

**Towards gender-sensitive prevention and treatment for
female substance users in Belgium**

**Naar gender-sensitieve preventie en hulpverlening voor
vrouwelijke middelengebruikers in België**

**Vers un traitement et une prévention sensible au genre pour
femmes toxicomanes et alcooliques en Belgique**

GEN-STAR - Samenvatting

Onderzoekers

Julie Schamp

Sarah Simonis

Promotoren

dr. Tina Van Havere

dr. Lies Gremeaux

Prof. dr. Griet Roets

Prof. dr. Sara Willems

Prof. dr. Wouter Vanderplasschen (coördinator)

Contract - DR/00/73



HoGent



DR/00/73

Published in 2018 by the Belgian Science Policy

Avenue Louise 231

Louizalaan 231

B-1050 Brussels

Belgium

Tel: +32 (0)2 238 34 11 - Fax: +32 (0)2 230 59 12

<http://www.belspo.be>

Contact person: Aziz Naji

Tel: +32 (0)2 238 36 46

Neither the Belgian Science Policy nor any person acting on behalf of the Belgian Science Policy is responsible for the use which might be made of the following information. The authors are responsible for the content.

No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without indicating the reference :

Schamp, J., Simonis, S., Van Havere, T., Gremeaux, L., Roets, G., Willems, S., & Vanderplasschen, W. (2018). *Towards gender-sensitive prevention and treatment for female substance users in Belgium. Final Report*. Brussels: Belgian Science Policy.

BRAIN-be - Belgian Research Action through Interdisciplinary Network

1 Inleiding

Dit onderzoek is het resultaat van een project waarin het gender-sensitiviteit in de alcohol en drughulpverlening en preventie onderzocht werd.

De basisargumenten om gezondheidspraktijk, -beleid en -onderzoek voor vrouwen te onderscheiden van algemene of reguliere gezondheidspraktijken, -beleid en -onderzoek berusten op toenemend bewijs van de relevantie van geslacht en gender bij het bepalen van de menselijke gezondheid (OliFFE & Greaves, 2011; Wizemenn & Pardue, 2001). Het doet niet alleen een oproep om gender op te nemen in de diensten overheen het continuüm van zorg (Mrazek and Haggerty, 1994) maar om dat ook bedachtzaam en stapsgewijs te doen zodat genderafhankelijke normen erop vooruitgaan en de gezondheid van mannen én vrouwen verbetert (Greaves et al., 2014).

Deze studie is onderverdeeld in verschillende hoofdstukken en we starten met een theoretische achtergrond in een inleidend hoofdstuk. Op basis van een online vragenlijst en semigestructureerde interviews, beschrijven we in detail de gender-sensitieve benadering van de verschillende organisaties uit de alcohol- en drugsector in België. De specifieke gender-sensitieve initiatieven over het ganse continuüm van zorg (Mrazek & Haggerty, 1994) en hun geografische spreiding worden toegelicht, samen met hun voornaamste eigenschappen, resultaten en uitdagingen. Overeenkomstig deze laatste willen we ook het internationale landschap van gender-sensitiviteit bij alcohol- en drugpreventie en -hulpverlening documenteren, zonder exhaustief te zijn. Zowel het 'best practice' portaal van het EWDD als de nationale Reitox-contactpunten (national focal points of NFP's) werden geconsulteerd om het aanbod voor vrouwen op het gebied van preventie, schadebeperking en hulpverlening op te lijsten. In deel vier onderzoeken we de man-vrouwverhouding voor verschillende middelen in de algemene en specifieke populaties, alsook de genderverschillen in de data over de vraag naar (drug)hulpverlening. Vervolgens gaan we persoonlijke verhalen van vrouwen over kritieke gebeurtenissen in hun leven en hun ervaringen met diensten overheen het continuüm van zorg na. Bovendien willen we de obstakels en de uitdagingen die vrouwen ervaren in hun contact met de alcohol- en drugsector verkennen. Deze uitdagingen om toekomstige gender-sensitieve interventies te ontwikkelen, worden geanalyseerd tijdens discussiegroepen met behulp van de GPS Brainstorm Toolkit. Een aantal punten komen naar voren in dit document: verschillende niveaus van toewijzing van verantwoordelijkheid van vrouwen voor verandering; verschillende stigmatiserende normen in de samenleving als geheel; en verschillende kennisniveaus met betrekking tot de invloed en rol van gender in alcohol – en drughulpverlening en -preventie. Rekening houdend met de bevindingen van deze studie, komen tenslotte de opportuniteiten om vooruitgang te boeken aan bod. We besluiten met een voorstel voor mogelijke veranderingen in het gender-sensitiviteit en de alcohol- en drugpreventie en -hulpverlening in de ruimere context en welke invloeden vorm kunnen geven aan de bestaande druk en nieuwe opportuniteiten voor meer gender-sensitieve alcohol- en drugpreventie en -hulpverlening.

