeldigheten. (Paulsen et.al., 2020, s. 111)

Det er ingen grunn til å tenke at det er lettere for voksne å avdekke sin seksuelle orientering overfor hjelpeapparatet enn det er for ungdommene i undersøkelsen til Paulsen et.al. For noen kan det være verre.

*«En «komme ut»-prosess i godt voksen alder inneholder de samme prosessene som unge i samme situasjon opplever den. Forskjellen er at skyld- og skamfølelsen er desto større og har en mer alvorlig karakter.» (Angeltvedt, s. 16)*

Alle mine informanter blant tidligere pasienter, sier at det bør være behandler eller institusjonens ansvar å ta opp temaet om seksuell orientering. Bente sier:

*«Sånn sett, tenker jeg det bør være behandler sin oppgave. Å tematisere det eller bringe det frem. Uansett hva slags legning man har, om man er heterofil eller hva man er, så tenker jeg at det er behandlerens ansvar.»*

Videre forteller hun om hvordan det, som kan ses på som enkle grep, kan skape en opplevelse av inkludering og anerkjennelse.

*«Flere av psykologene der, valgte å bruke han eller hun, når de skulle benevne for eksempel kommende kjærester eller tidligere kjærester eller antagelsen om tidligere kjærester. Jeg husker i hvert fall veldig godt hvordan det påvirket meg til å tenke at «ok, de har i hvert fall en bevissthet om at det går an, det tas ikke som en selvfølge at man tiltrekkes av det motsatte kjønn.»*

På spørsmål om hva det gjør med henne at det blir tatt som en selvfølge at man er heterofil i behandling svarer Bente: *«Jeg tror det gjør at man holder kjeft. At man ikke tørr å være åpen om egen legning.»*

Her kan Bente være inne på noe viktig. Plasseringen av ansvar og konsekvensen av at ansatte ikke er bevisst på hvordan heteronormativiteten preger helsevesenet. Jeg har valgt å kalle dette for «invitasjonens betydning». Ved å invitere pasienten til å snakke om temaet, viser den ansatte at man er bevisst på at det ikke bare er ett alternativ, slik Bente beskriver, og man åpner opp for at det er mulig å snakke om det. I samtalen rundt psykologen som sa han/hun i fht kjæreste, ble Bente spurt om det var tryggere å være der da, hun svarte: *«Jeg synes det. Jeg føler at jeg blir glad inni meg på en måte».* Dette viser hvor lite som skal til, og hvor viktig det er at ansatte tar dette ansvaret og ikke lar det være opp til pasienten å ta opp temaet.

Astrid forteller om hvordan hun bruker PLISSIT-modellen (P - Permission, LI - Limited informasjon, SS – Specific suggestions og IT – Intensiv therapy), en modell som beskriver ulike nivåer for å snakke om seksuelle temaer på (Gamnes, 2021, s. 530), som en bevisstgjøring av viktigheten av å åpne opp

for samtaler. Samtidig bekrefter hun det de tidligere pasientene sier om at seksuell orientering aldri har vært tema i deres behandling.

*«Det er jo derfor den P'en er så viktig, den tenker jeg at vi må nødt til å åpne for, at for når man får spørsmål, og man føler at det er trygt, opplever jeg at det er veldig uanstrengt å snakke om det. Og mange sier at de har vært i behandling mange ganger før, de har gått til psykolog eller et eller annet, de har aldri snakket om det. Det har aldri vært et tema. Det har vært utafør alt annet og så får man også gjerne beskjed i behandling at, ja men det skal du ikke ha fokus på nå, hvis vi tenker seksualiteten din, nå skal du tenke på deg sjøl, nå skal du jobbe med deg sjøl. Men man kan jo ikke legge vekk den seksualiteten vår, den er jo med deg uansett, og får man ikke pratet om det, så vil jo det overskygge alt».*

Dette kan ses som en illustrasjon på at det pr i dag er opp til den enkelte behandler/ansatt om de tar opp teamet seksuell orientering eller ikke, og at det dermed blir tilfeldig. Det er ikke pasientens behov, men den ansatte eller behandlerens bevissthet som er avgjørende for hvordan behandlingen blir.

Bente sier over at det bør være behandlerens ansvar å ta opp temaet seksuell helse. Berit og Bjørn snakker om det samme.

**Bjørn** sier: *«Det burde være et eget tema på stedet faktisk.»*

**Berit** sier: *«Behandler, det kunne jo ha vært en del av det de spør om.»*

Seland fant i sin masteroppgave at de ansatte valgte å vise aksept og inkludering overfor skeive ved å ikke tematisere seksuell orientering i behandlingen. Deres oppfatning var at gjennom å være nøytrale til seksuell orientering så viste man at det ikke spilte noen rolle hva slags orientering man har. (Seland, 2018, s. 46)

Arne sier dette i fht å ta opp seksuell orientering med pasienter *«Jeg tar det opp med pasientene når de åpner opp for det.»*

Andreas sier: *«Og pasienten skal styre temaene, på en måte, at man skal ikke trenge seg inn på ting de ikke er klar for å snakke om, men være veldig tilgjengelig, være veldig åpen og imøtekommende for det man ønsker å snakke om.»*

Andreas og Arne viser her en annen innfallsvinkel enn informantene til Seland. Man kan si at de har en varhet for at man ikke skal snakke om eller ta opp temaer som pasienten ikke er klar for å snakke om. Ut ifra kunnskapen, om hvor vanskelig det er for mange ikke-heterofile å ta opp seksuell orientering med ansatte, mener jeg denne ivaretagelsen fører til at det kan bli en dobbelt hindring for at temaet skal komme frem. Pasienten lar være å si noe fordi de opplever at den ansatte ikke er interessert, samtidig som den ansatte lar være å ta opp temaet fordi den oppfatter at pasienten ikke har behov for å snakke om det.



En artikkel av Lise Marit Kalstad viser hvordan dette dilemmaet, om hvem som er ansvarlig for å ta opp seksuell orientering, kan få alvorlige konsekvenser. Artikkelen beskriver en pasient som etter å ha hatt samme fastlege over flere år, informerte legen om at han var homofil. Legens reaksjon på opplysningen var at han fremstod som sur, og anbefalte pasienten å bytte fastlege, fordi han opplevde det som et tillitsbrudd at pasienten ikke hadde gitt denne informasjonen tidligere. Legen legger, slik historien er fortalt, alt ansvar over på pasienten. Legen hadde aldri tatt seksuell orientering opp med pasienten. (Kalstad, 2022)

#### 5.1.4 Sammendrag

En ikke-dømmende holdning er grunnleggende for å gi god behandling, men er ikke nok. Også her kommer det frem at man er avhengig av den ansattes bevissthet og handling, for at temaet skal bli tatt opp.

De ansatte må anerkjenne, gjennom tydelig handling, at de ser, vet om og aksepterer ikke-heterofile. Det å overvinne tabuet rundt seksuell orientering blir dermed viktig.

Videre må de ansatte være bevisst på at de gjennom sin rolle har makt til å bestemme innholdet i behandlingen. Det påligger dem dermed et ansvar for å sørge for at de har et godt kunnskapsgrunnlag for å fatte slike beslutninger. Bevissthet og kompetanse om seksuell orientering blir dermed vesentlig.

## 5.2 Kompetanse

Informantene blant ansatte har fått spørsmål om seksuell orientering har vært et tema i deres grunnutdanning. Alle svarer at det har vært forsvinnende lite eller helt fraværende. De som hadde hatt noe undervisning, forteller at det stort sett har dreid seg om seksuelle overgrep, seksuelle sykdommer, hvordan sykdommer påvirker sexlivet og konsekvenser av overgrep. I sammendraget av Paulsen et.al. sin undersøkelse fra barnevernet viser de til en grunnleggende mangel i basiskunnskapene til de ansatte og de viser også til at de ansatte etterspør mer kunnskap. (Paulsen et.al, 2020, s. ix)

### *Hva forventer pasientene?*

På spørsmål om hva slags kompetanse de ansatte bør ha, svarer de tidligere pasientene følgende:

**Bente:** «Helt basic. De bør jo vite litt mer enn guttetiss og jentetiss. Jeg tenker litt sånn, man trenger ikke å vite alt så lenge man er åpen. For å ta imot erfaringer og opplysninger og meninger. Det er jo selvfølgelig fint om man har litt kunnskap.»

**Bjørn:** «Altså, praktisk sette seg litt inn i det da. Og som man sier, skal du jobbe med rus, vil jeg helst at personalet har rusbakgrunn. For da kan du hjelpe bedre. Når du snakker om seksualitet og legning, må du i hvert fall ha et åpent sinn, du behøver ikke å være skeiv, nei. Bare være orientert med et åpent sinn, så er det kjempefint.»

**Berit:** «De burde kanskje, i hvert fall vite navnet på alt og hva det innebærer. Det finnes faktisk folk som er A-seksuelle.»

Uttalelsen til Berit kan tolkes som at hun ønsker å vise at det er viktig at ansatte er bevisst på variasjonen, og at det også er flere varianter enn de som man vanligvis omtaler når man snakker om seksuell orientering.

Informantene, blant tidligere pasienter, sine uttalelser kan videre tolkes som at de ikke er opptatt av at ansatte skal ha inngående kjennskap til forhold rundt seksuell orientering, men at de ønsker en bevissthet rundt at det finnes personer som er ikke-heterofile og at når dette avdekkes så skal de ansatte være i stand til å ivareta personen og opplysningene på en god måte.

Det kan bety at det ikke er noe egentlig behov for at ansatte skal vite mye om seksuell orientering, eller at pasientene, gjennom møtet med det heteronormative helsevesenet er vant til å ikke bli sett, og at det å bli møtt med en heteronormativ forventning, gjør at all oppmerksomhet rundt temaet er bedre enn ingenting. Bente som opplevde glede av at psykologen sa han/hun i fht kjæreste er ett eksempel på det (se kap. 5.1.3, *Behandlers ansvar*).

### ***Ansattes kompetansebehov***

Anita beskriver hvordan hennes arbeidssted håndterte en situasjon der det var behov for økt kompetanse.

*«Ja, foreningen Fri, de var her, og det var jo kjempebra .... Nei, fordi at de hadde jo, for det første noen med erfaring. Jeg tror det er så viktig at man kan tørre å spørre da, så får man svar og det synes jeg de var kjempegode på .... For da hadde vi jo hatt en pasient inneliggende hos oss, som hadde bytta kjønn, og det var kjempe mye drama rundt denne dama, og kjempe mye frustrasjoner, for vi visste ikke hva vi skulle, hvordan vi skulle håndtere det.»*

Selv om Anita her beskriver en situasjon med en pasient som har byttet kjønn og utfordringene rundt det, mener jeg det er overførbart til om det hadde vært utfordringer rundt ikke-heterofile pasienter. For det første fordi hun beskriver nytten av å ha inn noen med kompetanse og erfaring som det er lett å spørre. Noen som kan svare på det de ansatte lurer på. For det andre beskriver hun et drama, i avdelingen, der de ansatte ikke var enige i hvordan de skulle håndtere en person som hadde skiftet kjønn. Dette viser hvordan personalets kompetanse blir utfordret og at det skaper utfordringer som de

har behov for hjelp til å finne gode løsninger på. Personalets holdninger kan også bli utfordret i møte med ikke-heterofile pasienter og det kan da også være nyttig for å innhente kompetanse utenfra.

Astrid forteller hvordan de på hennes arbeidsplass har benyttet pasient- og medarbeiderundersøkelsen til å undersøke hvordan man opplever personalets kompetanse til å snakke om seksuell helse.

*«Som medarbeider så blir du spurt om du føler deg, at du har trygghet og kompetanse til å snakke om seksualitet med pasienter. Og så blir det spurt om hvordan pasientene opplever det, for å se, er det liksom kjempesprik? Tror vi at vi er gode på å prate om det, og hva tenker pasientene? Så de på brukerundersøkelsen får spørsmål om: føler du at personalet har kompetanse til å snakke om seksualitet? Og jeg tror også det er spørsmål om du føler du kan være åpen om din seksuelle orientering.»*

Som et resultat av denne undersøkelsen forteller Astrid at de hadde Rosa-kompetanse inn som forelesere på en fagdag.

Dette er to eksempler på at man i rusfeltet kan ta seksuell orientering på alvor og at man innhenter kompetanse, når man opplever at dette mangler. Det er også et tegn på at kompetansen finnes der ute og at det er fullt mulig for behandlingssteder innenfor TSB å øke sin kompetanse på området. Det er opp til det enkelte behandlingssted eller den enkelte ansatte å søke denne kompetansehevingen. Dette kan ses på som et paradoks, i og med at rusfeltet blir ansett for å være heteronormativt (se kap. 1.2, *Behandlingsretningslinjen i TSB*) og at man dermed kanskje heller burde opplære feltet og ikke tenke at de skal komme på det selv.

### ***Manglede kompetansebehov***

Mine informanter blant tidligere pasienter forventer ikke så mye kompetanse blant de ansatte, men hva tenker de ansatte? Trenger de å øke sin kompetanse og hva trenger de kunnskap om?

**Arne:** *«Man burde ta det opp på generell basis i fht at man skal vite at det finnes. Være bevisst på at dette er noe pasienter kan være opptatt av og at noen kan ha tanker og kanskje streve med å finne ut av egen seksualitet.»*

*Ikke naturlig at alle har inngående kunnskap om seksuell orientering, man må være i stand til å møte pasientene på det når det kommer opp, men naturlig at man henviser videre, for de som har behov for å snakke mer om det.»*

**Andreas:** *«Hva som finnes av vitenskapelig forskning, og hvorfor man på en måte mener som man mener om dette, det tenker jeg er viktig. Og jeg tenker jo også at det er viktig at man lærer noe om seksualitet i sin alminnelighet.»*

**Anne:** «Vi burde hatt, fordi vi skal være i lik behandling, yte den samme, og ikke individuelle, altså på en måte personlige tanker rundt det, at vi burde hatt, ikke en mal, men et likt tankesett.

