

Utslåtte kvinner og oppegående menn – Rusmisbrukere i behandling

Abbi Vandeskog¹ og Arvid Skutle²

¹Bergensklinikkene, Hjellestad-Klinikken, Flyen 30, 5066 Hjellestad

²Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen, Øisteins gt. 3, 5007 Bergen

Korrespondanse til Abbi Vandeskog

SAMMENDRAG

Denne undersøkelsen fokuserer på kjønnsforskjeller blant mannlige og kvinnelige misbrukere med hensyn til sosiodemografi, behandlingshistorie og rusmiddelmissbruk. 149 klienter (51 kvinner) ble rekruttert fra en behandlingstjenestestasjon. Flere kvinner enn menn er uten arbeid, og lever på ulike former for sosial støtte. Relativt sett få kvinner har mottatt behandling for sitt rusproblem tidligere, inkludert avrusning. De har kortere misbrukskarrierer før de kommer til behandling, og drikker mindre alkohol enn menn. Imidlertid er flere av dem blandingsmisbrukere, hyppigst kombineres alkohol og benzodiazepiner.

Vandeskog A, Skutle A. **Gender differences among substance abusers in treatment.**

Nor J Epidemiol 1996; 6 (1): 115-122.

ENGLISH SUMMARY

The present study focuses on gender differences regarding sociodemography, treatment history, and alcohol and drug use among male and female abusers. One hundred and forty-nine subjects (51 women) were recruited from a clinical setting. More women than men are unemployed and living on different forms of social benefits. Relatively few women have been in treatment earlier, including detoxification units. They have shorter abuse careers before entering treatment, and consume less alcohol than men. More women are multiple substance abusers, most frequently combining alcohol and benzodiazepines.

INNLEDNING

Vi har en hel del generell kunnskap om rusmidler og rusmiddelbruk i Norge idag, men vi vet lite om hvem som behandles ved rusmiddelinstusjonene. Tiltak for rusmiddelmissbrukere er med andre ord utformet mer ut fra behandlingsplanleggeres generelle idèer, kunnskaper og erfaring, enn fra dokumentert informasjon om hva som kjennetegner nettopp deres klientgrupper til enhver tid. Erfaring fra instusjoner som systematisk har kartlagt og beskrevet sine klientgrupper over tid, er at slike beskrivelser både er bevisstgjørende og anvendelige i behandlingsplanleggingen. Likevel forekommer de sjelden.

Det er i hovedsak tre typer av kunnskap som trengs i behandlingstjenesten: Den deskriptive, den analytiske og behandlingsevaluering. Den *deskriptive* kunnskapen handler om å få et reelt og nyansert bilde av de ulike klientgrupper som inngår i behandlingstjenesten.

Årsmeldinger inneholder som regel noe informasjon om klientgrupper, men er ytterst mangelfull som et redskap for planlegging. For å kunne gi et godt tilpasset behandlingstilbud trenger en å vite mer enn hvor mange som har vært behandlet og enkle demografiske opplysninger. Blant annet er det viktig å vite hva som kjennetegner klientenes sosiale, psykologiske og medisinske situasjon.

Dernest er det et behov for *analytisk* kunnskap som kan si noe om endringsprosessen og årsak/virkningsforhold i misbruksforløpet. Gjennom flere internasjonale forløpsstudier har vi fått noe kunnskap om dette, men gode norske studier mangler. I den grad det har vært foretatt slike studier i Norge i de senere år, har dette vært på stoffmisbruksfeltet (1-3).

Til sist er det også et behov for økt kunnskap om behandlingens betydning i forhold til endring, såkalt *behandlingsevaluering*. Det pågår en stadig diskusjon om hvilke behandlingstilbud som gir de beste resulta-

ter, særlig blant de kommersielle tilbudene. Dessverre er innslaget av empirisk dokumentasjon av påstandene stort sett fraværende. Med andre ord vet vi idag svært lite om behandlingens betydning i forhold til misbruksforløpet.

Etter 25 år med forskning som redegjør for de kvinnelige misbrukeres egenart er det underlig å kunne iakttå hvor stor del av den generelle rusforskningen og rusbehandlingsapparatet som fortsatt tar den mannlige rusmisbruker som sitt selvfølgelig utgangspunkt, uten en gang å vurdere om det kan finnes noe spesifikt mannlige og noe spesifikt kvinnelig når det gjelder årsaker, konsekvenser eller behandling av rusmisbruk. En rekke studier har påvist at kvinners rus- og livssituasjon ofte skiller seg vesentlig fra menns (4). Et sentralt spørsmål er i hvilken grad disse funnene har fått behandlingmessige implikasjoner.