2 Gender-sensitieve initiatieven voor vrouwelijke middelengebruikers in België

In het eerste hoofdstuk willen we de verschillende single-gender (alleen voor vrouwen) en mixed-gender gender-sensitieve programma's in België in de alcohol- en drugsector identificeren. In deze studie wordt het gender-sensitiviteit gemeten bij single-gender en mixed-gender projecten aangezien gender-sensitiviteit van de reguliere alcohol- en druginterventies ook volgens het EWDD (2006) een belangrijke zaak is. Hierin wordt het hele continuüm van zorg gerespecteerd en worden preventie-initiatieven, alsook initiatieven in vroeginterventie, schadebeperking, behandeling en voortgezette zorg opgenomen. In het tweede deel van dit hoofdstuk komen de voornaamste eigenschappen, resultaten en uitdagingen van deze gender-sensitieve programma's aan bod.

Het in kaart brengen van gender-sensitieve initiatieven in België en de semigestructureerde interviews met sleutelfiguren uit deze organisaties bewijzen dat er in de alcohol- en drugpreventie en –hulpverlening meer gender-sensitieve initiatieven bestaan dan oorspronkelijk verwacht. Er werden in totaal 26 initiatieven gerapporteerd (16 Nederlandstalige en 10 Franstalige).

Gezien de diversiteit van de gender-sensitieve initiatieven die bij het project werden betrokken, en hun onderlinge verschillen, worden de initiatieven geanalyseerd volgens het type structuur (d.w.z. ambulante of residentiële) en volgens het continuüm van zorg (d.w.z. preventie - vroeginterventie - schadebeperking - laagdrempelige hulpverlening - behandeling - nazorg) (Mrazek & Haggerty, 1994). In tabel 1 vindt u een overzicht van de gender-sensitieve initiatieven in België.

Tabel 2.1 *Gender-sensitieve initiatieven in België (2016)*

Setting	Continuüm van zorg	Organisatie	Type gender-sensitief initiatief
Ambulant	Preventie	Centre Alfa	Acties ter bevordering van de gezondheid van vrouwen
		CGG Houba Brussel*	Oudergroep om bewustzijn te creëren
		Logo Oost-Brabant	Folder 'Illegale middelen en zwangerschap'
	Vroeginterventie	Centre Alfa	Service Parentalité
		Free Clinic vzw	PROject, Bubbels en Babbels, 'Vrouwenclub' (Activering)
	Schadebeperking	Interstices asbl	Service Parentalité-Addiction
	Laagdrempelig	Le Comptoir	Projet Boule de Neige
		MASS Bruxelles asbl	Vrouwengroep (toekomst)
	Behandeling	MSOC Gent	KDO-project
		MSOC Leuven*	MaPa-project
		MSOC Oostende	KiDO-project
		Namur Entraide Sida asbl	Projet Salma
		Start-Mass	Groupe Maternité
	Nazorg	CGG Eclips	Vrouwengroep
		CGG Vagga Antwerpen*	Vrouwengroep
		Clinique Notre-Dame des Anges	Vrouwengroep
P.C. Dr. Guislain		Vrouwengroep	
CAD Limburg		Vrouwengroep	
Residentiële	Behandeling	Adic vzw*	OP+ Vrouwengroep in mixed-gender behandelingsprogramma
	Nazorg	Centre de Cure et de Postcure Les Hautes-Fagnes*	Afzonderlijk gebouw voor vrouwen, vrouwengroep, antisexismeregels, huiswerkgroep voor vrouwen
		Clinique Notre-Dame des Anges	Twee residentiële vrouwenunits
		Hôpital Psychiatrique du Beau Vallon*	Residentiële vrouwenunit
		P.C. Dr. Guislain	Vrouwengroep
		Psychiatrische Kliniek	Groep B

	Alexianen	
	T.G. De Kiem*	Tipi Vrouwengroep in mixed-gender behandelingsprogramma Overkoepelende activiteiten met T.G.'s in Vlaanderen
	T.G. De Sleutel*	Avondactiviteit voor vrouwen Overkoepelende activiteiten met T.G.'s in Vlaanderen
	T.G. De Spiegel	IRIS (bv. afzonderlijke hal voor vrouwen, vrouwengroep, vrouwelijke therapeut, vrouwenruimte, afzonderlijke leefruimte) Overkoepelende activiteiten met T.G.'s in Vlaanderen
	T.G. Katarsis	PINK (bv. vrouwengroep, ontspanningsactiviteit voor vrouwen) Overkoepelende activiteiten met T.G.'s in Vlaanderen
	Trempline	Kangourou Activiteiten voor vrouwen, zelfhulpgroep, seminars, werksector, leefruimte

* Toegevoegd door de onderzoekers van het project na de dataverwerking via een online enquête.