*Og forståelse for hva det er vi skal stille spørsmål om og, ja, ivareta.»*

**Astrid:** «Man bør generelt øke kompetansen på hvordan man snakker om seksualitet og seksuell helse.

*Så på en måte tenker jeg at man må kunne spørre og være nysgjerrig og få høre stemmen til pasienten og hvordan den definerer det, ute å komme med løsninger. Og selvfølgelig, uten å tenke, i min verden, i min moral er dette ikke greit, eller det høres, men ha et nysgjerrig åpent sinn da..... Så den viktigste basiskunnskapen jeg tenker at man trenger, er at man åpner like mye opp for å snakke om det temaet, som alle de andre temaene.»*

**Anita:** «Kompetanse er viktig for at vi, kanskje det kommer en person inn da, som er trans, som ønsker å bare være den den er, og at vi har litt kunnskap om hva det er.

*Så jeg tror nok at vi bør ha en sånn grunnkunnskap, men det å kunne bokstavene og noen sånne ting. Ja, kanskje noen tenker det er respekt at vi kan.»*

Ser vi de ansattes uttalelser opp mot det de tidligere pasientene sier, så kan man tolke det som om de to gruppene egentlig er enige i hvilken kompetanse de ansatte bør ha. Det går på å kunne noe om at det finnes andre seksuelle orienteringer enn heterofil, det å kunne snakke om temaet, være bevisst på egne holdninger og vise respekt. Ser vi dette opp mot erfaringene fra gruppetilbudet ved A-senteret og deres funn, kan det se ut som om de ansatte ikke har oversikt over hvilken kunnskap man bør ha, for å kunne gi ikke-heterofile god behandling. Det man fant hos A-senteret er at de ansatte må ha kunnskap om hva det innebærer å være ikke-heterofil, også ut over det tekniske. (Holmberg og Schjetlein, 2010)

Dette vil kreve at man i tillegg til kunnskap om at det finnes ulike former for seksuell orientering, må vite noe om hvordan samfunnets holdninger og reaksjoner kan påvirke ikke-heterofile personer på en negativ måte.. Både Selle, Angeltvedt og Holmberg og Schjetlein er opptatt av at ikke-heterofile ikke trenger annen behandling enn heterofile. Men de trenger noe i tillegg. De trenger at man ivaretar og undersøker hvordan de har opplevd konsekvenser fra samfunnet på deres seksuelle orientering og eventuelt hjelper dem til å håndtere det. (Selle 2007, Angeltvedt 2004 og Holmberg og Schjetlein 2010)

### ***Økt kompetanse hjelper***

Astrid og Anita beskriver hvordan økt kompetanse kan hjelpe dem til å bli bedre og tryggere i møte med pasientene. Astrid:

*«Spesielt i starten når jeg begynte å jobbe her kjente jeg at dette temaet er noe jeg, i samtaler med pasienter som begynner kanskje å snakke om litt, at man som behandler ikke har de riktige verktøyene for å følge opp samtalen, men blir usikker på hva det kommer av? Det merket jeg ble veldig mangelfullt hos meg, som jeg tror også mange andre kjenner seg igjen i, og man ønsker mer kunnskap og kompetanse for å snakke med pasienter om seksualitet og seksuell helse, og orientering»*

Anita har benyttet seg av kompetansen til en kollega for å bli tryggere i sitt møte med ikke-heterofile pasienter.

*«... men jeg har hatt en kollega som er hen, som jeg har lært veldig, veldig mye av. For det med hvordan man snakker, det at man spør og er nysgjerrig, men samtidig med veldig mye respekt da, har jeg lært veldig mye av hen.»*

Både Astrid og Anita forteller her om hvordan man på egenhånd kan ta ansvar for å heve sin kompetanse på området. Anita forteller hvordan hennes kollegas tilstedeværelse i diskusjoner medførte at de andre ansatte måtte tenke seg om når de snakket, og de kunne få stadige tips til hvordan de kunne håndtere ulike problemstillinger rundt ikke-heterofile pasienter. Hun opplevde det også som nyttig å ha en kollega, i umiddelbar nærhet, som hun kunne spørre om råd. Deres eksempler viser at å heve egen kompetanse om seksuell orientering, er avhengig av egen innsats og bevissthet om at det er nyttig.

Ut ifra det informantene, i denne undersøkelsen, sier kan det se ut som at de ser seksuell orientering som noe separat. De ser ikke hvordan det kan påvirke helheten og livet til pasienten.

Rolf M. Angeltvedt fra Helseutvalget – sammen for bedre homohelse, sier:

*«Vi tror at kunnskaper om identitet, seksualitet og miljø vil kunne bidra til å gjøre lesbiske kvinner og homofile menns livssituasjon meningsfull, håndterbar og begripelig, noe som er et viktig bidrag i et bredere helseperspektiv.» (Angeltvedt, 2004, s. 16)*

### **5.2.1 Sammendrag**

Så langt i undersøkelsen har det ikke kommet noe entydig svar på hva slags kompetanse det er behov for at de ansatte innenfor TSB, bør ha i forhold til seksuell orientering. Det som har kommet frem er at de bør ha noe. Samtidig viser informantene at når det oppstår utfordringer eller det avdekkes kunnskapshull, er det mulig å innhente kompetanse, og at når man gjør det, så oppleves det som nyttig.

De tidligere pasientene, er vant til lite, og krever dermed lite. Det kan også være at de selv ikke vet hva som hadde vært nyttig.

Det er slått fast, både gjennom litteratur og styringsdokumenter, at kunnskapen på feltet bør økes, jmf kap. 2.6. Samlet sett blir det et paradoks at kompetansen som finnes innenfor feltet, må etterspørres, den blir ikke tilbudt.

### **5.3 Utgangspunkt for å avdekke seksuell orientering**

Som vist i kapittel 1.2 (*Behandlingsretningslinjen i TSB*) er det anbefalt gjennom retningslinjen for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet at man bør tematisere seksuell orientering i rusbehandling. Gjennom intervjuene kom det frem at det er ulike innfallsvinkler og metoder for å avdekke seksuell orientering. Avdekke er et vanlig ord i denne sammenhengen, og brukes for å beskrive at man gjør informasjon som er ukjent eller hemmelig for andre, kjent.

Selv om jeg i denne oppgaven har tatt utgangspunkt i pasientens seksuelle orientering som den man forelsker seg i, handler seksuell orientering også om sex, noe det kan være utfordrende å snakke om (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 27).

Samtidig er det slik at det for mange er en direkte kobling mellom seksuell orientering og sex. Når man forholder seg til en persons seksuelle orientering så forholder man seg ofte automatisk til denne personens sexliv (Paulsen et.al. 2020, s. 70). Det kan være ulike grunner til dette, en av dem kan være historisk. Opp gjennom historien har reaksjonene, særlig på homofili vært knyttet til selve seksualakten. (Johansen, 2019, kap. 2)

Man kan derfor se for seg at det kan være vanskelig for ansatte å snakke om seksuell orientering fordi det er så nært knyttet opp mot sex, og sex er noe som man snakker lite om. Ester Seland gjennomførte, i sin masteroppgave, fokusintervjuer med ansatte i rusbehandling. Hun fant bla at informantene refererte til skeiv legning som en seksualisert handling, samtidig som de både viste og innrømmet liten kunnskap om hva det innebærer å leve som skeiv (Seland, 2018, s. 58-60). Dette kan tyde på at det er et behov for å gjøre et skille mellom det som handler som seksualiteten til den enkelte, og identiteten gjennom å være ikke-heterofil, som er knyttet til noe mer enn sexlivet.

#### ***Seksuell helse***

Anne forteller at hun snakker med pasientene om seksuell helse.

*«Vi snakket mye om seksualitet, og hvordan ivareta seg selv knyttet opp mot rus og den rusatferden som, som på en måte kan lede til å bli veldig grenseløs»*

På denne måten klarer hun å kombinere det å snakke om seksuell helse og samtidig flette inn hvordan rusen kan ha påvirket den seksuelle aktiviteten til pasienten. Hun er opptatt av å finne en arena der det er rom for å snakke om vanskelige ting, og er bevisst på hvordan hun går frem. Hun sier videre:

*«... Sånn at en kan legge til rette for at pasienten, eller brukeren eller hva en kaller det, kan få rom for å si, hva er seksuell helse for meg? Hva er, hva vil jeg si er normalitet, snakke om hva som er normalt for meg, hva er viktig for meg?»*

Hun forteller videre hvordan hun ut fra dette kan føre samtalen inn på tidligere erfaringer i fht seksualitet, holdninger, seksuell orientering og over til mer tekniske ting.

Dette kan tolkes som at Anne gjennom å skape en ramme der det er trygt å snakke om seksuell helse, også skaper en situasjon der det vil være trygt for pasienten å ta opp egen seksuell orientering. Slik Anne forteller gir hun inntrykk av at hun skaper en relasjon der hun starter samtalen og så følger pasienten i dennes refleksjoner.

Astrid forteller om hvordan de har løst denne utfordringen på hennes arbeidsplass.

*«Og da tenker jeg at når det ligger i behandlingsplanen da, som det punktet om seksuell helse, så går man jo gjennom det ..... Behandlingsplanen blir jo oppdatert hver sjette uke, og punktet er jo fremdeles alltid med. Så, får man spørsmålet første gangen så, nei det er ikke noe, alt er greit, og så etter seks uker eller 12 uker, når man føler seg tryggere i relasjonen, så kan det komme opp at forresten .... .»*

Dette kan være en god måte å løse det å ta opp seksuell orientering på. Man skaper en naturlig inngang, gjennom å snakke om seksuell helse i behandlingsplanen. Det ligger imidlertid en sårbarhet i at det er opp til den ansatte å definere hva hen legger i seksuell helse, og hvor mye vekt man legger på temaet.

Astrid benytter også seksuell anamnese (i utgangspunktet en sykehistorie, men benyttes også som en livshistorie, ikke bare om sykdom. Et narrativ.) som et verktøy for å skaffe mer informasjon og for å trygge pasienten i fht å snakke om emnet.

*«Og når jeg da har den oppstarts samtalen, eller anamnesen da, der vi går gjennom seksuell historie, så er det et helt vanlig spørsmål, som man stiller i fht seksuell orientering. Om man alltid har visst det, hva man orienteres mot, har man, er man, hvor man er i dag, ja.»*

Her beskriver Astrid en bevissthet rundt seksuell orientering og at hun har en trygghet i hvordan hun skal snakke om det. Dette kan tolkes som at hun har den bevisstheten som trengs for at man skal tenke at seksuell orientering er en del av seksuell helse, og at det er noe man bør snakke om i behandling.

### ***Familiesituasjonen***

Andreas tar utgangspunkt i informasjon om familiesituasjonen for å avdekke seksuell orientering og sier: *«Men jeg spør jo heller ikke om folk er heterofil, som oftest så får man jo informasjon om enten samboer eller kjæreste, så vi vet jo hvem de er og hvilke navn de har, på forhånd.»*

Andreas viser en bevissthet rundt seksuelle orientering, men i denne uttalelsen tar han ikke hensyn til at det er mange som ikke er i etablerte parforhold. Opplysninger om parforhold kan også være misvisende når det gjelder å avdekke seksuell orientering. Opp gjennom historien har ikke-heterofile vært i etablerte heterofile par og samtidig hatt en skjult ikke-heterofil orientering. Pasientens kulturelle bakgrunn vil også kunne påvirke hvor åpen pasienten er rundt sin seksuelle orientering og hva hen har gjort for å skjule den. (Gjevjon, 2017)

Berit forteller hvordan kartlegging av familiesituasjonen hennes ikke førte til at hennes seksuelle orientering ble fanget opp. *«..., det kunne jo ha vært en del av det de spør om. De spør deg jo om familien din, og barndommen din og alt mulig sånt, så det kunne jo vært naturlig at det ble tatt opp og.»*

Dette kan tolkes som at en ikke-heterofil person ikke nødvendigvis opplever en samtale om familieforhold som en invitasjon til å fortelle om egen seksuell orientering.

### ***Observasjoner***

Anita sier dette i samtalen rundt hvordan man avdekker seksuell orientering:

*«Nei, ofte så, særlig i poliklinikken da, så har vi jo sånne spørsmål med har du familie, har du samboer, partner, er du gift? Altså det er jo helt naturlige spørsmål på inntakstiden både i inneliggende behandling og poliklinikken, allerede i første samtale, så det kommer veldig fort fram det.*

*..... så hvis det har vært mistanke om det, så spør jeg. Den mistanken har jeg ikke lenge, jeg går ikke og dveler ved det, da spør jeg.»*

Her forteller hun om hvordan hun i utgangspunktet bruker den innledende kartleggingen rundt familieforhold som en informasjonskilde rundt seksuell orientering, men dersom hun i etterkant opplever mistanke, så spør hun pasienten om seksuell orientering. Med denne måten å jobbe på så krever det at ansatte har en bevissthet rundt at det finnes flere typer seksuell orientering og videre at det kan være viktig å avdekke den.

I tillegg beskriver Anita at hun får en mistanke. Dette kan tolkes som at det er noen spesielle kjennetegn ved ikke-heterofile personer som Anita, og annet helsepersonell, kan se etter, såkalte



stereotypier (se kap. 3.7). Mistanken kan også komme fra opplysninger som kommer frem underveis og pasientens språk som gjør Anita oppmerksom på at hun mangler opplysninger. Ved å spørre, gjør hun akkurat det Kessler og McKenna (se kap. 3.9) sier man må gjøre. Istedenfor å spekulere, så spør hun.

### **Identitet**

Berit svarer følende på spørsmål om hun tenker det hadde vært naturlig at behandlerne spurte som seksuell orientering: *«ja, det er jo en ganske stor del av identiteten din da, og hvem du er.»*

Her mener jeg Berit viser at man gjennom å ta utgangspunkt i pasientens identitet, kan få innsikt i pasientens seksuelle orientering.

Personer som har utviklet en avhengighet til rusmidler har ofte startet å innta rusmidler i tidlig ungdomsalder. Det å bruke mye rusmidler i den perioden du skal utvikle din personlighet kan ha stor betydning for hvordan man utvikles (Skogen, 2013).