En nyere kvantitativ og kvalitativ oversiktsartikkel oppsummerer forskning vedrørende kjønnsforskjellers betydning for behandling (5). Følgende rapporteres blant konsistente funn: Ulikheter mellom kjønnene i forhold til fysiologiske responser til alkohol og konsekvenser for fysisk helse, flere opplevde barrierer og mindre sosial støtte for kvinner som søker behandling, høyere forekomst av rusmisbrukende partnere blant kvinnene, mer opplevelse av sosial stigmatisering blant kvinner (dvs. både å bli møtt med negative holdninger og selv være enige i dem), og høyere forekomst av vold og seksuelt misbruk overfor de kvinnelige misbrukerne. Ofte konkluderes at det trengs flere tilbud kun for kvinnelige misbrukere. Ingen har imidlertid hittil kunnet slå fast hva som bør karakterisere slike særskilte behandlingsprogram for kvinner (6-7), noe som blant annet kan ha sin årsak i manglende utforskning av denne problemstillingen. Evalueringsforskning innen rusmiddelfeltet har vært preget av det vi kan kalle "mannlig dominans". En oversiktsartikkel fra midten av 80-tallet, som dekker 30 års forskning, kan illustrere dette (8). Forfatteren fant blant annet at 55,2% av studiene omhandlet bare

menn, mens kun 2,3% omhandlet bare kvinner. De øvrige inkluderte *noen* kvinner, ofte for få til å bli tatt med i analysene. Antallet *kvinner* utgjorde 7,8% av det totale utvalget, antallet *studier* hvor kvinne-data ble analysert separat utgjorde 11,6%. Sett i forhold både til forekomst av kvinnelige rusmisbrukere generelt og andel kvinner i behandlingstiltakene, som begge regnes å være ca. en tredjedel, er det rimelig å hevde at forskning om kvinner og rus har vært underrepresentert. Den forskningen som har vært gjort, har dessuten fått liten innvirkning på utformingen av behandling for kvinner. På tross av at kvinnenens situasjon og behov har kommet noe mer i fokus de siste 10 årene, blant annet gjennom norske forskeres bidrag (1,6,9-10), eksisterer det fortsatt et behov for deskriptive studier av kvinner i behandling. På denne bakgrunn ønsker vi her å se nærmere på demografi, behandlingsbakgrunn, misbruksvarighet og -mønster hos et utvalg kvinner og menn behandlet i Bergensklinikkene.

METODE

Pasientutvalg

Resultatene er hentet fra et prospektivt forløpsstudium som pågår ved Bergensklinikkene, som består av poliklinikk, akuttklinikk og klinikk for korttidsinnleggelse (Hjellestad-Klinikken). I denne presentasjonen inngår data fra *inntakskartleggingen* på klienter fra to avdelinger ved Hjellestad-Klinikken, en kvinneavdeling og en mannsavdeling. Utvalget er gjort på bakgrunn av at begge gruppene er innlagt for korttidsbehandling ved en institusjon for rusmiddelmisbrukere og at de er rekruttert fra det samme geografiske området. I alt 149 pasienter (51 kvinner) deltok i undersøkelsen. De fleste klientene var i aldersgruppen 30 - 49 år. Mennene har i gjennomsnitt hatt rusproblemer i 12 år og kvinnene i 8 år.

Tabell 1. Sosiodemografiske kjennetegn hos kvinnelige og mannlige innlagte pasienter.

		MENN n = 98	KVINNER n = 51
ALDER	18 - 29 år	5%	14%
	30 - 49 år	71%	70%
	50 - 70 år	24%	16%
INNTEKT ***	Arbeidsinntekt	55%	20%
	Offentlige midler	45%	80%
UTDANNING	Opp til 9 år	36%	45%
	9 - 12 år	34%	37%
	Over 12 år	31%	18%
PARTNER ¹	Ja	34%	37%
	Nei	66%	63%

*** Kjønn: $p < .001$

¹ Ektefelle, samboer, fast partner

Utvalget bestod av noen flere yngre kvinner enn yngre menn, uten at forskjellene var signifikante (tabell 1). Betydelig flere menn enn kvinner var i en inntekts-givende situasjon (Chi square = 17.2, $p < .001$). De aller fleste kvinnene levde på offentlig stønad, herunder sosial støtte. Majoriteten av begge kjønn hadde fra 9-12 års utdanning, og det fremkom ingen signifikante kjønnsforskjeller på denne variabelen. Sivil status viste heller ingen kjønnsforskjeller. Nesten to tredjedeler av både kvinnene og mennene var enslige, her definert som uten fast partner, samboer eller ektefelle i den nåværende livssituasjonen. Imidlertid oppgav alle de enslige kvinnene at de hadde vært i tidligere faste parforhold som nå var brutt. Tilsvarende var også tilfelle for de fleste av de enslige mennene, men en mindre gruppe menn (13%) hadde ikke vært i et fast parforhold tidligere.