De gegevens tonen duidelijk aan dat single-gender én mixed-gender worden toegepast in de alcohol- en drugpreventie en -hulpverlening. Een gender-sensitieve aanpak wordt echter op verschillende manieren georganiseerd en de effectiviteit van de verschillende programma's werd nog niet bevestigd.

Hoewel een gender-sensitieve aanpak een heuse bekommernis is voor de verschillende programma's en professionals, is er vraag naar een theoretisch kader of een duidelijke visie. Dit kan gender-sensitiviteit omvormen tot een meer concreet en toegankelijk concept dat andere diensten kan stimuleren en aantrekken om de aanpak in hun programma's toe te passen. Overeenkomstig dit laatste zien we uit de analyse dat de conceptualisatie van gender in de context van alcohol- en drugpreventie en -behandeling enerzijds en de bijzonderheid van een verslaafde vrouw in de maatschappij anderzijds sterk verschillen van programma tot programma. Sommige organisaties geven aan dat ze een coherente visie op en begrip van dit onderwerp hebben, terwijl het in sommige organisaties een grotere uitdaging is om een duidelijke visie te ontwikkelen over gender en gender-sensitiviteit. De mate waarin gender-sensitiviteit in een programma wordt vertaald in concrete maatregelen en in een programma wordt gehanteerd, varieert bovendien sterk en is afhankelijk van verschillende aspecten. In dat opzicht zijn het engagement van een voortrekker of pionier in de organisatie en een uitgewerkte visie bepalend, alsook voldoende middelen, personeel en faciliteiten.

Op basis van hun ervaring en de dagelijkse praktijk wijzen coördinatoren die in dit onderzoek werden opgenomen op een reële behoefte aan gender-sensitieve praktijken. De professionals geven aan dat ze aandacht besteden aan de specifieke noden van vrouwen, maar dat het hen ontbreekt aan afdoende hulpmiddelen en methoden om mee te werken. Daarnaast missen ze een specifieke opleiding in gender-gerelateerde zaken op het vlak van alcohol- en drugpreventie en -behandeling. Slechts een absoluut minimum van alle personeelsleden van de gender-sensitieve initiatieven in de alcohol- en drugssector zijn opgeleid en getraind in genderzaken. Bovendien vormen een beperkt budget, minimale bezetting en ongeschikte faciliteiten een hinderpaal voor het creëren van een veilige omgeving met specifieke activiteiten voor vrouwen.

De resultaten tonen aan dat het hardnekkige stigma op vrouwen en druggebruik in de samenleving en de daarmee gepaard gaande schaamte- en schuldgevoelens die vrouwen ervaren, vrouwen in een kwetsbare positie plaatsen en het hen moeilijk maken om zich in behandelingsprogramma's te laten opnemen. Daarnaast zijn ambulante programma's vaak onvoldoende gekend bij de sector alcohol en drugs enerzijds en bij de algemene gezondheidszorg en middelengebruikers zelf anderzijds. Uit de interviews blijkt dat de gezondheidssector zoals huisartsen en gynaecologen onvoldoende op de hoogte te zijn van de beschikbare programma's en diensten voor vrouwelijke middelengebruikers. Daardoor worden weinig vrouwelijke middelengebruikers doorverwezen door de eerstelijnszorg. Daarenboven is de zorg en verantwoordelijkheid voor hun kinderen één van de meest cruciale redenen om niet te starten met een behandeling. De organisaties rapporteren daarnaast dat het volhouden van een programma voor vrouwelijke cliënten of patiënten een volgende moeilijke hindernis is. Vrouwelijke cliënten of patiënten zijn meer geneigd om met behandelingsprogramma's te stoppen vanwege verantwoordelijkheden naar hun kind(eren) toe, het begin van een relatie tijdens het behandelingsprogramma, familiale verplichtingen of externe invloeden (bv. financiële situatie).