**Bjørn:** *«Og når man kommer i en rusbehandling, så vet man som regel ikke hvem man er ..., for det har man ruset vekk. Man blir jo stående på stedet hvil, hvis du begynner å ruse deg som 11 åring, så er du en 11 åring. Du stopper hjernen litt grann, så det er et helt liv som skal bygges.»*

*«Jeg visste jo ikke hvem jeg var, eller hva jeg var. Jeg fikk aldri noe spørsmål om, hvem er du?»*

På spørsmål om han tror det hemmet behandlingen svarer han: *«Faktisk, ja»*

Det kan se ut som om oppmerksomhet rundt pasientens identitet er avhengig av den enkelte ansatte. Det er ingen grunn til å tro at Bjørn sin opplevelse er unik, at det bare er han som har opplevd at man ikke har hatt fokus på identiteten, og dermed ikke fått frem hans seksuelle orientering.

**Berit:** *«Det er jo en del av meg som person, så det hadde vel kanskje vært bedre om det ble tatt opp .... Jeg ser jo for meg at andre folk som sliter med å akseptere seg sjøl, at da er det jo ganske viktig at det blir tatt opp.»*

Anita sier dette i forbindelse med spørsmål om man bør kartlegge alle pasienters seksuelle legning fordi det kan ha med identitet å gjøre: *«Ja, og identiteten, jeg tenker at er vi gode nok så klarer vi å finne identiteten til de forskjellige, uten at man skal ha det spørsmålet.»*

Sannsynligvis mener ikke Anita at man ikke skal snakke om seksuell orientering i forbindelse med identitet, men samtidig kan det tolkes som at hun bekrefter det undersøkelsen til Paulsen et.al. viser.

Ansatte kvier seg for å spørre direkte om seksuell orientering, fordi det oppleves som for privat og invaderende. (Paulsen et.al., kap. 3)

Anne beskriver hvordan hun hjelper pasientene til å finne ut hvem de er og helt bevisst innhenter informasjon for å holde seg oppdatert, for på den måten å kunne hjelpe pasientene på en bedre måte, også i fht seksuell orientering og identitet.

*«Evne å reflektere, og løfte det, ikke løfte det ned til bare det reinte fysiske, men løfte det til opplevelsen knyttet til det, og mestring av hvem er jeg.»*

*«Så vet jeg jo på videregående nå, at dette er en stor del av videregående, eller studie spes tida di. Å finne ut identiteten din. .... . Få kalibrere meg på 2021, ikke som den gangen jeg gikk på skolen. Og mitt spørsmål var (til ungdommer på vgs), nå for eksempel med all den informasjonen om hvem, hvilke ulike identiteter, seksuell helse, likekjønna interesser eller behov, eller tokjønna, osv. Blir det forvirrende å finne seg sjøl i all den informasjonsflyten som kommer?»*

Når Anne beskriver hvordan hun jobber med pasientene, beskriver hun samtaler der man sammen utforsker temaene og der hun er bevisst på at hun skal tåle å høre det pasienten sier. Hun skaper et rom som sier «Her sammen med meg kan du være den du er, jeg tåler deg.»

### **5.3.1 Sammendrag**

Jeg har her vist at informantene har presentert ulike utgangspunkt for hvordan man kan avdekke pasientenes seksuelle orientering. Jeg mener informantene avdekker en sårbarhet i forhold til at det er opp til den enkelte ansattes bevissthet om seksuell orientering blir et tema, eller om pasienten velger å ta det opp selv.

De tidligere pasientene kobler seksuell orientering opp mot identitet. Dette kan man tolke som at det for dem ikke er riktig å gå veien via seksuell helse, fordi seksuell orientering har noe med hvem de er, ikke hva de gjør.

Ut fra dette kan vi si at det ikke er et spørsmål om man skal ta utgangspunkt i seksuell helse, familie eller identitet, man må ta utgangspunkt i alt sammen.

## 5.4 Kartlegging

I helhetlig behandling innenfor TSB er det lagt stor vekt på kartlegging (Helsedirektoratet 2018a). Jeg skal nå se på hvordan mine informanter stiller seg til en eventuell innføring av seksuell orientering som et tema, innenfor standardisert kartlegging.

### *Pasientene er positive*

Informantene blant tidligere pasienter sier følgende om det å bli møtt med en standardisert kartlegging:

**Bjørn:** *«Helt herlig. I hvert fall sånn jeg ser det nå. Jeg er tøff i trynet nå, for nå er jeg trygg på meg selv. Man er ikke så trygg på seg selv når man skal jobbe med rus, for da er man sårbar, redd og usikker.»*

**Berit:** *«Jeg synes jo de burde det da. I hvert fall for de som sliter med det, det er mange som ikke er ute av skapet.»*

**Bente:** *«Det synes jeg. Man kan jo tenke «har de noe med det?». Men jeg tenker at for mange, som jeg har møtt, som har en annen seksuell orientering, har det vært en såpass stor del av livet deres. Det har skapt en del problemer og det har vært vanskelig. Noen har måttet skjule det eller har følt press på å måtte være sånn eller sånn. Det med seksuell orientering er jo for mange et stort tema, så jeg tenker at det kan være legitimt å ha det med. Man spør jo om så mange andre ting, så hvorfor kan man ikke da spørre om legning og om man opplever at seksuell orientering har vært et problem for dem, eller oss da?»*

Disse uttalelsene kan først og fremst tolkes som at informantene er positive til å bli møtt av en standardisert kartlegging. Bjørn svarer i tillegg dette på spørsmål om en standardisert kartlegging vil åpne opp for en type legitimitet: *«Ja, faktisk.»*

I tillegg til at de opplever det som positivt, kan det også tolkes som at de mener det vil være nyttig. Det vil hjelpe dem som ikke har kommet ut, til å gjøre det. Samtidig sier Bjørn at det er lett for ham å si nå, når han er trygg. Dette kan bety at han mener det kan være vanskeligere for pasienter som ikke har kommet ut, å bli møtt med slike spørsmål i en standardisert kartlegging, enn for de som er trygge på seg selv. Likevel kan man tenke at han er positiv, også fordi han mener det vil åpne opp for en form for legitimering. Som jeg har vist tidligere, i kapittel 2, kan det å få en åpning for å snakke om seksuell orientering, være viktig for at man skal åpne opp om egen orientering. En standardisert kartlegging kan ut fra det Bjørn sier, oppleves som en slik invitasjon.

Bente sier at man kartlegger mye allerede. Med dette kan hun mene at en ekstra kartlegging går helt fint. Samtidig sier hun at man som pasient kan lure på «hvorfor vil de vite det?». Ut fra det kan vi se at

man i slike kartlegginger bør kunne begrunne spørsmålene. Kanskje ønsker hun at dette ikke gjøres i et spørreskjema som man får utdelt til å svare på selv, men at det bør gjøres muntlig sammen med en ansatt. Man kan tolke Berit og Bjørn sine uttalelser på samme måte. De er opptatt av sårbarhet til pasientene og at det er viktig med en slik kartlegging, særlig for de som sliter. I måten de uttaler seg kan man tolke at de er opptatt av at man må bli ivaretatt. I og med at man ikke på forhånd vet hvem som sliter, mener jeg det vil innebære at man må ha en eller annen form for standardisering, rutine eller bevissthet som ivaretar at temaet kommer opp.

### ***Ansatte kvier seg***

Ansatte innenfor helsevesenet kvier seg for å spørre om seksuell orientering (se kap. 3.10). Blant mine informanter blir det også stilt spørsmål om hensikten med å spørre og hvordan man kan forsvare at man spør om seksuell orientering:

**Astrid:** «... men for noen, det er det at for noen så vil det være helt kjempeviktig, men for andre kan det være litt sånn, det har ikke jeg noe behov for å fortelle deg. Altså, har du behov for å plassere meg i en bås?»

**Anita:** «Hvorfor skal det være noe annerledes, altså nei. Jeg ville ikke syns det, da ville jeg syns det, men det er ikke sikkert jeg har forstått spørsmålet riktig da, men jeg tenker at det ville vært stigmatisering da kanskje, for det er jo ikke noe, hvorfor skal man, hvorfor er det så viktig. Det er jo personen vi skal bli kjent med, og om det er sånn eller sånn det kommer jo naturlig eller ikke.»

Dette kan tolkes som at både Anita og Astrid tar utgangspunkt i at pasientene vil oppleve det negativt å bli spurt direkte om seksuell orientering. All dokumentasjon som jeg har funnet sier det motsatte (se kap. 2.2). Strategiene fra myndighetene sier også at det er viktig at helsevesenet tar opp seksuell orientering med pasienter, og at det er viktig for kvaliteten på behandlingen. (Helse- og omsorgsdepartementet 2016, Barne- og likestillingsdepartementet 2008 og 2016) I undersøkelsen til Paulsen et.al., fra barnevernet, kommer det frem at konsekvensen av at seksuell orientering ikke blir tatt opp kan være usynliggjøring, manglende anerkjennelse eller feil tiltak. (Paulsen et.al., 2020, s. 87) Dette mener jeg viser at Astrid og Anita viser en varsomhet og bekymring som det ikke er behov for.

### ***Standardisering gjør det lettere, men ivaretagelse er viktig***

Arne er også opptatt av ivaretagelse og sier dette om standardisert kartlegging:

*«Men ingen kartlegginger er gode dersom de ikke blir fulgt opp. Det er min oppgave å ta tak i det som kommer frem og enten bekrefte at jeg har hørt det, til pasienten, gi beskjed videre*

*eller å informere pasienten om hvor det er mulig å ta det opp, dersom det er behov, eller ønske om å snakke mer om det.*

*Kartlegging er ikke veien å gå, dersom opplysningene som kommer frem bare blir lagt i en skuff og at man bare krysser av for at kartleggingen er gjennomført.»*

Det siste han sier kan ses på som et stikk mot kravene fra myndighetene om kartlegging og kontrollmekanismene som er knyttet opp mot det.

De ansatte vurderer forslaget om å innføre en standardisert kartlegging på ulike måter.

**Arne:** *«Det er jo en form for legalisering av at det er lov å spørre. ... Dette er noe av det første pasientene møter, og de er det lettere at det er noe vi skal spørre om. Det er lettere når vi kan vise at det er et skjema vi skal gjennom»*

**Andreas:** *«Hvis man skal be om informasjon så må det være fordi man skal bruke det til noe. ... Og så er det noe med at, skal man gjøre en kanskje litt sånn tvangsmessig kartlegging av vanskelige tema, og så går inn i det, så for noen vil det kanskje være bra, fordi man fikk da en anledning til å snakke om det som ellers kunne blitt veldig vanskelig. For noen vil det kanskje være litt prematurt, hvor man heller burde vente til man blir tryggere med den samtalen, rett og slett.»*

**Anne:** Starter med å si noe om en annen kartlegging og så sier hun videre: *«Altså, den er veldig omfattende, så det blir ikke noen naturlig dialog i det. ... Seksuell helse, kan være at man prater om det der og da, at man kommer inn på det, ved en anledning og en er mottakelig, og det er jo noe av det sårbare i et menneskes liv.»*

Her er det flere som peker på det samme som kom frem under undersøkelsen fra barnevernet (Paulsen et.al., 2020). Det at det er lettere å ta opp vanskelige tema når det er noen andre som har bestemt at det skal tas opp. Disse uttalelsene kan ses på som et tegn på at det oppleves som vanskelig å ta opp sex direkte med pasientene. Uttalelsen til Anne, om at det er noe som skjer i en naturlig setting, kan tyde på at det for de ansatte oppleves som lettere å ta opp temaet i en mer uformell prat eller setting. At det er vanskelig å ta det opp, som et eget tema, uten at det er en naturlig ramme rundt. Dette kan tyde på at det fremdeles oppleves som et tabubelagt tema for de ansatte, jmf kap. 3.10.

På en annen side kan man se uttalelsene fra de ansatte som et ønske om å ivareta pasientene. De viser en respekt for at det kan være ubehagelig å få direkte spørsmål om vanskelige tema gjennom en kartlegging. Det er en setting som ikke nødvendigvis er omgitt av en ivaretagende ramme. Ofte er det slik at man har satt av en begrenset tidsramme, og man skal gjerne videre til andre deler av behandlingsprogrammet. Da er det ikke rom for ivaretagelse eller for å beskytte pasienten i etterkant av kartleggingen.

Andreas peker også på at det for pasienten kan være noe prematurt. Dette kan ses på som at Andreas er opptatt av at man ikke skal presse pasienten til å snakke om tema som hen ikke er klar for.

Utfordringen med dette kan være at man ikke vet om det er prematurt for pasienten før man har tatt temaet opp. Det kan være at Andreas mener at man ikke skal gå inn i det, dersom det er for tidlig for pasienten. Man skal ta vare på opplysningen til pasienten er klar for å ta den opp igjen. Kobler man dette med Arne sin uttalelse om at det er en måte å legalisere temaet på, kan man tenke at Andreas legaliserer med å ta temaet opp i kartlegging, og ivaretar pasienten ved å la hen snakke mer om det når hen føler seg klar. Andras sin oppgave vil da, med en slik tolkning som utgangspunkt, være å vise tydelig, overfor pasienten, at dette er jeg klar for å snakke om, når du er klar. Han kan også viser at han tar det på alvor, ved å etterspørre temaet ved en senere anledning. Da slipper pasienten å bringe det frem, dersom hen synes det er vanskelig.

### ***Pasientene blir grenseløse***

Astrid svarer dette på spørsmål om en standardisert kartlegging ville gjort det lettere å ta opp temaet:

*«Ja, det tror jeg. Fordi at, eller sånn som jeg tenker litt, vi kartlegger så mye, og så mye vanskelige temaer som etter hvert har blitt litt normalt, fordi man går gjennom det skjematisk,»*

Her er det flere ting man kan se videre på. Astrid bekrefter som flere andre at det vil være lettere å ta det opp dersom man gjør det skjematisk. Det er et ferdig kartleggingsskjema som styrer hvilke tema man skal inn på. Samtidig peker hun på en annen viktig ting innenfor rusbehandling. Det at man kartlegger mange, ofte vanskelige tema, og at dette har blitt normalt. Behandlingsretningslinjen og pakkeforløpet anbefaler at man starter ulike former for kartlegging tidlig i forløpet. (Helsedirektoratet, 2016, s. 13 og Helsedirektoratet 2018a). Pasientene er altså vant til å møte inngående personlige spørsmål som en del av behandlingen. Hvis vi kobler dette opp mot Goffman sin teori om roller og ser på ekspertrollen og pasientrollen, blir det tydelig at man som pasient lærer at man skal svare på det eksperten spør om, fordi man forventer at denne vet hva den driver med, jmf kap. 3.14. Pasientene reflekterer kanskje ikke over om det er nødvendig å svare, eller hvis de gjør det så opplever de ikke at de har mulighet til å velge å la være å svare. Dette kan også kobles opp mot Foucault sitt syn på makt, der «Spørsmål som: «Hvor har du vondt?», «Hvor ofte er du i fysisk aktivitet?» - bidrar til kartlegging og klassifisering som legger grunnlaget for videre styring, kontroll og overvåkning.» (Vågan og Grimen, 2010, s 412).