Prosedyre

Alle klientene ble informert om hensikten og metode- ne i undersøkelsen og deltagelsen skjedde på frivillig basis etter å ha undertegnet et informert samtykke. Kun noen få av de spurte ville ikke være med. Kartleggingen som fant sted i den innledende del av behandlingen, bestod av et standardisert intervju, utviklet på grunnlag av The Comprehensive Drinker's Profile (11), tilpasset til vårt forskningsformål (12, 13). Intervjuet inneholdt spørsmål om blant annet sosiodemografi, behandlingsbakgrunn, rusmiddelbruk og livskontekst, etterfulgt av utvalgte spørreskjema som blant annet dekket tema som psykisk helse, forventninger om mestring av risikosituasjoner, og avhengighetsproblemer. Denne presentasjonen om- handler besvarelser fra det strukturerte intervjuet, ved- rørende klientenes rusmiddelbruk. Her inngikk mål både på bruksfrekvens og konsummengde av ulike typer rusmidler de siste tre månedene. Alle klientene ble spurt om hele spekteret av rusmidler; alkohol, cannabisprodukter, opiater, benzodiazepiner og sentralstimulerende stoffer. Spørsmålene hadde fire svarkategorier fra 'omtrent hver dag' til 'ikke brukt i det hele tatt'. Fokus vil her være på det daglige og det ukentlige rusmiddelforbruket. I tillegg til å beskrive bruk av enkeltstoffer vil vi se på de vanligste formene for blandingsbruk, der man regelmessig bruker to eller flere stoffer over samme tidsperiode.

Konsummengde av alkohol ble kartlagt ved hjelp av Alkoholvaneinventoriet (14, 15). Dessuten vil besvarelsen av Short-MAST (kortversjonen av Michigan Alcohol Screening Test (16)) bli presentert. Det vil også bli gitt noe bakgrunnsinformasjon om pasien- tene, herunder behandlingsbakgrunn og varighet av rusmiddelmisbruk.

I dataanalysene ble statistikkprogrammet SPSS benyttet (17). I tillegg til deskriptive analyser ble det utført variansanalyse for å sammenligne gruppegjen- nomsnitt. Kjønn ble benyttet som en overordnet og

uavhengig variabel. Hovedinntektskilde ble brukt som kovariat i variansanalysen. Hierarkisk metode ble benyttet, og kovariaten inngikk i analysen før hoved- variabelen 'kjønn'.

RESULTATER

Behandlingsbakgrunn

Resultatene viser at 17% av mennene og 26% av kvinnene i undersøkelsen aldri tidligere har vært i kontakt med noen deler av rusbehandlingsapparatet, her spesifisert som A-klinikk, avrusningsenhet, kur- sted, tilsynshjem, vernehjem, kollektiv eller polikli- nisk behandling for rusmiddelproblemer (tabell 2). A- klinikker og avrusningsenheter har blitt benyttet av en høyere andel mannlige rusmisbrukere, henholdsvis av 55% (vs. 35% av kvinnene), og 69% (vs. 37% av kvinnene), mens poliklinisk behandling har blitt benyttet av ca. 60% av begge kjønn. Ulikhetene med hensyn til behandlingsbakgrunn for kvinner og menn kan ikke forklares med aldersforskjeller i utvalgene.

Legekonsultasjoner siste året viser et atypisk kjønnsmonster, ved at nesten samtlige menn har vært hos lege siste året, 1/3 av dem 7 ganger eller mer. Nær 2 av 10 rusmisbrukende kvinner har ikke oppsøkt lege det siste året. Noe flere menn enn kvinner har i løpet av det siste året vært innlagt på sykehus (44% vs. 33%), og kun menn (7%) har hatt 4 opphold eller mer.

Bruksfrekvens av rusmidler

Klientenes rusmiddelbruk *de tre siste månedene* før innleggelsen var gjenstand for grundig kartlegging. Klientene tok stilling til hvorvidt og hvor ofte de har brukt et eller flere av 37 ulike typer rusmidler, grup- pert i 9 hovedkategorier (inkl. 'annet' innenfor hver kategori). De fem vanligste hovedkategoriene er tatt med i tabell 3, og det fokuseres på 'daglig' og 'ukent- lig' bruk. Alkohol er det desidert hyppigst anvendte rusmidlet for langt de fleste av klientene av begge kjønn, idet hele 80% av mennene og 70% av kvinnene var daglige eller ukentlige brukere. Imidlertid var det en høyere andel dagligdrikkere blant de mannlige misbrukerne (Chi Square = 8.8, $p < .05$). Blant benzo- diazepinbrukerne derimot var andelen kvinnelige daglig- og ukentlig-brukere betydelig høyere enn mannlige (Chi square = 9.7, $p < .05$). Ved de to utvalgte avdelingene i Bergensklinikkene er andelen stoffmisbrukere meget lav. Kun en kvinne og en mann angav daglig eller ukentlig bruk av amfetaminproduk- ter, og tilsvarende tall for opiatbruk var tre menn (3% av mennene) og fem kvinner (10% av kvinneutval- get). Tilsvarende tall for bruk av cannabisprodukter var syv menn (7,1%) og fire kvinner (7,9%). Kun åtte personer ble kategorisert som hovedsaklig stoffmis- brukere, her definert som personer med et regelmessig forbruk av narkotiske stoffer, og som enten aldri eller kun ved en sjelden anledning brukte alkohol.