Een van de meest centrale aspecten van de behandeling van vrouwen in ambulante en residentiële programma's is het moederschap of een zwangerschap. In dat opzicht is het uitermate belangrijk een vrouwelijke middelengebruiker niet als een onafhankelijke ouder te beschouwen, maar ook rekening te houden met de andere ouder die mogelijk niet de eerste focus van de behandeling is, maar ook bij de behandeling van de vrouwelijke middelengebruiker moet worden betrokken. Hoewel ouderschap een essentieel aspect is bij de behandeling van vrouwen, moet toch worden opgelet dat de gender-sensitieve aanpak in programma's niet wordt beperkt tot de ouderrol van cliënten of patiënten alleen.

Hoewel vrouwen veel verantwoordelijkheden hebben, is de rol van zorgdrager voor hun kinderen de belangrijkste rol die vrouwen en hun omgeving enerzijds en de gezondheids- en gerechtelijke diensten anderzijds aan vrouwen toewijzen. Dit impliceert dat er specifieke noden zijn met betrekking tot de opvang van hun kinderen gedurende de behandeling van een moeder en suggereert daarenboven dringend een mentaliteitsverandering in de maatschappij over de (stereotype) rollen van vrouwen en het concept ouderschap.

Naast de interviews met coördinatoren van behandelprogramma's, wijst het in kaart brengen van gender-sensitieve diensten uit dat het preventieveld in België zeer weinig gender-sensitieve initiatieven telt. Er is een groot gebrek aan doelgerichte en specifieke campagnes voor vrouwen betreffende, bijvoorbeeld, schadebeperkende initiatieven, sekswerk, zwangerschap en alcohol en/of geneesmiddelen. Een beter begrip van vrouwen en verslaving zal de ontwikkeling en toepassing van meer efficiënte campagnes voor meisjes en jonge vrouwen verbeteren.

Last but not least, de gender-sensitieve initiatieven pleiten ervoor niet alleen de ruimere context van vrouwen te betrekken (bv. familie, vrienden en gemeenschap) bij het vergroten van het gender-sensitiviteit op het vlak van preventie en behandeling. Bovendien is de betrokkenheid van mannen – zoals een partner, vader, broer(s), zo(o)n(en) –even onontbeerlijk. Bij de ontwikkeling van preventiecampagnes voor meisjes en jonge vrouwen enerzijds en de behandeling van vrouwelijke middelengebruikers anderzijds.

3 Voorbeelden van gender-sensitieve initiatieven in enkele Europese landen

Om de lacunes op vlak van gender-sensitiviteit in het Belgische drughulpverleningslandschap te detecteren, maken we een stand van zaken op van wat er op Europees vlak voorhanden is en hoe andere Europese landen nieuwe uitdagingen op dit vlak het hoofd bieden. Hoewel de literatuur op vlak van gender-sensitieve alcohol- en drugpreventie en -hulpverlening in Europa schaars is, zijn er een aantal topics die telkens terugkeren. Dit

hoofdstuk biedt een overzicht van de gender-sensitieve initiatieven die reeds worden geïmplementeerd in sommige Europese landen.

Eerst specificeren en beschrijven we de soorten initiatieven in Europese landen aan de hand van de informatie van bepaalde nationale Reitox-contactpunten (national focal points of NFP's) en uit EWDD-verslagen. Daarna wordt er één voorbeeld van goede praktijken nader toegelicht om te benadrukken hoe belangrijk de integratie van verschillende diensten is. Ten slotte wordt een overzicht gegeven van de huidige aanbevelingen en richtlijnen van internationale organisaties om een algemeen kader te creëren voor onze eigen bevindingen en nationale aanbevelingen.

Wereldwijd hebben Europese of internationale organisaties de afgelopen jaren, door het duidelijke gebrek aan gender-sensitieve initiatieven en daarmee samenhangende betrouwbare gegevens, al verscheidene richtsnoeren, aanbevelingen en resoluties gepubliceerd ter bevordering van interventies gebaseerd op gender (EWDD, 2012; UNICRI, 2011; WHO, 2014). In al deze aanbevelingen wordt gepleit voor dringende integratie van en inzicht in de genderdimensie bij drugsmisbruik in het algemeen, en wordt erop gewezen dat er in de toekomst initiatieven nodig zijn die tegemoet kunnen komen aan de verschillende behoeften van vrouwen en waarin traumagerichte dienstverlening, tussenkomsten in gevangenissen, zwangerschapszorg, kinderopvang of geestelijke gezondheidszorg geïntegreerd zijn. Een veiligere fysieke omgeving en een gastvrije, niet-oordelende plaats zijn essentieel om kwaliteitsvolle hulpverlening te bieden. Binnen de schaarse initiatieven die worden aangeboden, vormen zwangere vrouwen de grootste bezorgdheid. Hoewel dit zeker een zeer belangrijk onderwerp is, kunnen we ons de vraag stellen of dergelijke dienstverlening echt speciale aandacht schenkt aan de genderdimensie? Obstaten en behoeften van vrouwelijke gebruikers zijn uiteenlopend en vereisen daarom een verscheidenheid aan diensten die aansluiten bij de complexiteit en specificiteit van het leven van vrouwen, met inbegrip van sociale en culturele verschillen.