En konsekvens av å bli utsatt for mange nærgående spørsmål, med en forventning om at man skal svare, kan gjøre at pasientene blir grenseløse. De mister kontrollen over hva det er greit å bli spurt om, og å svare på. Man kan se på dette som en form for desensivering, som innebærer at man blir vant til

situasjoner som fremkaller frykt. Situasjoner som tidligere skapte frykt eller ubehag, er man blitt så vant til at man ikke lenger reflekterer over dem. (Gamnes, 2021, s. 529). Dette pålegger ansatte et ansvar og en refleksjon rundt hva man spør om, hvordan man gjør det og også om man gir pasienten rom for å sette sine egne grenser (Ibid). Det Andreas sier om at det kan være prematurt for pasienten, kan tolkes som en slik vurdering.

### ***Ikke noe enkelt svar***

Anita sier dette om standardisert kartlegging: *«Det er sikkert ikke noe riktig eller feil svar på det. Men sånn, hva jeg umiddelbart tenker, så tenker jeg nei. .... Hvorfor er det så viktig?»*

I undersøkelsen fra barnevernet (Paulsen et.al., 2020) viste man at det er viktig med økt kompetanse om temaet, dersom man skal innføre en mer standardisert kartlegging. Anita sitt spørsmål om hvorfor det er så viktig, å kartlegge nettopp seksuell orientering, kan være et viktig innspill til dette. Det kan være et tegn på at man trenger mer kunnskap om hvordan det kan påvirke pasientene å leve med en ikke-heterofil orientering, og hva som kan være nytten av å vite om det i behandling. Dersom man spør bare for å spørre, som Arne var inne på, så vil det ikke gi noen positive opplevelser, og det kan ende opp som Berit sin erfaring, med at det bare blir tatt til etterretning og ikke noe mer.

Andreas påpeker dette i forhold til kartlegging:

*Hvis man skal be om informasjon, så må det være fordi man skal bruke det til noe. Så derfor kan jeg kjenne også litt sånn, at man skal være litt tilbakeholden med å be om opplysninger, ikke be om mer enn du trenger.»*

Dette kan tolkes som at Andreas har en ivaretagende holdning overfor pasienten, og i forhold til det som ble nevnt over om makt, kan det være en måte å redusere eller være bevisst på bruken av makt. Samtidig kan det skape utfordringer dersom man har dette som hovedregel. Hvordan skal man da vite hva man skal spørre om? Som vist i kap. 2.1.6 kan pasientene være avventende med å komme med informasjon, fordi de forventer at det er den ansatte som skal ha oversikt over hva som er viktig for behandlingen. Så dersom pasienten ikke forteller og den ansatte ikke spør, så kan man havne i en situasjon der nødvendige opplysninger ikke kommer frem. I Andreas sin uttalelse er det nok viktig å legge merke til at han sier litt tilbakeholden, dermed kan vi tolke det som at han har en bevissthet rundt at man skal ivareta pasientens rett til å eie sine egne opplysninger og at man ikke skal spørre om ting som ikke er aktuelle for behandlingen.

### 5.4.1 Sammendrag

En standardisert kartlegging vil sikre at temaet seksuell orientering kommer opp i rusbehandling. Men det er behov for noe mer enn et enkelt spørsmål i et spørreskjema.

For mange pasienter kan det være et vanskelig tema og det er derfor viktig at man kartlegger innenfor trygge rammer og at det settes av tid og ressurser til å følge opp det som kommer frem under kartleggingen.

Innføring av en kartlegging, som samtidig skal ivareta pasientene, krever at de ansatte har forståelse for hva som gjør informasjonen kartleggingen gir er viktig og samtidig har kompetanse på temaet som skal kartlegges. Videre må de ha ferdigheter til å gjennomføre kartleggingen på en ivaretagende måte. En eventuell innføring av standardisert kartlegging, bør dermed følges opp med et kompetanseløft.

## 5.5 Rusmiddelavhengighet og seksuell orientering

Jeg skal se på om informantene mener det er en sammenheng mellom seksuell orientering og misbruk av rusmidler, og om noe av det de sier, kan benyttes som innspill til hvordan man kan bringe temaet inn som et grunnlag for videre behandling av rusmiddelavhengighet.

### *Rusens funksjon*

Som vist under kapittel 3.2, kan man ha som utgangspunkt at man benytter rusmidler for å oppnå en bestemt effekt. Rusen har en funksjon. Informantene blant tidligere pasienter sier dette:

**Bjørn:** *«Ja, ... man begynner ikke å ruse seg for moro skyld. ... Ja, det er en time out. Komme seg vekk fra eget selskap, kroppens helvete. Så enkelt er det, men så vanskelig.»*

**Bente:** *«Det kan være veldig vanskelig, og jeg tror at det fører til at man legger skjul på en viktig del av rushistorien sin, for eksempel legger lokk på den. En del av rushistorien som kanskje kunne vært viktig i forhold til egen tilfriskning.»*

Bente sin uttalelse kommer i forbindelse med at vi snakker om konsekvenser av at man ikke tar opp seksuell orientering i behandling. Dette kan tolkes som at hun mener at man ved å ikke få snakke om identiteten som ikke-heterofil, mister muligheten til å snakke om noen av årsakene til og konsekvensene av å innta rusmidler. Det hun videre sier kan tolkes som at dersom man ikke tar tak i hele rushistorien, så kan det gå ut over resultatet av behandlingen. Ut fra et biopsykososialt perspektiv, vil det si at det er deler av pasientens historie som ikke blir fortalt, og dermed har man ikke oversikt over alle faktorene som kan ha påvirket utviklingen av avhengigheten. Når man skal arbeide med tilfriskning, vil det også



kunne ende med feil tiltak, fordi det er utfordringer man ikke tar tak i, og skaper endring i forhold til. Dette stemmer overens med det man fant i undersøkelsen til Paulsen et.al. fra barnevernet.

Bjørn sin uttalelse om å komme bort fra kroppens helvete, kan tolkes både som at man ønsker å benytte rus for å komme bort fra abstinenser og smerter, men det kan også tolkes som at smertene er koblet til følelser. Behovet for time-out blir ofte beskrevet av pasienter som en måte å slippe tanker og å slippe å forholde seg til en verden som er vanskelig å leve i. (Kraft, 2016, kap. 3) For ikke-heterofile pasienter kan dette også tolkes som en opplevelse av at man ikke har kommet frem til en erkjennelse av at man er ikke-heterofil, eller at man ikke ønsker å erkjenne at man er det. At man er preget av internalisert homofobi. Det å få hjelp til å finne ut egen identitet, vil da kunne være en del av behandlingen man blir tilbudt.

### ***Sammenhengen mellom rusavhengighet og ikke-seksuell orientering***

Informantene blant de ansatte ble spurt om de eller noen av de de jobber sammen med, har tenkt at pasientens ikke-heterofile identitet kan ha vært en årsak til rusmiddelavhengigheten.

**Arne:** *«Nei, ikke at det har vært direkte årsak, men at det kan ha vært en medvirkende årsak, i forhold til hvordan man har blitt møtt og ting man kan ha blitt utsatt for på grunn av det, kan være med å skape et behov for å ruse seg. I forhold til at man vil komme seg vekk, dempe smerte, at rusen blir brukt for å takle situasjonen bedre.»*

**Anne:** *«Ikke ene og alene. ... Mm, for rus har ofte blitt en måte å regulere følelsene på, man er jo ikke født med en avhengighet, det er jo et behov du har for å regulere noe, for å få en time-out i en vanskelig verden.»*

**Astrid:** *«Ja, og det kan ha vært en del av det kanskje, uten at det nødvendigvis, jeg kan ikke huske at jeg har hatt en pasient som har vært konkret på det, det har jeg ikke.»*

**Anita:** *«Nei, ikke kun det. Men jeg har jo hatt noen i behandling som har vært sårbare fordi de har opplevd mye mobbing på grunn av det. Men også, den personen jeg tenker på, er det også andre ting. Så hva er hva, det er vanskelig å si.»*

Det informantene her sier, kan ses på som at de har en forståelse for at det kan være noe ved det å være ikke-heterofil som kan ha en medvirkende årsak til at man utvikler en rusmiddelavhengighet. Men samtidig kan man tolke det som at de er usikre på hvordan man skal knytte disse sammen. At dette er noe de ikke har tenkt så mye over tidligere. Videre kan man tolke dette som en manglende kompetanse om hva det faktisk kan innebære av belastninger for en person å ha en ikke-heterofil orientering. At de ikke kobler dette opp mot de temaene som blant annet Holmberg og Schjetlein viser til i sin artikkel (se kap. 2.3).

### ***Pasienten som en del av samfunnet***

Som vist gjennom kapittel 2 og 3, må vi ta inn over oss at pasienten er en del av en større helhet og at det er mange faktorer som påvirker pasientens helse eller uhelse. Ikke-heterofil orientering er ikke noe som eksisterer kun her og nå. Det har en lang, og vond, historie og mange har hyppige opplevelser som påvirker negativt. Det er ulikt hvilken motstandskraft den enkelte har mot de negative påvirkningene (se kap. 3.12).

Jeg har spurt mine informanter blant ansatte om de tror det har noen konsekvenser å leve som ikke-heterofil i dag. Dette er noe av det som kom frem.

**Arne:** «Ja, det er slik at de må stå fram, og da vet de ikke hvordan de blir tatt imot, for noen går det greit, men andre kan bli møtt med mye negativitet og avvisning. Noen kan bli overlatt til seg selv, utstøtt fra familien. ... Det er generelt mye hets i samfunnet.»

**Andreas:** «Ja, altså du kan si at alle personer blir jo reagert på i forhold til sin væremåte, sine holdninger og meninger og alt mulig sånt, men om det betyr mye å være homofil? Ja, det kan godt tenkes at det gjør det. For noen altså, for det er jo mange slags miljøer og holdninger, og det har jo aldri vært spesielt populært, kan man jo si, sånn i den alminnelige befolkningen.»

**Anne:** «Det er fortsatt fordommer og krevende å framstå som homofil, fordi det fortsatt er etablert humor, eller stigmatisering. Det er det, men det kommer seg.»

**Astrid:** «Garantert tror jeg det. Eller det kommer veldig an på. Jeg opplever at, fordi det har vært pasienter her som har vært veldig åpne og tydelige på sin seksuelle orientering og er veldig klare på det. Det er noen som har vært i tvil og som gjennom samtaler har fått plassert seg selv litt der de føler at de hører hjemme på en måte og så har det vært folk som har kommet inn som har hatt det som litt skjult og skamfullt og litt vanskelig som har blitt trygg i det og at det har blitt lettere da. Men at det har, hvis man, så det er vanskelig å si at det, men for noen helt klart, og det er så individuelt.»

**Anita:** «Ja, det gjør jo dessverre det. For det er jo mange, mange som ikke tolererer det, altfor mange som ikke tolererer det .... Altså, det er jo sånne ting som er helt, som ikke vi, som jeg slipper å tenke på, som de blir minnet på hver eneste dag.»

Disse uttalelsene kan tolkes som at informantene er klar over at ikke-heterofile pasienter kan ha møtt utfordringer, knyttet til seksuell orientering, i livet sitt. Ut fra dette kan man også tenke at de vil være positive til å ta opp seksuell orientering som et tema med pasientene. Astrid beskriver hvordan hun har erfaring med at det er nyttig for pasientene å få hjelp til å jobbe med egen seksuell orientering

gjennom behandlingen. Hun har tidligere, i kapittel 5.3, vist hvordan hun benytter seg av veien gjennom seksuell helse for å kartlegge og komme inn på seksuell orientering. Ut fra uttalelsene her kan man tolke dette som et tegn på at det gir positive resultater.

Uttalelsene kan videre tolkes som at man er opptatt av at det ikke er problematisk for alle. Flere sier på ulike måter, at dette gjelder for noen. Dette kan være en begrunnelse for at det er viktig å ikke generalisere og at man derfor ikke skal ta det opp som tema med alle. Dersom dette er en riktig tolkning vil det innebære et ansvar hos den enkelte ansatte til å sørge for at man tar temaet opp med de det er aktuelt for. Som vist under kapittelet om kartlegging, kap. 5.4, kan det være utfordrende for den ansatte å avdekke hvilke pasienter det er aktuelt for.

Anita sier at dette kan være noe ikke-heterofile må forholde seg til hver dag, mens heterofile slipper. Dette kan være et tegn på at Anita er klar over at man som heterofil lever i en verden der man ikke trenger å ta stilling til egen seksuelle orientering, mens man som ikke-heterofil lever i en verden der man hele veien må ta hensyn og blir påminnet sin orientering, og sitt eventuelle utenforskap. Ut fra en slik tolkning ville det vært nyttig å ta seksuell orientering opp som tema i behandlingen fordi det ville kunne gi en innsikt i hvilken hverdag pasienten kommer fra og skal tilbake til. Som behandler kan man ikke ha oversikt over hva slags liv pasienten kommer fra, uten å spørre, jmf kap. 3.9.