Tabell 2. Tidligere kontakt med hjelpeapparatet hos kvinnelige og mannlige innlagte pasienter.

		MENN n = 98	KVINNER n = 51
INNLAGT A-KLINIKK	Aldri	45%	65%
	1-3 opphold	40%	29%
	4 og flere	15%	6%
INNLAGT AVRUSNING	Aldri	31%	63%
	1-3 opphold	46%	22%
	4 og flere	23%	15%
POLIKLINISKE BEHANDLINGSPERIODER, PÅ GRUNN AV RUSMIDDELPROBLEMER	Aldri	39%	44%
	1-3 perioder	51%	50%
	4 og flere	10%	6%
LEGEKONSULTASJONER SISTE ÅRET, VARIERENDE PROBLEMER	Ingen	3%	17%
	1-6 konsultasjoner	63%	56%
	7 og flere	34%	27%
SYKEHUSINNLEGGELSER SISTE ÅRET, VARIERENDE PROBLEMER	Ingen	56%	67%
	1-3 opphold	37%	33%
	4 og flere	7%	-

Blandingsbruk

Blandingsbruk framkom ved hjelp av de samme registreringer som beskrevet ovenfor vedrørende bruksfrekvens. Blandingsbruk ble definert som 'daglig' eller 'ukentlig' bruk av to eller flere stoffer over den samme registreringsperioden. Stoffene kan enten ha blitt brukt om hverandre i den samme tidsperioden, og kan på den måten best beskrives som typisk blandingsmisbruk, eller de kan ha blitt brukt separat og i forskjellige tidsperioder avhengig av tilgjengelighet på de ulike stoffene. I tabell 3 vises de 6 vanligst forekommende blandinger, samt et mål på total forekomst av blandingsbruk. Blandingsbruk forekommer signifikant oftere blant kvinnene enn blant mennene. Nær 3 av 10 kvinner blander to eller flere stoffer, mens vel 1 av 10 menn gjør det samme. Den hyppigste enkeltstående blandingen er daglig eller ukentlig bruk av alkohol og benzodiazepiner, hvor det også fremkommer en signifikant kjønnsforskjell (Chi square = 5.2, $p < .05$). Tyve prosent av kvinnene og 7% av mennene bekrefter slik blandingsbruk. Andre blandinger forekommer sjeldent blant disse klientene.

Mengde ukentlig alkoholbruk

Da hovedandelen klienter i dette utvalget har alkohol som hovedrusmiddel, er det ukentlige konsumet i løpet av de 3 siste månedene nøye kartlagt. Klientene ble bedt om å mentalt bevege seg gjennom en typisk drikkeuke, og oppgi konkret inntak av brennevin, sterk vin, svak vin, sterkt øl og pils for samtlige av ukens syv dager. Denne kartleggingen er hentet direkte fra AVI (Alkoholvaneinventoret; 14,15), og regnet om fra gram ren alkohol pr. dag til antall alkohol-

enheter (ae) pr. uke. Pasienters alkoholforbruk kan for enkelte variere en del. Det vil her bli presentert tall fra det som pasientene definerte som en representativ eller vanlig uke i løpet av registreringsperioden. Perioder med betydelig ekstra alkoholforbruk er da holdt utenfor. Mennene hadde et signifikant høyere ukese forbruk enn kvinnene, 120 ae vs. 82 ae pr. uke ($F = 10.35$, $p < .01$). Denne tendensen gjaldt fortsatt da de 8 stoffmisbrukerne ble selektert vekk fra utvalgene. I analysen ble det kontrollert for betydningen av hovedinntektskilde (kovariat).