Het is duidelijk dat de schatting van de prevalentie van deze specifieke doelgroep een cruciale eerste stap is naar een beter begrip van de behoefte van vrouwelijke middelengebruikers en gender-gerelateerde vragen (Arpa, 2017). Er moet bijzondere aandacht worden besteed aan het wegnemen van belemmeringen om met een behandeling te starten, met name het gebrek aan kinderopvang en de angst voor juridische gevolgen, alsmede aan het vinden van een evenwicht tussen de bescherming van het kind en de scheiding van de ouders (Arpa, 2017; EWDD, 2006). Bovendien dient er betere ondersteuning voor beleidsmakers te komen om gendergelijkheid te bevorderen en vrouwen die middelen gebruiken te integreren bij de ontwikkeling van preventie- en hulpverleningsprogramma's (EWDD, 2012).

4 Secundaire analyse van genderverschillen in steekproeven van de populatie en hulpverlening

Internationale studies wezen eerder al op substantiële verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke middelengebruikers en brachten aan het licht dat de genderverhouding bij de behandelingspopulaties verschilt naargelang de behandelingsmodaliteit en het hoofdmiddel. Hoewel de genderratio kan verschillen per land of per middel, zijn mannelijke cliënten in het algemeen in de meerderheid, hetgeen een ongelijke toegang tot behandeling voor vrouwelijke cliënten suggereert (Montanari et al., 2011). De genderverschillen tussen personen die afhankelijk zijn van een middel in behandeling en daarbuiten, zijn in België slecht gedocumenteerd, hetgeen voornamelijk te wijten is aan een gebrek aan nationale data over de prevalentie van middelengebruik bij de bevolking. De omvang van deze genderkloof bij de bevolking en behandelingssteekproeven werd nog niet bestudeerd. In dit hoofdstuk worden verschillende bestaande databases geanalyseerd: de Belgische Gezondheidsenquête, de VAD-leerlingenbevraging in Vlaanderen, de VAD-studentenbevraging, het

uitgaansonderzoek van het VAD, de Belgische tak van de Global Drug Survey (GDS) en het Treatment Demand Indicator Register (TDI).

Deze studie heeft als eerste doel de genderkloof in Vlaanderen en België te onderzoeken in het al dan niet problematische gebruik van alcohol, illegale drugs en psychoactieve medicatie bij de algemene populatie, specifieke populaties van jongeren, risicopopulaties van recreatieve middelengebruikers en de populatie die wordt behandeld voor problemen met middelengebruik.

Ten tweede zoekt deze studie naar trends in de genderkloof in het gebruik en problematisch gebruik van alcohol, illegale drugs en psychoactieve medicatie in dezelfde onderzoekspopulaties in Vlaanderen en België.

Ten derde (en ten laatste) wil de studie de omvang van de genderkloof in de populatie- en behandelingssteekproeven in België vergelijken.

Ondanks de verschillen in de geanalyseerde databases kunnen we een voorzichtige vergelijking maken tussen bepaalde tendensen en genderverschillen die we hebben vastgesteld in de populatiegegevens in het eerste deel van dit hoofdstuk, en de eigenschappen van mensen die op zoek gaan naar behandeling voor middelengebruik, beschreven in het laatste deel. We stellen verschillende genderverhoudingen vast voor verschillende middelen.

De prevalentie van risicovol en problematisch alcoholgebruik is duidelijk hoger bij mannen. De enige afwijking in dat patroon is een hogere prevalentie van regelmatig wijn drinken onder vrouwelijke studenten. Wat betreft de risicobeoordeling, staan de mannen zelfs met gender-sensitieve maatregelen (comazuipen of zwaar drinken, AUDIT-C, drankjes voor 14+/21+ als drempel voor overconsumptie) er duidelijk slechter voor dan vrouwen. De genderkloof wordt iets smaller met ouder worden, maar dat is niet te wijten aan matiger alcoholgebruik bij mannen. Het is de hogere prevalentie van drinkpatronen bij oudere vrouwen die deze verschuiving verklaart.