**Berit:** *«Ja, jeg blir redd når jeg ser nyhetsartikler om homofile par som blir banket på gata, det er jo skummelt at man ikke skal kunne gå med kjæresten sin på gata og holde hender uten at folk skal bli sinna og sånn. Det gjør jo at verden blir skremmende.»*

### ***Ikke-heterofile i rusmiljøet***

I noen av intervjuene har det kommet opp underveis i samtalen hvordan det er å være ikke-heterofil i rusmiljøet. Bjørn sier dette om hva man som ansatt må være oppmerksom på:

*«Det er jo mye mobbing da. Spesielt i forhold til oss som kommer ut av skapet, tørre å være seg selv, så det å ha fokus på mobbing, og å tørre å stå for den en er, er veldig viktig.»*

**Meg:** *Tenker du at det er mer belastende å ikke være hetero, eller heteroseksuell i rusmiljøet?*

**Bjørn:** *Ja, faktisk. Det kan jeg vel påstå å si, ja, fordi jeg kjenner noen som er skeive i et rusmiljø, og det er ikke alltid like lett. ... Jeg kjenner en som er homo, og han går bare alene. Han er veldig spinkel .... I et machomiljø, er det på en måte vanskelig hvis du er feminin.»*

Det Bjørn her sier kan bety som at det innad i rusmiljøet er et rangordningssystem, og at feminine menn, kommer langt ned. Videre kan man se disse uttalelsene som en bekreftelse på at man som feminin mann bryter med den heteroseksuelle matrisen og at man bryter med det begripelige kjønnsuttrykk som Butler og Kaiser Klatran skriver om (se kap. 3.4). Ved å være rusmiddelavhengig

og ikke-heterofil, kan det dermed se ut til at det for noen er vanskelig å hente støtte i egen minoritet. Dette kan gjøre at man opplever minoritetsstress både fra storsamfunnet og sitt eget miljø. Det skeive miljøet gjenspeiler storsamfunnet når det gjelder diskriminering. (Foreningen fri 2020, Prell 2017, s. 31) På bakgrunn av dette kan man anta at personer med rusmiddelavhengighet kan bli utsatt for samme stigmatisering, fra det ikke-heterofile miljøet, som de gjør fra storsamfunnet. Gruppen ikke-heterofile rusmiddelavhengig kan dermed oppleve å falle utenfor både fordi de er ikke-heterofile og fordi de er rusmiddelmisbrukere, uten å finne støtte hverken i storsamfunnet, rusmiljøet eller blant ikke-heterofile. Informasjonen som Bjørn gir, kan tolkes som et signal på at man må adressere dette i behandlingen.

Bente svarer dette, på spørsmål om hun tenker det er vanskeligere å være ikke-heterofil gutt enn jente i rusmiljøet.

*«Ja absolutt. Fordi rusmiljøet bygger litt på stereotypier, som mannen som forsørger og produserer penger, som produserer tilgang på rusmidler, som slåss og raner og som har fine biler, hvis du er i det miljøet, og som sitter med heroin-stacken. Så jeg tror at det er vanskeligere ja.»*

Bente kan her tolkes som at hun bekrefter det Bjørn sier om at man ikke skal være en feminin gutt i rusmiljøet. Hun viser til stereotypier som underbygger at mannen skal være maskulin. Man kan ut fra dette også tolke Bente dit hen, at man som feminin ikke-heterofil rusmiddelavhengig kan ha møtt på mange utfordringer av den typen som Holmberg og Schjetlein viser at man må ta hensyn til i behandlingen, jmf kap. 2.3.

Astrid beskriver rusmiljøet og hvordan det kan påvirke den seksuelle identiteten slik:

*«... jeg vil si at rusmiljøet er jo veldig heteronormativt.*

*På mange måter, samtidig så er det veldig mange rusmidler som gjør at, på en måte, de vanlige normene og grensene flyttes, ikke sant, så man går kanskje over noen, man gjør, man har kanskje seksuell atferd i rus som man kanskje ikke vil stå for når man er nykter da, eller ja, det kan på en måte påføre skam og sånn i etterkant.»*

Det at hun beskriver rusmiljøet som heteronormativt, kan vi tolke som en bekreftelse på det som både Bjørn og Bente sier. Videre sier Astrid at man gjennom rusen kan utfordre egen seksualitet på en måte som gjør at man når man kommer inn i behandling, ikke har noen klar formening om hvilken seksuell orientering, man har.

Bente sier noe om det samme, men med en annen vinkling:

*«... så det er en del kvinner som har vært i rusmiljøet og opplevd mye overgrep eller vanskelige forhold til det motsatte kjønn. Særlig i forhold til det motsatte kjønn, som velger å ha et forhold til samme kjønn.»*

Bente kan her tolkes som at hun mener at kvinner på grunn av dårlige erfaringer, med menn, velger å ha forhold til kvinner. Man kan se det som at tilhørigheten til rusmiljøet har fått en direkte konsekvens for valget av seksuell orientering. Dette passer inn i Butlers teori, men også inn i mange unges opplevelse av at seksuell orientering er flytende og at man ikke ønsker å bli plassert inn i en kategori en gang for alle, jmf kap. 3.3.1. Astrid og Bentes uttalelser kan tolkes slik at man i rusbehandling, ikke bare må ta hensyn til den seksuelle orienteringen pasienten har når hen kommer inn i behandling, det kan også være behov for å hjelpe pasienten til å finne hvilken seksuell orientering, hen ønsker å ta med seg ut av behandling.

### **5.5.1 Sammendrag**

Ved å ta utgangspunkt i at man inntar rusmidler for å oppnå noe, vil møtet med samfunnets og enkeltpersoners reaksjoner på ikke-heterofil orientering, kunne medføre et behov for å ruse seg.

Tilhørigheten til rusmiljøet er ikke nødvendigvis støttende i forhold til det å være ikke-heterofil. For noen kan det medføre en ekstra belastning. Dette vil være nyttig bakgrunnskunnskap, når man skal jobbe videre med behandlingen av rusmiddelavhengigheten.

## **6. Oppsummering og konklusjon**

Med utgangspunkt i problemstillingen: *«Seksuell orientering bør være tema i rusbehandling, men hvordan kan vi legge til rette for at det skal bli tematisert?»* Har jeg gjennom denne oppgaven belyst årsaken til at det bør være et tema, gjennom tidligere forskning og teori, samtidig som jeg har gjennomført en kvalitativ undersøkelse, som sammen med grunnlaget fra teori og tidligere forskning, kunne gi forslag til mulige løsninger på andre del i problemstillingen, nemlig hvordan man skal tematisere pasientenes seksuelle orientering. Jeg vil nå oppsummere gjennom å ta utgangspunkt i forskningsspørsmålene, for vise hvordan man kan danne en konklusjon ut fra det.

### ***1. Hvordan tas seksuell orientering opp i dag, og hvilke erfaringer og refleksjoner har tidligere pasienter og ansatte om denne praksisen?***

Informantene oppgir at de ikke har noen problemer med å snakke om seksuell orientering med pasientene. Variasjonen i denne oppgaven går på hvordan de nærmer seg temaet. De benytter seg av veien gjennom seksuell helse, familie og at de får mistanke til at pasienten har en annen seksuell orientering enn heterofil. Man benytter seg også av samtaler der det kommer naturlig frem.

De ansatte er opptatt av at man skal ivareta pasienten og at de tåler den informasjonen som pasienten kommer med. De ønsker å skape gode rammer for samtaler, med tema, som kan være vanskelige for pasienten.

En arbeidsplass har innført seksuell helse som en del av behandlingsplanen. De ansatte opplever dette som en god måte å vise at det er viktig og at det er et tema som man tåler å snakke om.

Det kan se ut som at de ansatte ikke er oppmerksomme på at det står i retningslinjen at man bør kartlegge seksuell orientering. Dette kan være et tegn på at det er for mange temaer og krav til hva man skal gjennom i en helhetlig rusbehandling, til at de ansatte klarer å holde oversikt.

Informantene blant tidligere pasienter, opplyser at de gjennom sin behandling, ikke har opplevd at noen har tematisert deres seksuelle orientering. Alle sier de mener det ville vært naturlig at det ble tatt opp. De begrunner dette med at seksuell orientering handler om hvem de er, altså identitet. Videre sier de at tematisering av seksuell orientering i behandlingen handler om anerkjennelse. En bekreftelse på at egen seksuell orientering finnes og at det er viktig.

I de tilfellene det har vært gjort små grep for å vise at man vet at det finnes ulike løsninger i forhold til bl.a. parforhold, beskriver informantene glede. Andre sier at det ville opplevdes som herlig, dersom seksuell orientering ble tematisert.

Ut fra det jeg kan se, opplever alle informantene det som en mangel ved behandlingen at seksuell orientering ikke var oppe som et tema, enten i egen behandling eller som et generelt tema ved institusjonen, for eksempel gjennom undervisning.

Det kommer videre frem i undersøkelsen at det er tilfeldig om man tematiserer seksuell orientering eller ikke. Det er den enkelte ansattes avgjørelse om man anser det som nødvendig og viktig å ta opp temaet. Dette viser en sårbarhet, i forhold til ivaretagelsen av ikke-heterofile pasienter.

Det kan se ut til at tidligere pasienter og ansatte har ulik forståelse av hvordan rolleforventningene påvirker relasjonen. Med utgangspunkt i Goffman sin rolleteori (kap. 3.6) kan vi se at tidligere pasienter møter med en forventning om at de ansatte styrer innholdet i behandlingsforløpet. De ansatte på sin side viser stor respekt for pasientenes medvirkning og at det er pasientene som i stor grad styrer hva som skal tas opp i behandlingen. Rolleforventningen vil dermed påvirke samhandlingen. Ut ifra

Foucault sitt maktperspektiv (kap. 3.14) er det de ansatte som har makten i relasjonen, og Grøsfjeld sine refleksjoner rundt at det er behandleren som må ta ansvaret i relasjonen blir dermed aktuelle (Kap. 3.15)

## **2. På hvilken måte kan heteronormativitet være et perspektiv som bidrar til å forklare dagens praksis?**

Informantene i denne undersøkelsen, beskriver rusmiljøet som heteronormativt. Det er preget av stigmatisering og et tradisjonelt kjønnsrollemønster. Dette gjør at man som ikke-heterofil rusmisbruker, kan ha vært utsatt for negative påkjenninger fra eget miljø, på bakgrunn av seksuell legning.

Litteratur og forskning på feltet viser at man bør ta hensyn til konsekvensene man kan oppleve på grunn av samfunnets reaksjoner på seksuell orientering for å likestille behandlingen for ikke-heterofile, med behandlingen som heterofile mottar. Dette kan det se ut som om ansatte i denne undersøkelsen ikke har som utgangspunkt. Det kan se ut til at de som utgangspunkt er mer opptatt av å vise at det er normalt og at man ikke skal behandle seksuell orientering som noe spesielt.

De ansatte i denne undersøkelsen har kunnskap om at man som ikke-heterofil kan bli utsatt for negative påvirkninger fra samfunnet. I denne undersøkelsen ser det ut til at de ikke alltid overfører denne kunnskapen til behandlingen av den enkelte pasient. Det kan likevel se ut til at dette varierer, og at det er noe avhengig av hvem du møter, i hvilken grad den ansatte tematiserer samfunnspåvirkningen overfor pasienten.

Ut fra det jeg kan se, i denne undersøkelsen, skiller ikke rusfeltet seg ut fra resten av helsevesenet når det gjelder å ha en heteronormativ holdning. Likevel er det tegn på at man enkelte steder har tatt tak i seksuell helse som tema, og gjennom dette har man også fått en innfallsvinkel til seksuell orientering.

De tidligere pasientene i denne undersøkelsen beskriver et møte med et behandlingsapparat som er preget av heteronormativitet, og liten kunnskap eller bevissthet rundt seksuell orientering og hvordan dette kan være en del av pasientens identitet.

Judith Butlers heteroseksuelle matrise viser hvordan samfunnet ut fra et heteroseksuelt perspektiv setter en standard for hva som er normalt (kap. 3.5). Foreningen fri definerer ikke-heterofile og transpersoner som personer som bryter med normer for kjønn og seksualitet (kap. 1.4). Eribon beskriver hvordan det å bli utsatt for samfunnets reaksjoner påvirker ikke-heterofile gjennom hele livet, og blir en integrert del av personens identitet (kap. 3.3.1). Gjennom sosial kontroll styrer samfunnet hvordan man ønsker at ting skal være, for eksempel gjennom sanksjoner (kap. 3.11). Vi utvikler vår identitet gjennom fortellingen om oss selv og denne skapes i en sammenheng (kap.3.3).

Denne fortellingen kan ansatte kun få høre, dersom de ber om den. Ved å la være å be om fortellingen om hvordan det er for den enkelte, å være ikke-heterofil, går man glipp av helheten, eller som de tidligere pasientene sier, hvem de er.

Ut fra denne undersøkelsen mener jeg det er grunnlag for å si at heteronormativitet kan være en årsak til at man innenfor TSB ikke har noen strukturert måte å tematisere seksuell orientering på.

Behandlingen er lagt opp til at seksuell orientering ikke er et tema man automatisk tar opp, og de ansatte stiller spørsmål med hva hensikten vil være. Dette kan tyde på at det er for lite fokus på at seksuell orientering påvirker livsløpet til personer, og at ikke-heterofile kan møte utfordringer som heterofile ikke møter. Det er også slik at man som heterofil kan ha vanskeligheter med å sette seg inn i hvordan det er å være ikke-heterofil. Det skal dermed mye til for å snu et helsevesen som allerede er beskrevet som heteronormativt.

### ***3. Hvordan kan man sikre at seksuell orientering er et tema som blir inkludert og integrert i praksis, på en måte som samsvarer med pasientenes ønsker og behov?***

Alle informantene, blant tidligere pasienter, opplyste at de ville vært positive til å bli møtt med en standardisert kartlegging, som inneholdt spørsmål om seksuell orientering.

De har ikke store krav til ansattes kompetanse, om seksuell orientering, men mener at man bør vite at det finnes variasjoner. Dette kan også være en konsekvens av at de ikke er vant til å bli møtt med kompetanse om seksuell orientering og hvordan det kan påvirke livet deres.

De ønsker at man gjennom språk og symboler skal vise at man er oppmerksom på at det finnes variasjoner, slik som å markere Pride, snakke om temaet i fellesskapet og benytte inkluderende språk slik som han/hun eller benytte hen istedenfor et bestemt alternativ. Videre ønsker de ikke at seksuell orientering skal bli sett på som noe veldig spesielt, men at det skal bli tatt opp som tema i behandlingen og at man gjør en vurdering på om det er behov for å jobbe med det i behandlingen.

Alle sier de tror behandlingen hadde blitt bedre, dersom seksuell orientering hadde blitt tatt opp, dette knytter de opp mot identitet. Det er en del av hvem de er.