Opplevde negative konsekvenser av alkoholbruk; S-MAST

Det gjennomsnittlige ukese forbruket av alkohol ble holdt opp mot opplevde negative konsekvenser av alkoholbruk, som f.eks. bekymring uttrykt fra familie/nære personer, familieproblemer, arbeidsproblemer, hjelpesøking pga. alkoholproblemer, kontakt med politiet, etc. Opplevde negative konsekvenser ble målt ved S-MAST (Short Michigan Alcoholism Screening Test; 16,18). Tilsammen utgjør disse et mål på alvorlighetsgrad av misbruk; grensen for alvorlige alkoholproblemer regnes å gå ved 5, og 13 er maksimumskåre. Gjennomsnitt problemskåre for menn var 9,5 og kvinner 8,1 ($F = 8.9$, $p < .01$). Problemskårene ble delt inn i 3 kategorier etter alvorlighetsgrad: 0 til 7, 8 til 10, og 11 til 13 (tabell 3). Som forventet steg S-MAST-skåren med økende alkoholkonsum for begge kjønn. En to-faktor variansanalyse med kjønn og S-MAST (kategori) som uavhengige variabler og med ukentlig alkoholforbruk som avhengig, gav signifikante utslag for begge hovedvariablene ($F = 9.2$ og $F = 7.4$, begge $p < .01$). Mennene drakk i gjennomsnitt

Tabell 3. Rusmiddelvaner hos kvinnelige og mannlige innlagte pasienter.

		MENN n = 98	KVINNER n = 51	
VARIGHET AV MISBRUK	Gjennomsnitt, antall år	12	8	
ALKOHOL 3 siste måneder	Daglig*	52%	37%	
	Ukentlig	31%	29%	
CANNABIS 3 siste måneder	Daglig	2%	4%	
	Ukentlig	5%	4%	
BENZODIAZEPINER 3 siste måneder	Daglig*	2%	12%	
	Ukentlig*	7%	16%	
OPIATER 3 siste måneder	Daglig	2%	4%	
	Ukentlig	-	-	
SENTRALSTIMULERENDE 3 siste måneder	Daglig	1%	2%	
	Ukentlig	-	-	
BLANDINGSBRUK	Alkohol + cannabis + benzodiazepiner	1%	4%	
Daglig eller ukentlig bruk, 3 siste måneder	Alkohol + benzodiazepiner *	7%	20%	
	Alkohol + cannabis	5%	6%	
	Alkohol + amfetamin	-	2%	
	Alkohol + opiater	1%	2%	
	Benzodiazepiner + cannabis	2%	4%	
	Totalt; to eller flere stoffer *	12%	27%	
UKESFORBRUK	Gjennomsnittlig alkoholmengde **	120 ae¹	82 ae¹	
SMAST	Gjennomsnittlig problemskåre* ²	9,5	8,1	
Negative konsekvenser av alkoholbruk	Skåre 0 - 7	Gjennomsnittlig alkoholmengde pr. uke*	72 ae ¹	49 ae ¹
	Skåre 8 - 10		97 ae ¹	90 ae ¹
	Skåre 11 - 13		141 ae ¹	100 ae ¹

* Kjønn: $p < .05$ ** Kjønn: $p < .01$

¹ Alkoholenheter, en enhet tilsvarer ca. 13 g ren alkohol, som tilsvarer en halvflaske pils.

² Maksimum problemskåre på SMAST er 13, grensen for alvorlige alkoholproblemer går ved 5.

mer enn kvinnene innenfor alle de tre gruppene. Kvinnene opplevde med andre ord tilsvarende mange negative konsekvenser som mennene, ved lavere konsum. Denne kjønnsforskjellen var særlig tydelig blant kvinner med et relativt beskjedent alkoholkonsum, og blant de med et ekstremt høyt konsum.

DISKUSJON

Forskning på rusmiddelfeltet har i relativt høy grad oversett hva som kjennetegner kvinnelige rusmiddelbrukeres situasjon, selv om mange har fått en økt bevissthet om betydningen av kjønn de siste 10-15 årene. Blant de som har fokusert på kjønnsaspektet, er det en utbredt oppfatning at kvinners situasjon skiller

seg fra menns på mange viktige områder. Våre resultater bekrefter at kvinnelige misbrukeres situasjon skiller seg vesentlig fra menns når det gjelder enkelte demografiske kjennetegn, behandlingsbakgrunn, misbruksvarighet og -mønster. Vanlige mål på rusmiddel-misbruk er imidlertid ofte ikke kjønnsnøytrale. Funnene vil dermed kunne ha ulik *betydning* avhengig av hvilket kjønn det referer til. Direkte sammenligninger av rusmisbruksmål for kvinner og for menn kan gi et galt bilde. Det er derfor viktig å sette våre funn inn i et kjønnsperspektiv, og anvende ulike kriterier for å forstå *konsekvensene* av funnene for mannlige og kvinnelige rusmisbrukere.