Voor cannabis en andere illegale drugs zien we dat het gebruik van deze middelen duidelijk meer voorkomt bij de jongste leeftijdsgroep. Bovendien is het voornamelijk mannelijk gedrag. In de opgenomen onderzoeken komt het gebruik van cannabis twee tot zeven keer meer voor bij mannelijke adolescenten en jongvolwassenen. Deze genderkloof blijft bestaan in de leeftijdsgroep van 31 tot 45 jaar, ondanks een afnemende prevalentie.

Gecombineerd gebruik van illegale drugs met alcohol of andere illegale drugs komt drie tot vier keer meer voor bij mannelijke adolescenten en jongvolwassenen. In de oudste leeftijdsgroep is het gebruik van illegale drugs te zeldzaam om genderverschillen op te merken.

De resultaten van het gebruik van slaappillen en kalmeringsmiddelen vorig jaar en het recente gebruik van antidepressiva vertonen gelijkaardige verhoudingen maar in omgekeerde richting. Meer vrouwen dan mannen gebruiken psychoactieve medicatie. Daarnaast zien we voor alcohol gebruik en gebruik van psychoactieve medicatie een hogere prevalentie hoe hoger de leeftijd, terwijl we bij illegale middelen het omgekeerde zien: hoe jonger, des te meer ze worden gebruikt.

Het gebruik van stimulerende middelen toont tot een tegenovergestelde genderverhouding: het aandeel mannelijke studenten dat stimulerende middelen gebruikt ligt driemaal hoger dan het aandeel vrouwelijke studenten. Het feit dat meer mannelijke studenten deze medicijnen (bv. Rilatine) gebruiken als een middel om studieprestaties te verhogen ('leer pil'), kan dit verschil verklaren.

Wat betreft de behandelingsdata voor illegaal middelengebruik, zien we een hogere prevalentie en risicopatronen bij mannen. Bijgevolg starten ook meer mannen een behandeling voor cannabis, hallucinogenen, cocaïne en opiaten. De resultaten voor het gebruik van psychoactieve medicatie zoals slaappillen/kalmeer middelen en

antidepressiva tonen een tegenovergestelde genderverhouding: meer vrouwen gebruiken deze medicatie en meer vrouwen (in elke leeftijdscategorie) zijn ervoor in behandeling.

Als we het aandeel mannen en vrouwen in behandeling voor middelengebruik in het algemeen beschouwen, en kijken naar het specifieke aandeel van vrouwen die in behandeling gaan voor alcoholproblemen (dat hoger is dan mannen), lijkt het of vrouwen gemakkelijker in behandeling gaan voor alcohol dan mannen.

De resultaten tonen ook aan dat vrouwen vaker in behandeling gaan in ziekenhuizen, terwijl mannen meer aanwezig zijn in gespecialiseerde centra. We nemen aan dat het type middel dat men gebruikt de keuze van het centrum kan verklaren. Aangezien vrouwen gemakkelijker in behandeling gaan voor alcohol dan mannen, zoeken zij vermoedelijk eerst behandeling voor alcohol in een ziekenhuis.

Gezien het theoretisch analysekader en de beperking van de vergelijking van prevalentie- en incidentieverhoudingen, is het correct inschatten van de genderkloof niet haalbaar. In dat opzicht, zijn de strategische implicaties voor toekomstig onderzoek uitermate belangrijk om verdere analyses uit te voeren en een betere kennis te verwerven over dit genderprobleem.