Når det gjelder de ansatte, er de både positive og skeptiske til en standardisert kartlegging av seksuell orientering. De er opptatt av at dersom man skal spørre, så må det ha en hensikt og det må følges opp på en god måte. Pasientene må ivaretas på en god måte. Det jeg mener kommer frem i denne undersøkelsen er at en standardisert kartlegging ikke nødvendigvis vil føre til en tematisering av seksuell orientering. En tematisering vil være avhengig av hvordan de ansatte benytter den informasjonen som kommer ut av kartleggingen. Dersom det kun blir et kryss på et skjema, vil det



kunne gjøre mer skade enn nytte. Det vil kunne bli som Berit sin opplevelse, hun informerte behandler, men ingenting skjedde. Noe som opplevdes negativt.

Astrid forteller hvordan de benytter behandlingsplanen til å ta opp seksuell helse, og dermed sikrer de at temaet blir tatt opp flere ganger gjennom behandlingsforløpet. På denne måten sikrer de at pasienten kan gi informasjon om seksuell orientering, når hen føler seg klar. Selv om dette kan være en god løsning, er den likevel avhengig av hvordan den ansatte definerer seksuell helse, om hen tenker det innebærer kartlegging av seksuell orientering.

Det kan se ut som at økt kompetanse blant ansatte øker bevisstheten om temaet seksuell orientering. Kompetanseheving i forhold til betydningen av seksuell orientering for ikke-heterofile personer generelt, kan bidra til at man får en økt bevissthet rundt temaet også i helsevesenet, og TSB. Det må i tillegg til å være noe man gjør, for eksempel gjennom kartlegging (inkludert) også være noe man forstår hvorfor man gjør og ser nytten av (integret).

I møte med spesialisthelsetjenesten bør pasientene kunne forvente at spesialistene har kunnskap om hva som kan være viktige tema i behandlingen. Man bør dermed ikke forvente at pasienten sitter inne med kunnskap om hva behandlingen bør inneholde. Ansvaret for at seksuell orientering skal tematiseres, må ligge hos de ansatte.

## **6.1 Konklusjon**

På spørsmålet om hvordan vi kan sørge for at seksuell orientering blir tematisert i rusbehandling, har jeg ikke klart å finne en løsning. Jeg opplever imidlertid at jeg har fått innspill og ideer til hvordan man kan gjøre det bedre enn i dag.

Det har kommet frem at man enkelte steder har lagt seksuell helse inn i behandlingsplanen. Dette innebærer at man vil ta opp seksuell helse gjennom hele behandlingsforløpet, og dermed kan man vente på at pasienten er klar til å snakke om egen seksuell orientering. Dette innebærer imidlertid at de ansatte er bevisst på viktigheten av dette punktet og at de også har en bevissthet rundt viktigheten av å kartlegge seksuell orientering. Man må ha en bevissthet om at seksuell orientering kan ha en betydning i forhold til behandlingen av rusmiddelavhengigheten, slik man tenker i den biopsykososiale modellen. Denne måten å benytte behandlingsplanen, er dermed ingen garanti for at seksuell orientering blir tatt opp og eventuelt jobbet med. Dette kan løses med å legge inn underpunkter som viser hva man skal innom, sammen med en kompetanseheving. Informantene blant ansatte sier at økt kunnskap og trening på å snakke om seksuell helse og seksuell orientering, hjelper dem til å gjennomføre dette på en bedre og mer bevisst måte.

Det står i retningslinjen for behandling innenfor TSB at man bør kartlegge seksuell orientering. Samtidig er det innført pakkeforløp og KvaRus som de ansatte er pålagt å følge. Disse sier ingenting om seksuell orientering. Både ansatte og pasienter kan oppleve at det blir veldig mye som skal kartlegges, og dermed kan det enkelttema lett glemmes eller bli nedprioritert, fordi det er så mange områder man skal innom. Bevissthet rundt temaet, og opplevelse av viktighet, vil kunne påvirke en slik prioritering. Økt kompetanse kan bidra til det, sammen med at temaet blir løftet frem som et av temaene man skal innom.

Det er en utfordring innenfor behandling, at vi kartlegger vanskelige temaer på en måte som gjør at pasientene kan desensiveres. De mister følelsen av hva det er greit, for dem, å svare på, de bare svarer. Skal man tenke at det bør innføres en standardisert kartlegging av seksuell orientering, bør man sannsynligvis legge den inn i en av de kartleggingene som allerede blir gjennomført.

Informantene er opptatt av ivaretagelse rundt kartlegging. Dette vil være viktig å ta med seg, dersom man skulle velge å innføre en standard. Denne bør legge vekt på at man skal ha kompetanse for å gjennomføre kartleggingen, hvordan den skal følges opp og rammene rundt samtalen. I arbeidet med pilotundersøkelsen fra Canada (se kap. 2.7), la de vekt på at det var behov for like mye kunnskap og øvelse, i forhold til kartlegging som ved annet medisinsk arbeid.

De tidligere pasientene har små forventinger og ønsker i forhold til hvilken kompetanse de ansatte bør ha om seksuell orientering. Fagfolk, som skriver om dette temaet, har større krav. Jeg tror mine informanter har små forventinger fordi de er vant til lite, det skal lite til for at de er fornøyde. Ut fra denne undersøkelsen mener jeg det går an å si, at man bør heve kompetansen på hvordan man som ikke-heterofil blir utsatt for påvirkninger fra samfunnet. Videre bør man øke kompetansen på hvilke konsekvenser dette kan få og hvordan denne kunnskapen om pasientens seksuelle orientering bør ivaretas.

I forskningskapittelet viser jeg til at ansatte ofte kobler seksuell orientering opp mot den seksuelle handlingen. Når man avdekker ikke-heterofil orientering, forholder man seg fort til sex. Dette kan være med på å øke tabuet rundt å snakke om det. Informantene mine snakker også om at man kobler disse sammen. For å møte behovet hos de tidligere pasientene, mener jeg det kan være nyttig å ta sexen ut av den seksuelle orienteringen og behandle den på lik linje med det man gjør overfor heterofile pasienter. Da rydder man plass til å ta tak i de spesifikke temaene som blant annet Holmberg og Schjetlein er opptatt av at man må ta tak i, for å likestille behandlingen for heterofile og ikke-heterofile (se kap. 2.3).

Det viktigste som kommer frem i denne oppgaven, mener jeg er betydningen av invitasjonen fra den ansattes side, til å snakke om seksuell orientering. Jeg har benyttet ordet avdekke, i forhold til å få innsikt i pasientens orientering. Dette er et uttrykk som er vanlig å benytte når man kartlegger. Ut fra et psykososialt perspektiv kan man tenke at man skal sikre at man har nok innsikt i pasientens

fortelling til at man kan gi god hjelp. Ved å avdekke, slik vi gjør i kartlegging, går vi rett på og spør. En løsning for å gjøre det mer komfortabelt og enkelt for alle, vil kunne være å at vi sammen med pasienten utforsker og på den måten får tilgang til historien, og ikke tar historien fra pasienten. De ansatte kan invitere til å fortelle, men pasienten kan styre tempoet. Denne måten å gjøre det på, vil også være avhengig av en bevissthet rundt temaet og at den ansatte tar ansvar, det mener jeg vi ikke slipper unna.

Til slutt mener jeg at denne undersøkelsen understøtter helsedirektoratet sin anbefaling om at man bør tematisere seksuell orientering i rusbehandling, for å se på en mulig sammenheng mellom seksuell orientering og rusproblematikk. Men det er ikke nok. Det jeg har lært gjennom arbeidet med denne undersøkelsen er at ansatte bør tematisere pasientenes seksuelle orientering for å bryte den heteronormativiteten som preger helsevesenet i dag. Tematiseringen er viktig for å kunne bli kjent med hvem personen er, hvordan livet deres har vært, hvilke utfordringer de eventuelt har møtt på og hvordan man kan øke motstandskraften mot det som skaper vanskeligheter. Ved å møte pasienten med kunnskap om hva det innebærer å tilhøre minoritetsgruppen ikke-heterofile kan man tilpasse innholdet i behandlingen overfor pasientene på en god måte.

## **6.2 Tanker om videre forskning**

Dette er en lite undersøkelse på et stort felt. For videre forskning mener jeg det ville vært interessant å se på:

- Hva gjør det med behandlingen, av rusmiddelavhengighet, at man har så mange krav til kartlegginger og temaer man skal gjennom. Gjør det at man mister oversikt?
- I hvilken grad legger behandlingsstedene til rette for å ta imot pasienter med ikke-heterofil orientering og kjønns mangfold.
- Hvordan opplever ikke-heterofile pasienter seg ivaretatt i rusbehandling i dag?
- Hvordan skal man øke kompetansen innen behandling, av rusmiddelavhengighet, om LHBTIQ-personer?
- Hvordan vil det påvirke selve behandlingen dersom man har kunnskap om og tar hensyn til pasientens seksuelle orientering?
- Hvordan ønsker LHBTIQ-personer å bli møtt i rusbehandling og hva er viktige komponenter for dem, for å leve et rusfritt liv i etterkant av behandling?

## Litteraturliste:

- Aftenposten (2020). *LHBT-samfunnet i Polen frykter for framtiden*. Hentet 26.02.22 fra <https://www.aftenposten.no/verden/i/RRJxy2/lhbt-samfunnet-i-polen-frykter-for-framtiden>
- Almås, E. (2020). *Tabu - seksualitet* i Store medisinske leksikon på snl.no. Hentet 14.02.2022 fra [https://sml.snl.no/tabu\\_-\\_seksualitet](https://sml.snl.no/tabu_-_seksualitet)
- Alt om navn (2022). *Vanlige navn*. Hentet 19.02.22 fra <https://www.altomnavn.com/vanlige-navn>
- Amnesty Internasjonal (2022, 27. februar). *LBHT*. Hentet fra <https://amnesty.no/lhbt>
- Amundsen, B. (2018, 15 februar). Blir homofile mer sårbare i tolerante samfunn? *Forskning.no* Hentet fra <https://forskning.no/kjonn-og-samfunn-ny-psykologi/blir-homofile-mer-sarbare-i-tolerante-samfunn/288794>)
- Anderssen, N., Eggebø, H., Stubberud, E., Holmelid, Ø. (2021). *Seksuell orientering, kjønns mangfold og levekår. Resultater fra spørreundersøkelsen 2020*. Universitetet i Bergen. Hentet fra <https://www.bufile.no/Bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00005350>
- Andezion, H. (2021). *Chemfriendly – en ny brukerorganisasjon*. Hentet 17.11.21 fra <https://korusoslo.no/2021/08/18/chemsex-og-skadereduksjon/>
- Angeltvedt, R. (2004). Er det noen homoer her? *Rus og avhengighet*. (nr.6, 2004) S. 33-36) Hentet fra <https://www.idunn.no/doi/10.18261/ISSN0809-2834-2004-06-06>
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS
- Avery-Desmarais, S., Sethares, K.A., Stover, c., Batvhelder, a. og McCurry, M.K. (2020). Substance use and minority stress in a population of lesbian, gay and bisexual nurses. *Substance use & misuse*, 55:12, Hentet fra <https://doi.org/10.1080/10826084.2020.1784946>
- Bang Svendsen, S.H., Stubberud, E. og Farstad Djupedal, E. (2018). Skeive ungdommers identitetsarbeid: SKAM etter homotoleransen. *Tidsskrift for Kjønnforskning, Årgang 42* (nr.3-2018), s. 162-183. <https://doi/10.18261/issn.1890-7008-2018-03-03>
- Barbara, A.M & Chaim, G. MSW og RSW (2004). *Asking about sexual orientation during assessment for drug and alcohol concerns: A pilot study*. *Journal of social work practice in the addictions*, 4:4, 89-109, DOI: 10.1300/J160v04n04 06
- Barne- og likestillingsdepartementet (2008). *Bedre livskvalitet for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner 2009-2012*. (Regjeringens handlingsplan) Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/handlingsplaner/hpl\\_lhbt\\_september\\_2008.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/handlingsplaner/hpl_lhbt_september_2008.pdf)

- Barne- og likestillingsdepartementet (2016). *Trygghet, mangfold, åpenhet*. (Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk 2017-2020). Hentet fra <https://www.bufdir.no/lhbt/Dokumentside/?docId=BUF00003541>
- Bendixen, M., Ottesen Kennair, L.E og Grøntvedt, T.V. (2016) *En oppdatert kunnskapsstatus om seksuell trakassering blant elever i ungdomskolen og videregående opplæring*. (Rapport) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/kunnskapsstatus-om-seksuell-trakassering/id2501211/>
- Binder, P.-E. (2018). *Hvem er jeg? Om å finne og skape identitet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bjelland Kartzow, M og Solevåg, A.R. (2016). Feministteologisk hermeneutikk. I *Tidsskrift for teologisk fenomenologi*. (nr.2/2016), s. 6-13. Hentet fra [https://nktf.files.wordpress.com/2019/07/st\\_sunniva\\_2016-02\\_net.pdf](https://nktf.files.wordpress.com/2019/07/st_sunniva_2016-02_net.pdf)
- Bjorkman, M. og Malterud, K. (2007). *Being lesbian – does the doctor need to know?*. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 25:1, s. 58-62, DOI: 10.1080/02813430601086178
- Bjørlykhaug, K.I. (2018). Er psykiske problem sosiale problem? – Om krafta i konteksten og definisjonsmakta i samfunnet. I Karlson, B. og Borg, M. (Red.), *Perspektiver på psykisk helse- og rusarbeid. Recovery, erfaringsbasert kunnskap og samarbeidsbasert kunnskapsutvikling*. (s. 69-81) Bergen: Fagbokforlaget
- Bowker, G.C og Star, S.L. (2000): Introduction: To classify is human. I Bowker, G.C & Star, S.L.. *Sorting things out: classification and its consequences*. (s. 1-32) Cambridge, Mass: MIT press
- Breivik Eldnes, K.A. (2018). *Homofili i norske medier – fra forundring til forståelse, og tilbake igjen*. (Masteroppgave) Institutt for medier og kommunikasjon, Universitetet i Oslo. Hentet fra: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/70327/Master-Kari-Anne.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bufdir (2021, 29. november). Lhbtq-ordlista Hentet fra [https://www.bufdir.no/lhbt/LHBT\\_ordlista/](https://www.bufdir.no/lhbt/LHBT_ordlista/)
- Butler, J. (2020). *Kjønn, performativitet og sårbarhet*. Oslo: Cappelen Damm AS
- Christophersen Madsen, T. og Hereid Eide, K. (2018). *Skam i psykoterapi: Hvordan kan psykologer arbeide med maladaptiv skam hos homofile og lesbiske klienter?* (Hovedoppgave, Det psykologiske fakultet, Bergen). Hentet fra: <https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/1956/18907>
- Douglas, M. (1997). *Rent og urent. En analyse av forestillinger omkring urenheter og tabu*. Oslo: Pax forlag
- Duncan, B. og Sparks, J. (2008). *I fellesskap for endring*. Oslo: Gyldendal akademisk