Våre resultater viser at både kvinnene og mennene i utvalget har et svært alvorlig og langtkomment misbruk når de kommer til behandling ved institusjonen,

selv om kvinnene konkret konsumerer signifikant mindre mengder alkohol per uke enn mennene. For å forstå resultatene korrekt er det imidlertid viktig å ta i betraktning at kvinner kan oppnå inntil dobbelt så høy promille som menn ved inntak av samme mengde alkohol. Dette kan forklares ved at kvinner vanligvis veier mindre enn menn, fordelingen av kroppsvæske, fettvev og muskulatur er forskjellig hos de to kjønn, og metabolismen fungerer ulikt (19,20). Dersom det var mulig å forholde seg til oppnådd *promille*, eller *potensiell skadeutvikling* som følge av høy promille, istedenfor konkrete mengder alkohol, har kvinnene i vårt utvalg et konsum som gir tildels større grunn til bekymring enn mennene. Dette underbygges av resultatene på S-MAST, som viser at selv om kvinnene kommer ut med en lavere total gjennomsnittsskåre, opplever de tilsvarende antall negative konsekvenser av alkoholbruk som mennene ved signifikant lavere dose. Særlig gjelder dette de med et lavt konsum og de med ekstremt høyt konsum. Skjæringspunktet for alvorlige drikkeproblemer (over 5 på S-MAST) overskrides betydelig raskere av kvinnene, og de oppnår maksimumskårer ved et konsum som utgjør ca. to tredjedeler av mennenes. Dette til tross for at MAST er et (av mange) kartleggingsinstrumenter som har vært kritisert for å være utformet på basis av kunnskap om *mannlige* alkoholmisbrukere (21,22). S-MAST inneholder flere typiske "maskuline" konsekvenser av alkoholmisbruk (f.eks. promillekjøring, arrest), men ingen tilsvarende typisk "feminine". Derfor kan en lavere gjennomsnittsskåre for kvinner forventes, uten at det nødvendigvis gir et realistisk sammenligningsgrunnlag når det gjelder grad av problembelastning. Resultatene viser tvertimot at kvinner er mer utsatt enn menn når misbruket først har startet, og at de har en raskere problemutvikling både fysisk og psykososialt.

Kvinnene har i gjennomsnitt hatt kortere misbrukskarriere når de kommer i behandling. Derfor kan det tilsynelatende se ut som om vi når kvinner på et tidligere tidspunkt i deres skadeutvikling. Dette er imidlertid ofte ikke tilfelle, og skyldes et fenomen som er beskrevet i internasjonale publikasjoner under betegnelsen "telescoping" (19). Med dette menes at kvinnes problemutvikling foregår hurtigere, slik at de når et helseskadelig misbruk på kortere tid enn sine mannlige lidelsesfeller. Konsistente funn viser at kvinner utvikler fysiologiske skader, som leverskader, hjerneskaner, samt visse former for kreft etter et mindre antall år med helsefarlig drikking enn menn (19,23,24). Dødelighetsraten er også høyere for kvinner, dersom man ser den i forhold til forventet levetid for begge kjønn. Betydelig flere kvinner enn menn i vårt utvalg er i tillegg i en mer sårbar livssituasjon ved at de er uten arbeid. Her vil vi forvente en kjønnsforskjell også i befolkningen generelt (25), men skilnaden mellom kvinner og menn i dette utvalget er hele tre ganger større.

Sett i forhold til de kvinnelige rusmisbrukernes totalsituasjon, er det særlig bekymringsfullt å merke seg deres begrensede bruk av innleggelse, både i A-klinikk og avrusningsenheter. Kvinners opplevde barrierer mot å søke seg inn i behandling er godt dokumentert (26-31), og våre resultater synes også å kunne bekrefte denne tendensen, selv blant kvinner som for tiden befinner seg *innenfor* rusbehandlingsapparatet, og som altså har brutt barrierene. Menn synes å ha lavere terskel for å oppsøke de fleste eksisterende tilbud for rusmisbrukere, og er også, i motsetning til den vanlige kjønnsfordeling, hyppigere brukere av helstjenester fra leger og sykehus for varierende fysiske og psykiske plager. Unntatt fra denne ulike bruk av helsevesenet er poliklinikker for rusmisbrukere, som har vært benyttet i samme grad av begge kjønn i vårt utvalg.

Det har hyppig vært påpekt, men sjelden dokumentert, at blandingsmisbruk er et økende problem blant klienter i behandling, særlig blant kvinner (32-34). Kvinner tyr oftere til legale "rusmidler", som benzodiazepiner, sammenlignet med menn (33,34). Bruk av alkohol er forbundet med større stigma for kvinner, og det kan være mer akseptert å ta noen "piller" i stedet for noen drinker. Våre funn bekrefter at signifikant flere kvinner blander ulike typer rusmidler enn menn, og at den foretrukne blandingen er alkohol og benzodiazepiner. Kvinner står derfor oftere i fare for å stå igjen med et medikament-avhengighetsproblem dersom behandlingen kun har fokusert på alkoholavvenning, og er dessuten mer utsatt for "accidental overdose" (32,35).