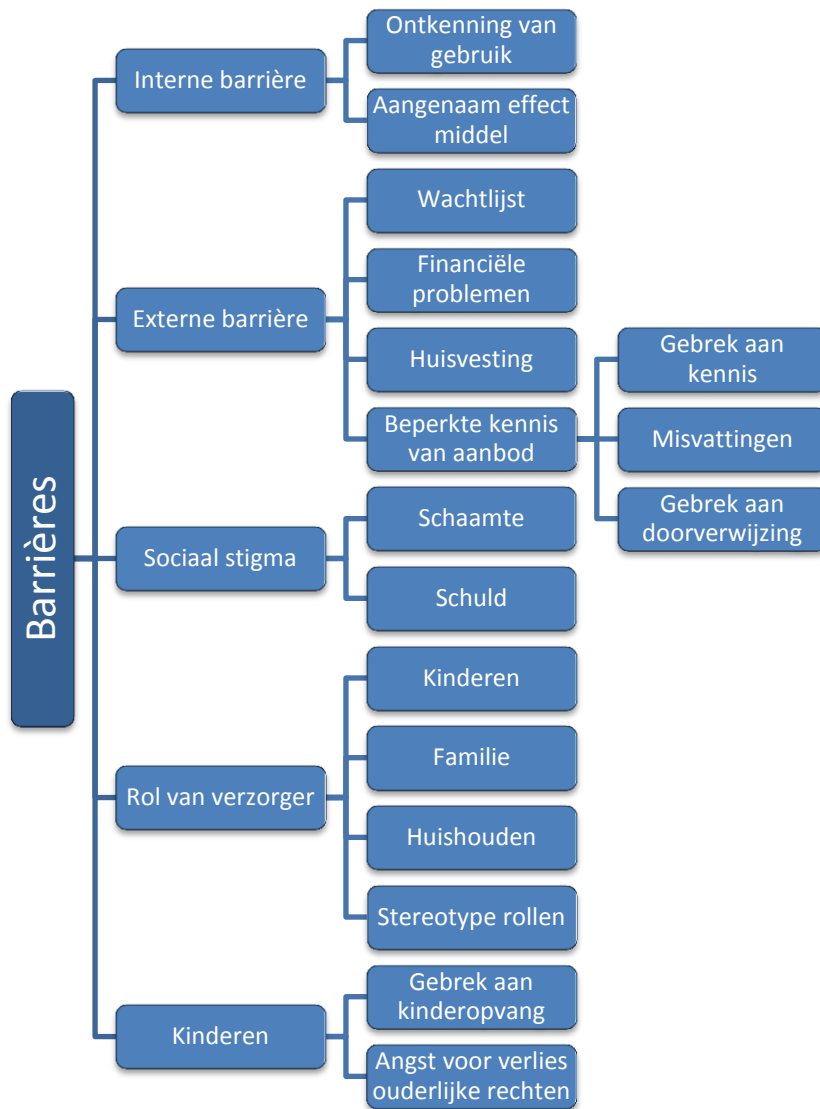
Ondanks het feit dat er in België meerdere betrouwbare databanken beschikbaar zijn, was dit hoofdstuk een vrij moeilijke oefening vanwege het gebrek aan een gemeenschappelijke en veelomvattende databank, niet alleen voor gender. Als we een vollediger beeld willen hebben van de Belgische situatie en een adequaat analysekader, dringen wij er dus op aan een gemeenschappelijke werkwijze te ontwikkelen met soortgelijke gegevens in het hele land waarin ook meer data zijn opgenomen over de gemarginaliseerde populatie, alsook data van huisartsen en privépraktijken.

5 Ervaringen met hulpverlening van vrouwelijke gebruikers

In het hoofdstuk trachten we meer inzicht te krijgen op het perspectief van vrouwelijke gebruikers wat betreft belemmerende en faciliterende factoren binnen de drughulpverlening in België. We brengen zowel belangrijke kruispunten en gebeurtenissen als hun traject in de drughulpverlening in kaart. Diversiteit wordt als een belangrijk kenmerk afgeleid uit de verhalen van 60 vrouwelijke gebruikers. Daarnaast getuigen de trajecten van verschillende barrières en facilitators in hun zoektocht binnen de hulpverlening, evenals specifieke noden en bekommernissen van vrouwen.

De huidige resultaten ondersteunen soortgelijke resultaten over de verschillende hindernissen voor behandeling die vrouwelijke gebruikers ervaren in internationale literatuur, zoals ouderschap en stigma (Brady & Ashley, 2005; Greenfield et al., 2007; Taylor, 2010), waarbij het laatste nog een grotere hindernis voor behandeling is voor vrouwen dan voor mannen (Stringer & Baker, 2018). In lijn met onderzoek dat heeft uitgewezen dat de kloof in de behandeling voor middelengebruik bij vrouwen te wijten is aan interne hindernissen voor behandeling, zoals schaamte en ontkenning van hun middelengebruik (Grella, 2008), tonen de huidige resultaten interne/persoonlijke barrières zoals het genot van de aangename effecten van middelengebruik, schaamte, en ontkenning van hun problematische middelengebruik (zie Figuur 5.1). Bovendien werden in de literatuur (Grella, 2008; SAMASHA, 2012) externe barrières voor behandeling geïdentificeerd die worden veroorzaakt door structurele ongelijkheid, zoals armoede en gender-gerelateerde kenmerken van behandelingsprogramma's (bv. gebrek aan kinderopvang). Op dezelfde wijze wijzen de ervaringen van de deelnemers ook op externe/systemische barrières die vrouwen belemmeren om behandeling te zoeken bij problemen met middelengebruik, zoals wachtlijsten en kenmerken van behandelingsprogramma's. Vrouwelijke gebruikers en ouders ervaren een aantal bijkomende hindernissen die hen beletten in behandeling te gaan (Stringer & Baker, 2018), waaronder uitgesproken moederlijke en familiale verantwoordelijkheden, gebrek aan kinderopvang terwijl ze in behandeling zijn, beperkte economische middelen, minder steun van het sociale netwerk of de partner, en mogelijk een groter sociaal stigma. Bovendien is het sociale