- Eggebø, H., Stubberud, E. og Anderssen, N. (2019). *Skeive livsløp. En kvalitativ studie av levekår og sammensatte identiteter blant lhbtis-personer i Norge*. (NF rapport nr.: 6/2019) Nordlandsforskning. Hentet fra <https://bufdir.no/Bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00005039>
- Eribon, D. (2004). *Insult, and the making of the gay self*. Durham og London: Duke university press
- Falkum, E., Borge, L. og Martinsen, E.W. (2011). En biopsykososial forståelseshorisont. I Borge, L., Martinsen, E.W. og Moe, T. (Red.), *Psykisk helsearbeid – mer enn medisiner og samtaleterapi* (s. 21 – 30). Bergen: Fagbokforlaget
- Fekjær, H.O. (2016). *Rus, bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. (4. utg.) Oslo: Gyldendal akademisk
- Fladmoe, A., Nadim, M. og Birkvad, S.R. (2019). *Erfaringer med hatytringer og hets blant LHBT-personer, andre minoritetsgrupper og den øvrige befolkningen*. (Institutt for samfunnsforskning, Rapport 2019:4) Hentet fra <https://www.bufdir.no/Bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00004820>
- Foreningen fri (2020) *Den skeive bevegelsen må være antirasistisk*. Hentet 17.02.22 fra <https://www.foreningenfri.no/den-skeive-bevegelsen-ma-vaere-antirasistisk/>
- Foreningen fri (2021, 29. november). *Begreper* Hentet fra <https://www.foreningenfri.no/informasjon/begreper/>
- Fosshagen, K. (2021): *tabu* i Store norske leksikon på snl.no. Hentet 14. februar 2022 fra <https://snl.no/tabu>
- Gahr Støre, J. (2022, 20. april): *Statsministerens tale med unnskyldning til skeive*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/statsministerens-tale-med-unnskyldning-til-skeive/id2908954/>
- Gamnes, S. (2021). Seksualitet og helse. I Jahren Kristoffersen, N., Skaug E.-A., Steindal, S.A. og Hjelmeland, G. (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Grunnleggende behov og helse*. (4. utg.) Oslo: Gyldendal
- Gilje, N. (2019). Hermeneutikk som metode. En historisk introduksjon. Oslo: Det Norske Samlaget
- Gjevjon, T. (2017, 12. mai). *Vi kan ikke godta at kvinner brukes som skjold mot en homofiendtlig familie*. *Dagbladet*. Hentet fra <https://www.dagbladet.no/kultur/vi-kan-ikke-godta-at-kvinner-brukes-som-skjold-mot-en-homofiendtlig-familie/67593065>
- Goffman, E. (2014). *Vårt rollespill til daglig*. Falun: Pax forlag
- Goffman, E. (2016). *Stigma. Om afvigerens sociale identitet* (2. utg.). Fredriksberg: Samfundslitteratur

- Grøsfjeld, M.-B. (2004) Pasientens barn – psykologens ansvar? En drøfting av etiske prinsipper. I *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 2004* (Vol 41, nummer 11), s. 900-906. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2004/11/pasientens-barn-psykologens-ansvar-en-drofting-av-etiske-prinsipper>
- Hamre Gran, K. (2021, 26. januar) 1 av 3 skeive lite tilfreds med egen psykisk helse Hentet 21.02.22 fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/1-av-3-skeive-lite-tilfreds-med-egen-psykisk-helse>.
- Haugland, R. (2007). *Med makt til å krenke. Om makt, avmakt og motmakt i en konfliktfylt barnevernssak*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Haugstvedt, Å., Amundsen, E. og Berg, R.C. (2018). Chemsex blant menn – en spørreundersøkelse. *Tidsskriftet den norske legeforening*. (Utgave 13, 4. september 2018) doi: 10.4045/tidsskr.18.0108
- Hegna, K. (2007). *Homo? Betydningen av seksuell erfaring, tiltrekning og identitet for selvmordsforsøk og rusmiddelbruk blant ungdom. En sosiologisk studie*. (Rapport 1/07). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Hentet fra <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/20.500.12199/4937>
- Hellevik, O. (2011). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap* (7. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Snakk om det*. (Strategi for seksuell helse (2017-2022)). Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi\\_seksuell\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf)
- Helse Stavanger (2018) *KvaRus*. Hentet 16.02.22 fra <https://helse-stavanger.no/kvarus>
- Helsedirektoratet (2016). *Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Nasjonal faglig retningslinje. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>
- Helsedirektoratet (2018a). *Pakkeforløp TSB*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb>
- Hjelmervik, P. (2011). *Opplevelse av sosial eksklusjon blant rusavhengige i Stavanger*. (Masteroppgave) Universitetet i Stavanger. Hentet fra <https://uis.brage.unit.no/uis-xmlui/handle/11250/185027>
- Holmberg, H. og Schjetlein, I. (2010). Om å tematisere homoseksualitet i rusbehandling. *Rus & Samfunn*. Vol 3. utg. 6, s. 31-35. <https://doi.org/10.18261/ISSN1501-5580-2009-06-16>

- Jahren Kristoffersen, N. (2019). Livsutfordringer og pedagogisk endringsarbeid. I Svalastog, A.-L., Jahren Kristoffersen, N. og Strømmen Lile, H. (Red.) *Psykososialt arbeid. Kunnskap, verdier og samfunn* (s. 134-175). Oslo: Gyldendal akademisk
- Jerndahl Fineide, M. og Ramsdal H. (2014). Prosesstenkning – utvikling av standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer. I Vabo, S.I. og Vabø, M. (Red) *Velferdens organisering*. (s.108-121) Oslo: Universitetsforlaget
- Jessen, R. S (2022).: *Judith Butler* i Store norske leksikon på snl.no. Hentet 14. februar 2022 fra [https://snl.no/Judith\\_Butler](https://snl.no/Judith_Butler)
- Johannessen, A., Tufte, P.A. og Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag
- Johannessen, L.E.F., Witsø Rafoss, T., Rasmussen, E.B. (2020). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget
- Johansen, H.M. (2019) *Skeive linjer i norsk historie, frå norrøn tid til i dag*. Danmark: Samlaget
- Kaiser Klatran, H. (2019). Jeg prøver å fremstå så mandig som jeg kan. Fornærmelse, subjektivering og motstand blant LHBTIQ-personer. *Tidsskrift for kjønnsforskning, Årgang 43* (nr. 3-2019) s. 213-229. DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.1891-1781-2019-03-06>
- Kalstad, L.M. (2022, 25. mars). Homofil pasient reagerer på legebesøk: -Legen burde vite bedre. Hentet fra <https://www.nrk.no/rogaland/mener-fastlege-har-fordommer-mot-homofile-1.15857254>
- Kessler, S.J. og McKenna, W. (1978). Introduction: The primacy of gender attribution. Kessler, S.J. og McKenna, W. *Gender: an ethnomethodological approach*. (s. 1-20) Chicago: The Univ. of Chicago press
- Kraft, P. (2016). *Rusmiddelavhengighet. Et psykologisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget
- Kulturdepartementet (2021). *Trygghet, mangfold og åpenhet*. (Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og kjønnskarakteristika 2021–2024). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/trygghet-mangfold-og-apenhet/id2863720/>
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS
- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer – en kunnskapsoppsummering* (Rapport nr. 1/2014) Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)
- Levin, I. og Trost, J. (1996) *Å forstå hverdagen*. Otta: Tano – Aschehoug



- Lien Garbo, G. (2018, 21. juni) Fortsatt ikke lett å komme ut av skapet. Hentet 01.10.20 fra <https://www.sv.uio.no/psi/forskning/aktuelt/aktuelle-saker/2018/fortsatt-ikke-lett-a-komme-ut-av-skapet-.html>
- Malterud, K. og Anderssen, N. (2014). *Helse blant lesbiske og bifile kvinner i Norge*. Allmenntilleggsenhet, Uni Research Helse. Bergen. Hentet fra <https://www.bufdir.no/Bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00002720>
- NESH – Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap om humaniora (2021). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. (5. utg.) De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/globalassets/dokumenter/4-publikasjoner-som-pdf/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora.pdf>
- Norsk digital læringsarena (2022). Minoritetsstress. Hentet 24.01.22 fra <https://ndla.no/nb/subject:d1fe9d0a-a54d-49db-a4c2-fd5463a7c9e7/topic:3cdf9349-4593-498c-a899-9310133a4788/topic:7e6a20d3-ceb5-46e3-ad28-1412c9a5745c/topic:3773b6ad-b92e-4a34-9c24-20912d2b14e3/resource:1a30e191-9630-43a2-a9c8-2dced55847c9>
- NRK (2022, 21. april). Heiste Pride flagget på Eidsvollbygningen. Hentet 22.04.22 fra <https://www.nrk.no/osloogviken/heiste-pride-flagg-pa-eidsvollbygningen-1.15938389>
- NSD (2022a): NSD. Hentet 09.02.22 fra <https://www.nsd.no/>
- NSD (2022b): NSD – Sårbare grupper. Hentet 09.02.22 fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/sarbare-grupper/>
- Olufsen-Mehus, T. (2022, 22. april). Regnbueflagget ved Eidsvollbygningen representerer et nytt utenforskap. *Norge i Dag*. Hentet fra <https://idag.no/regnbueflagget-ved-eidsvollbygningen-representerer-et-nytt-utenforskap/19.39246>
- Omdal, E. (2018). *Seksuell orientering i terapi – usynlig og antatt heterofil? Å komme ut som homofil, lesbisk og bifil i terapi – en litteraturgjennomgang*. (Hovedoppgave, Det psykologiske fakultet Bergen). Hentet fra <https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/1956/17763>
- Pasient og brukerrettighetsloven (2001). Lov om pasient og brukerrettigheter, (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Paulsen, V., Svendsen, S., Tøndel, G., Kaasbøll, J., Ådnanes, M., Thaulow, K. og Midtgård, T. (2020): *Skeive barn og unge i barnevernet. En studie av barnevernets praksis og tilnærming*. NTNU Samfunnsforskning, Mangfold og inkludering. Hentet fra <https://www.bufdir.no/globalassets/global/nbbf/kjonn-identitet/skeive-barn-og-unge-i-barnevern-et-en-studie-av-barnevernets-praksis-og-tilnaerminger.pdf>

- Petrou, P og Lemke, R. (2018) Victimization and life satisfaction of gay and bisexual individuals in 44 European countries: the moderating role of country-level and person-level attitudes towards homosexuality. *Culture, health & sexuality*, Vol.20 (6), s.640-657 Hentet fra <https://web.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=7a48148f-dee9-41ed-9a53-86a7bdc3e9d6%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=130076859&db=ap>  
[h](#)
- Philstrøm, L. (2019). Født sånn eller blitt sånn? Stor studie kaster nytt lys over homofili. *Morgenbladet* Hentet 17.01.22 fra <https://www.morgenbladet.no/aktuelt/2019/10/10/fodt-sann-eller-blitt-sann-stor-studie-kaster-nytt-lys-over-homofili/>
- Prell, E. (2017). *Minoritetsstress og sosial tilhørighet blant lesbiske og bifile kvinner i Norge*. (Masteroppgave, Universitetet i Oslo) Hentet fra [https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/57278/PSY4091\\_EmiliePrell.pdf?sequence=1](https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/57278/PSY4091_EmiliePrell.pdf?sequence=1)
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Rus & samfunn (2010). *Hetero-normativitet*. (vol 3/utgave 6), hentet fra <https://www.idunn.no/doi/pdf/10.18261/1501-5580-3-6>
- Salvati, M., Piumatti, G., Giacomantonio, M. og Baiocco, R. (2019). *Gender stereotypes and contact with gay men and lesbians: The mediational role of sexism and homonegativity*. Wiley online library. Hentet fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/casp.2412>
- Seland, E. (2018). *Skeive i rusbehandling. Hvordan opplever skeive seg ivaretatt i rusbehandling, og hvordan kan deres beskrivelse bidra til videreutvikling av helsefremmende arbeid på denne arenaen?* (Masteroppgave) Universitetet i Agder, Fakultetet for helse og idrettsvitenskap, Institutt for psykososial helse. Hentet fra <https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/bitstream/handle/11250/2564055/Seland%2C%20Ester.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Selle, M.S. (2007). Homo eller hetero – spiller det noen rolle hva pasienten er? *Suicidologi*, årgang 12 (nr. 1) s. 18-20. Hentet fra <https://doi.org/10.5617/suicidologi.1759>
- Skogen, J.C. (2013). Tidlig debut av rusbruk, rusproblemer og mental helse hos ungdom. *Forebygging.no*. Hentet fra <https://www.forebygging.no/Artikler/2014-2012/Tidlig-debut-av-rusbruk-rusproblemer-og-mental-helse-hos-ungdom/>
- Smeby, J.-C. (2013). Profesjon og ekspertise. I Molander, A. og Smeby J.-C. (Red.). *-Profesjonsstudier II*, s. 17-26. Oslo: Universitetsforlaget.
- Spesialisthelsetjenesteloven (2001). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