Annet blandingsbruk forekommer sjelden i vårt utvalg. Ut fra kliniske antakelser er det kanskje noe overraskende at så få pasienter innlagt i institusjon for rusmiddelmisbrukere bruker illegale narkotika eller rene stoffmisbrukere. Ingen av de to avdelinger har uttalte inntaksrutiner som ekskluderer stoffmisbrukere/blandingsmisbrukere. På klinikken eksisterer ved siden av dette tilbudet et avrusningstilbud for unge (18-30 år) stoffmisbrukere, samt en medikamentavvenningsavdeling som sikter mot det "legale" brukemarkedet. I fylket finnes i tillegg enkelte andre tiltak for stoffmisbrukere. Disse retter seg imidlertid hovedsakelig mot de yngre gruppene, slik at hovedinntrykket er at det fanges opp få narkomane over 30 år.

Undersøkelsen har vist at det er betydelige forskjeller mellom kvinner og menn med hensyn til både behandlingsbakgrunn og rusmiddelbruk. Kvinner oppsøker heller en poliklinisk tjeneste enn å bli innlagt på avrusningsklinikk eller A-klinikk, som kan innebære større grad av stigmatisering. Flertallet av innlagte kvinner i undersøkelsen hadde aldri tidligere vært innlagt, mens det omvendte bildet ble avdekket blant mennene. Når det gjelder rusmiddelkarriere, er det viktig å merke seg den ofte akselererende utviklingen som skjer hos kvinner. De har relativt kort

"karriere" før innleggelse – en indikasjon på at de er sårbare for en negativ utvikling, både kroppslig, psykisk og psykososialt når problemene først har meldt seg. Alkoholforbruket er betydelig, og sannsynligvis "opererer" kvinnene med et vesentlig høyere promillenivå under rusingen enn mennene.

Våre funn understreker tyngden i de innlagte kvinnes problembelastning. Et naturlig spørsmål er om dette bør få behandlingsekvenser, og i så fall hvilke. Kvinners raske misbruksutvikling fremhever betydningen av tidlig intervensjon. Det er bekymringsverdig at også kvinner med et relativt moderat alkoholforbruk er utsatt for betydelige negative alkoholrelaterte problemer. Derfor vil tidlig identifikasjon av alkoholproblemer være viktig for å kunne forhindre eller redusere omfanget av disse problemene. De metoder man har utviklet har oftest vært basert på utvalg av menn (36). Heri ligger en viktig utfordring

til å utvikle spesifikke identifikasjonsinstrumenter samt metoder for tidlig intervensjon for rusproblemer blant kvinner, slik at det blir lettere å nå fram til kvinner med storkonsum av alkohol og begynnende misbruksutvikling innen den ordinære helsetjenesten eller på arbeidsplassen.

Det er i tillegg viktig at alle deler av rusbehandlingsapparatet i større grad tilrettelegges for kvinner som trenger noe mer enn kort rådgivning. Resultatene våre viser at mange kvinner venter lenge før de søker behandling. De fleste kvinner som har hatt kontakt med behandlingsapparatet tidligere i sin misbrukskarriere har hovedsakelig benyttet seg av polikliniske tilbud. Disse tiltakene bør derfor prioritere kvinner. Samtidig bør avrusningsklinikker og rusbehandlingsinstitusjoner generelt gjøres mer attraktive for kvinner som trenger disse tilbudene, helst før de helsemessige og psykososiale konsekvensene er blitt ekstreme.

REFERANSER

1. Ravndal E. Drug abuse, psychopathology and treatment in a hierarchical therapeutic community. A prospective study. Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo, 1994.
2. Furuholmen D, Schanche Andresen A. *Fellesskapet som metode*. Oslo: Cappelen, 1993.
3. Tjersland OA. Misbrukere før, under og etter kollektivopphold. En retrospektiv undersøkelse av elever ved Tyrilikkollektivet. Oslo: Rusmiddeldirektoratet, 1995.
4. Galanter M (red.). *Recent developments in alcoholism. Volume 12, Alcoholism and women*. New York: Plenum Press, 1995.
5. Jarvis TJ. Implications of gender for alcohol treatment research. A quantitative and qualitative review. *British Journal of Addiction* 1992; **87**: 1249-1261.
6. Duckert F. Recruitment into treatment and effects of treatment for female problem drinkers. *Addictive Behaviors* 1987; **12**: 137-150.
7. Dahlgren L, Willander A. Are special treatment facilities for female alcoholics needed? A controlled 2-year follow-up study from a specialized female unit (EWA) versus a mixed male/female treatment facility. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1989; **13**: 499-504.
8. Vanicelli M. Treatment outcome of alcoholic women: The state of the art in relation to sex bias and expectancy effects. I Wilsnack SC, Beckman LJ (red.), *Alcohol problems in women. Antecedents, consequences, and intervention*. New York: Guilford Press, 1984: 369-412.
9. Vaglum S. Alcohol abuse and psychopathology in female psychiatric patients. A clinical study. Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo, 1987.
10. Haver B. Outcome of alcoholism in women. A follow-up study of 55 women 3-10 years after treatment. Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen, 1986.
11. Marlatt GA, Miller WR. *The Comprehensive Drinker Profile*. Odessa Assessment Resources, 1984.
12. Skutle A, Vandeskog A. Evalueringspakken. Bergen: Bergensklinikkene, 1993.
13. Vandeskog A, Skutle A. Håndbok for skåring og tolkning av Bergensklinikkens Evalueringspakke. Bergen: Bergensklinikkene, 1993.
14. Berglund M, Bergman H, Swenelius T. The Swedish Alcohol Use Inventory (AVI), A self-report inventory for differentiated diagnosis in alcoholism. *Alcohol & Alcoholism* 1988; **23**: 173-178.
15. Wanberg K, Horn JL, Foster FM. A differential assessment model for alcoholism. The scales of the alcohol use inventory. *Journal of Studies on Alcohol* 1977; **38**: 512-543.
16. Skinner HA. A multivariate evaluation of the MAST. *Journal of Studies on Alcohol* 1979; **40**: 831-844.
17. Norusis M. SPSS for windows. Base systems user's guide. Release 6.0. Chicago: SPSS Inc., 1993.
18. Hedlund JL, Vieweg BW (1984). The Michigan Alcoholism Screening Test (MAST): A Comprehensive Review. *Journal of Operational Psychiatry* 1984; **15**: 55-64.
19. Lex BW. Prevention of substance abuse problems in women. I Watson RR (red.), *Drug and alcohol abuse prevention*. Clifton, NJ: Humana Press, 1990.

20. Fauske S, Haver B. Kvinner med alkoholproblemer. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 1990; **13**: 1700-1703.
21. Wilke D. Women and alcoholism: How a male-as-a-norm bias effects research, assessment, and treatment. *Health and Social Work* 1994; **19**: 29-35.
22. Jacobson GR. Detection, assessment, and diagnosis of alcoholism. Current techniques. I Galanter M (red.), *Recent developments in alcoholism*, vol I. New York: Plenum Press, 1983: 377-413.
23. Hill SY. Vulnerability to the biomedical consequences of alcoholism and alcohol-related problems among women. I Wilsnack SC, Beckman LJ (red.), *Alcohol problems in women. Antecedents, consequences, and intervention*. New York: Guilford Press, 1984: 121-154.
24. Mann K, Batra A, Günthner A, Schroth G. Do women develop alcoholic brain damage more readily than men? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1992; **16**: 1052-1056.
25. Mini-fakta om likestilling, 2. utgave. Oslo: Likestillingsrådet, 1995.
26. Thom B. A process approach to women's use of alcohol services. *British Journal of Addiction* 1984; **79**: 377-382.
27. Thom B. Sex differences in help-seeking for alcohol problems – 1. The barriers to help-seeking. *British Journal of Addiction* 1986; **81**: 777-788.
28. Thom B. Sex differences in help-seeking for alcohol problems – 2. Entry into treatment. *British Journal of Addiction* 1987; **82**: 989-997.
29. Beckman LJ, Amaro H. Personal and social difficulties faced by women and men entering alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 1986; **47**: 135-145.
30. Duckert F. Behandling av kvinnelige problemdrikkere. I Järvinen M, Snare A (red.), *Kvinnor, alkohol och behandling. En nordisk antologi*. NAD Publikation nr. 13, 1986: 155-186.
31. Smidth-Fibiger E. Kvindelige alkoholmisbrugere og behandlingstilbudene. København: Socialforskningsinstituttet, 1991.
32. Celentano DD, McQueen DV. Multiple substance abuse among women with alcohol-related problems. I Wilsnack SC, Beckman LJ (red.), *Alcohol problems in women. Antecedents, consequences, and intervention*. New York: Guilford Press, 1984: 97-116.
33. Holme Hansen E. Sex differences in the use of psychotropic drugs – an annotated review of Danish studies. I Haavio-Mannila E (red.), *Women, alcohol and drugs in the Nordic countries*. NAD Publikation nr. 16, 1989: 97-131.
34. Riska E. Är psykofarmakabruk en form av kvinnokontroll? I Järvinen M, Rosenqvist P (red.), *Kön, rus och disciplin. En nordisk antologi*. NAD Publikation nr. 20, 1991: 85-98.
35. Blankfield A. Female alcoholics. I. Alcohol dependence and problems associated with prescribed psychotropic drug use. *Acta Psychiatria Scandinavica* 1989; **79**: 355-362.
36. Babor T, Grant M (red.). Project on identification and management of alcohol related problems. Report on phase II. Geneva: World Health Organization, 1991.