- Stallvik, M. (2011). Biopsykososial tilnærming til rusavhengighet. *Rusfag 2011* (Nr. 1), s. 105-112. Hentet fra <https://korusoslo.no/wp-content/uploads/2020/01/Rusfag-nr-1-2011.pdf>
- Stokke, M., Lundhaug, K., Hammeren, G., Solberg, A. og Steinland, V. (2018). *Skeives levekår i Agder En kvantitativ og kvalitativ kartlegging* (ØF-rapport 10/2018). Lillehammer: Østlandsforskning. Hentet fra [https://www.ostforsk.no/wp-content/uploads/2018/09/201810\\_Skeives\\_lev%C3%A5r\\_i\\_Agder-1.pdf](https://www.ostforsk.no/wp-content/uploads/2018/09/201810_Skeives_lev%C3%A5r_i_Agder-1.pdf)
- Strand Støren, K., Rønning, E., og Hamre Gran, K. (2020) Livskvalitet i Norge 2020 (Rapport 2020:35) Oslo – Kongsvinger. Statistisk sentralbyrå. Hentet fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/attachment/433414?ts=17554096418>
- Studieweb.no (2022) Hva er normer. Hentet 12.02.22 fra <https://studieweb.no/hva-er-normer/>
- Stykket, M. (2020, 11. november). *Skal bekjempe diskriminering av LHBTIQ-personer*. Hentet fra <https://www.nito.no/aktuelt/2020/11/skal-bekjempe-diskriminering-av-homofile/>
- Svalastog, A.-L., Jahren Kristoffersen, N. og Strømmen Lile, H. (2019) Introduksjon til psykososialt arbeid I Svalastog, A.-L., Jahren Kristoffersen, N. og Strømmen Lile, H. (Red.) *Psykososialt arbeid. Kunnskap, verdier og samfunn* (s. 17-39). Oslo: Gyldendal akademisk
- Svardal, F. (2019) *Stereotypi - psykologi* i *Store norske leksikon* på snl.no. Hentet 13.01.22 fra <https://snl.no/stereotypi - psykologi>
- Svardal, F. (2020). *Holdning* i *Store norske leksikon*. Hentet 17.02.22 fra <https://snl.no/holdning>
- Tamboukou, M. (2014). Narrative fenomener: Kartlegging av narrativ forskning. I Skærbæk, E. og Nissen, M. (Red.) *Psykososialt arbeid. Fortellinger, medvirkning og fellesskap*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Tangen Gundersen, S. (2017). *Kaste et glass vann på et inferno*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid (s. 374 – 379) Vol 14, utg. 4. 11.12.17, <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-04-10>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Trettebergstuen, A. og Nylund, B. (2017). Homo, for deg som er, lurer på om du er eller har lyst til å bli homo. Eller for deg som bare lurer på hvordan disse homogreiene fungerer. Oslo: Pitch forlag
- Træen, B. (2018). Predictors of internalized homonegativity in Norwegian men who have sex with men (MSM). *Scandinavian Psychologist*, 5, e2. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.5.e2>
- Ugelvik, T. (2020). *Sosial kontroll*. Oslo: Universitetsforlaget

- Ulstein Moseng, B (2005) *Skeive dager i 2003 – en rusundersøkelse*. (Rapport nr. 3/2005) Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Hentet fra [https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/4895/583\\_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/4895/583_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Ulstein Moseng, B. (2010). Seksuelle minoriteter: Rus, forskning og forebygging. *Rus & samfunn.* (vol 3/utgave 6) s. 26-30. Hentet fra <https://doi.org/10.18261/ISSN1501-5580-2009-06-14>
- Universitetet i Oslo (2022). *Merknader til helsepersonellovens krav til forsvarlighet og bruk av medhjelpere. Merknadene er hentet fra ot.prp. 13 1998-1999*. Hentet 28.02.22 fra <https://www.uio.no/studier/emner/matnat/farmasi/nedlagte-emner/FRM2041/v06/undervisningsmateriale/Pensum%20Lovkunnskap/Merknader%20til%20helsepersonelloven%20%C2%A7%C2%A7%204%20og%205.doc>
- Universitetet i Oslo (2022a): *Nettskjema*. Hentet 09.02.22 fra <https://www.uio.no/tjenester/it/admin-app/nettskjema/>
- Universitetet i Oslo (2022b): *Tjenester for Sensitive Data (TSD)*. Hentet 09.02.22 fra <https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/sensitiv/>
- Vabø, M. (2014). *Dilemmaer i velferdens organisering*. I Vabø, S.I. og Vabø, M. (Red) *Velferdens organisering*. (s. 11-28) Oslo: Universitetsforlaget
- Vågan, A. og Grimen, H. (2010). Profesjoner i maktteoretisk perspektiv. I Molander, A. og Terum, L.I. (Red.). *Profesjonsstudier* (2. utg.), s. 411-428. Oslo: Universitetsforlaget
- Wangensteen, T. og Lorimer Aa,odt, H. (2019). Pasient- og pårørendeopplæring om rusmiddelavhengighet. I Svalastog, A.-L., Jahren Kristoffersen, N. og Strømmen Lile, H. (Red.) *Psykososialt arbeid. Kunnskap, verdier og samfunn* (s. 17-39). Oslo: Gyldendal akademisk
- Åndanes, M., Kaspersen, S.L., Melby, L. og Lassemo, E. (2020) *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – fagfolks erfaringer første året* (Rapport nr 2020:00064) SINTEF Helsetjenesteforskning. Hentet fra [https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/sintef-2020\\_00064-evaluering-av-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/sintef-2020_00064-evaluering-av-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus.pdf)
- Åndanes, M., Raak Høiseth, J., Magnussen, M. Thaulow, K. og Kaspersen, S.L. (2021) *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer. Rapport 2* (Rapport nr. 2021: 00090) SINTEF Helsetjenesteforskning. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/evaluering-av-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus>

## Vedlegg I

# Vil du delta i forskningsprosjektet «*Seksuell orientering i rusbehandling*»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt, hvor formålet er å undersøke hvordan vi kan gjøre seksuell orientering til et tema i rusbehandling. I dette skrivet gis du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Denne undersøkelsen vil inngå som informasjonsinnhenting til en masteroppgave i psykososialt arbeid. Oppgaven er planlagt ferdig innen utgangen av 2022.

Undersøkelsen har som mål å få informanter blant behandlere innenfor Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (døgn og poliklinikk) og TSB avdelinger innenfor DPS samt blant personer, som tidligere har mottatt behandling for rusmiddelavhengighet, med annen seksuell orientering enn heterofil.

Planen er å belyse saken fra både behandler siden og pasientsiden, for å dra nytte av erfaringene fra begge sidene i en behandlingsrelasjon.

Hovedtema for oppgaven er «seksuell orientering i rusbehandling» og jeg ønsker å finne mer ut av hvordan vi kan inkludere dette på en best mulig måte.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Høgskolen i Østfold er ansvarlig for prosjektet.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta fordi du har svart på en generell forespørsel om å delta i mitt forskningsprosjekt.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Dersom du velger å delta, vil du måtte gjennomføre et intervju der du svarer på spørsmål fra meg. Spørsmålene er laget på forhånd, men det kan bli naturlig med oppfølgingsspørsmål underveis, såkalt semistrukturert intervju. Intervjuet er planlagt å vare maksimalt 1 time.

Dersom det er mulig, ønsker jeg å gjennomføre intervjuet ved personlig møte, eller over Teams/Skype. Det vil imidlertid også være mulig å gjennomføre det over telefon.

Spørsmålene vil ta utgangspunkt i dine erfaringer som behandler eller pasient, og noen spørsmål vil være rettet mot om det er endringer du kunne ønske deg. Spørsmålene har ikke som mål å avsløre kunnskap, kun erfaringer og tanker om hvordan ting kunne vært gjort annerledes.

Jeg vil ta lydopptak av samtalen og ta notater mens vi snakker sammen. Lydopptaket vil bli transkribert (skrevet ned som tekst), og du kan be om å lese igjennom og kommentere teksten.

Dersom du ønsker, kan du få en kopi av masteroppgaven etter at den er sensurert og godkjent.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det er kun jeg som student som vil ha tilgang til å vite hvem du er, og min veileder vil ha tilgang til transkriberte og anonymiserte intervjuer.

Høgskolen i Østfold benytter seg av TSD (Tjenester for Sensitive Data). Dette innebærer at lydopptak som gjøres via min telefon, blir lagret på et sikkert nettsted og ikke i min telefon. Det er ekstra sikkerhetstiltak for å få tilgang til dataene som er lagret.

Transkribering av lydopptakene vil lagres på samme måte, frem til de er fullstendig anonymisert.

I masteroppgaven vil det ikke komme frem noen personopplysninger som gjør det mulig for andre å gjenkjenne og knytte dine svar til deg.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er innen utgangen av 2022. Personopplysninger og opptak slettes ved prosjektslutt.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Østfold har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende

- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskolen i Østfold ved prosjektansvarlig Anna Lydia Svalastog, [+47 696 08 819](tel:+4769608819), [+47 406 43 549](tel:+4740643549), [anna.l.svalastog@hiof.no](mailto:anna.l.svalastog@hiof.no)
- Nina Bråthen Goa, 411 26 323, [nbgoa@gosoft.no](mailto:nbgoa@gosoft.no).

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Anna Lydia Svalastog  
(Forsker/veileder)

Nina Bråthen Goa  
(Student)

## Vedlegg II

### Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Seksuell orientering i rusbehandling*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)



## Vedlegg III

### Intervjuguide, tidlige pasienter:

Bakgrunns spørsmål:

1. Alder?
2. Seksuell orientering?
3. Hva slags form for rusbehandling har du mottatt, Døgn, poliklinikk rus eller DPS?

Hovedspørsmål:

4. Har seksuell orientering vært et tema under behandlingen?
5. På hvilken måte har seksuell orientering eller identitet evt. blitt tatt opp i behandling?
6. Hvem tenker du burde ha ansvar for å bringe seksuell orientering opp som tema i behandlingen, og hvordan bør det evt skje?
7. Hvordan har din seksuelle orientering påvirket innholdet i behandlingen?
  - a. Hvis den ble tatt opp
  - b. Hvis den ikke ble tatt opp
8. Hvordan opplever du at det at din seksuelle orientering ble et tema, eller ikke, hadde betydning for ditt utbytte av behandlingen?
9. Hvordan hadde det vært for deg, dersom seksuell orientering ble en del av den standardiserte kartleggingen?
10. Tenker du det er viktig for kvaliteten av behandlingen, at man kartlegger seksuell orientering?
11. Hvordan kan det å kartlegge og evt ta hensyn til seksuell orientering i videre behandling endre kvaliteten på behandlingen?
12. Hvilken type kompetanse mener du de ansatte innenfor rusbehandling, bør ha i fht seksuell orientering?
13. Hvilken betydning har behandlerens seksuelle orientering for deg?
14. Er det noe du ønsker å legge til?

Tusen takk for at du deltok i denne undersøkelsen.

## Vedlegg IV

### Intervjuguide, ansatte TSB

Bakgrunnsspørsmål:

1. Hva slags grunnutdanning har du?
2. Hvilket år ble du ferdig utdannet og hvor gammel er du?
3. Har du noen form for annen utdanning?
4. Hva slags arbeidserfaring har du?
5. Har du erfaring fra frivillige arbeid?
6. Hvor i behandlingsapparatet jobber du? TSB døgn, poliklinikk eller DPS?

Hovedspørsmål:

7. Når og på hvilken måte har seksuell orientering vært tatt opp i grunnutdanningen din?
8. Hvordan tenker du seksuell orientering burde vært tatt opp?
9. Har du selv eller andre kollegaer hatt pasienter som har vært homofile, eller som du har hatt mistanke om at har vært det?
10. Hvordan ble den seksuelle orienteringen evt. bekreftet, eller hva var årsaken til at den ikke ble det?
11. Opplever du det som vanskelig å ta opp seksuell orientering med pasienter?
  - a. Hva gjør det evt lett eller vanskelig?
12. Tror du det hadde vært lettere å ta opp temaet seksuell orientering, dersom det var en del av en standardisert kartlegging?
  - a. Hva gjør at du tenker dette?
13. Kan du huske, og hvis ja, beskrive noen situasjoner der du eller andre har drøftet om seksuell orientering kan ha vært årsaken til rusmiddelavhengighet?
14. Dersom seksuell orientering ble en del av den standardiserte kartleggingen, tror du det hadde utløst noen behov for de som skal utføre den?

15. Har du eller andre på jobben fått tilbud om å delta på kurs som omhandler seksualitet eller seksuell orientering?
  - a. Evt. hvilke?
  
16. Hva slags type basiskunnskap/opplæring tenker du man bør ha, som behandler, i fht seksuell orientering?
  
17. Tror du det er et generelt behov for å heve kompetansen rundt seksuell orientering innen rusbehandling?
  - a. Hva tenker du man trenger kunnskap om?
  - b. Hvordan kan man evt heve kompetansen?
  
18. Har din arbeidsplass noen strukturelle utfordringer i fht å ta imot homofile pasienter?
  
19. Tror du det har noen konsekvenser å være homofil i Norge i dag?
  - a. Evt. hvilke?
  
20. Hva tenker du er de viktigste samfunnsendringene som har skjedd i fht homofile, i Norge?
  
21. Er det noe du ønsker å legge til?

Tusen takk for at du deltok i denne undersøkelsen.

## Vedlegg V



# Vurdering

## Referansenummer

642517

## Prosjekttittel

Seksuell orientering som tema i rusbehandling

## Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Østfold / Avdeling for helse og velferd

## Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Anna Lydia Svalastog, anna.l.svalastog@hiof.no, tlf: 40643549

## Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

## Kontaktinformasjon, student

Nina Bråthen Goa, nbgoa@gosoft.no, tlf: 41126323

## Prosjektperiode

22.04.2021 - 31.12.2022

## Vurdering (1)

---

### 04.06.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 04.06.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

## TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helse og seksuelle forhold frem til 31.12.2022.

## LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

## UTVALGETS TAUSHETSPLIKT

Utvalget består av helsepersonell/behandlere som har taushetsplikt, og det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, bakgrunn, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig med å bruke eksempler under intervjuene.

Studenten og de ansatte har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Vi anbefaler derfor at studenten minner de ansatte om taushetsplikten før intervjuet starter.

## PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon omog samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

TSD og Nettskjema, samt evt. Teams/Skype, er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådførere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

[nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema](https://nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos NSD: Lene Chr. M. Brandt

Lykke til med prosjektet!