stigma op vrouwen die middelen gebruiken in een twee- of eenoudergezin nog groter dan het sociale stigma op vrouwelijke gebruikers en belet het hen hulp te zoeken. Sterker nog: de overlapping van het stigma op alleenstaand ouderschap met dat van middelengebruik kan de kans dat iemand behandeling zoekt nog verkleinen.



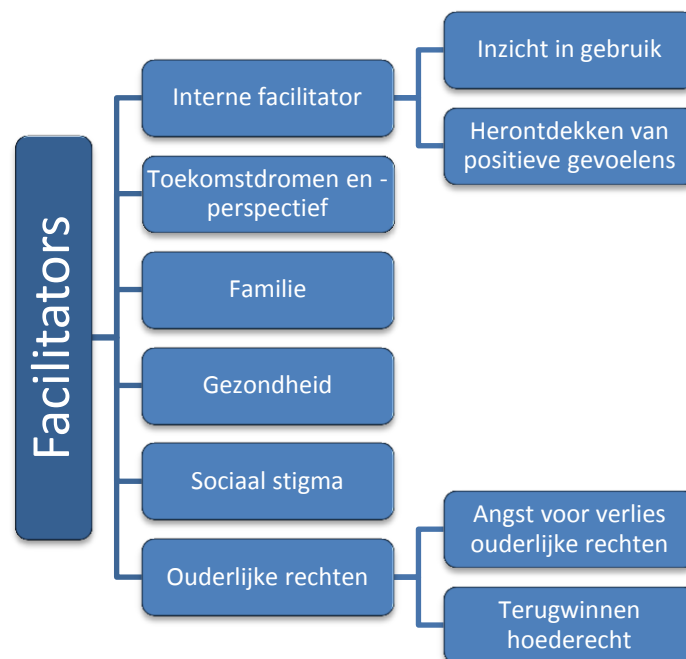
Figuur 5.1 Factoren die de toegang tot hulpverlening bemoeilijken voor vrouwelijke gebruikers.

De normatieve rol van vrouw of moeder en de impact van deze rolmodellen op de hulpverlening worden weerspiegeld in de trajecten van vrouwen en hun perceptie van zichzelf. Genderbepaalde rollen en hogere verwachtingen voor vrouwen en moeders wat betreft de zorgplicht kunnen nadelig zijn voor vrouwen (Neale et al., 2014). Het menselijke kapitaal wordt bepaald door een sterke aanwezigheid van het dominante 'normale' sociale gedrag en de negatieve effecten hiervan worden waargenomen bij vrouwelijke gebruikers. Bovendien zijn hun hoop en ambities voor de toekomst rechtstreeks verbonden met een 'normaal leven' en 'normaal zijn'.

Bewijs toont aan dat een intimiderende aanpak door middel van dreigementen contraproductief werkt in het zoeken naar hulp. Het creëert namelijk een vlucht weg van de zorg (Jessup, 2003, p. 296). Het huidige onderzoek bevestigt dit en toont aan dat de angst om het verlies van de ouderlijke rechten de deelname aan hulpverlening

verhindert. Het voor de hand liggende risico gestigmatiseerd te worden en het hoederecht te verliezen maakt het voor vrouwen die alcohol of illegale middelen gebruiken niet gemakkelijk om hulp te vragen. Sommige studies wijzen daarentegen uit dat de angst om het hoederecht over de kinderen te verliezen vrouwen kan motiveren om in behandeling te gaan (Neale & Tompkins, 2007; Virokannas, 2011). Ook in het huidig onderzoek blijkt dat deze angst werkt als een motivatie om in de hulpverlening te gaan, vanuit het oogpunt van sommige deelnemers (zie Figuur 5.2).

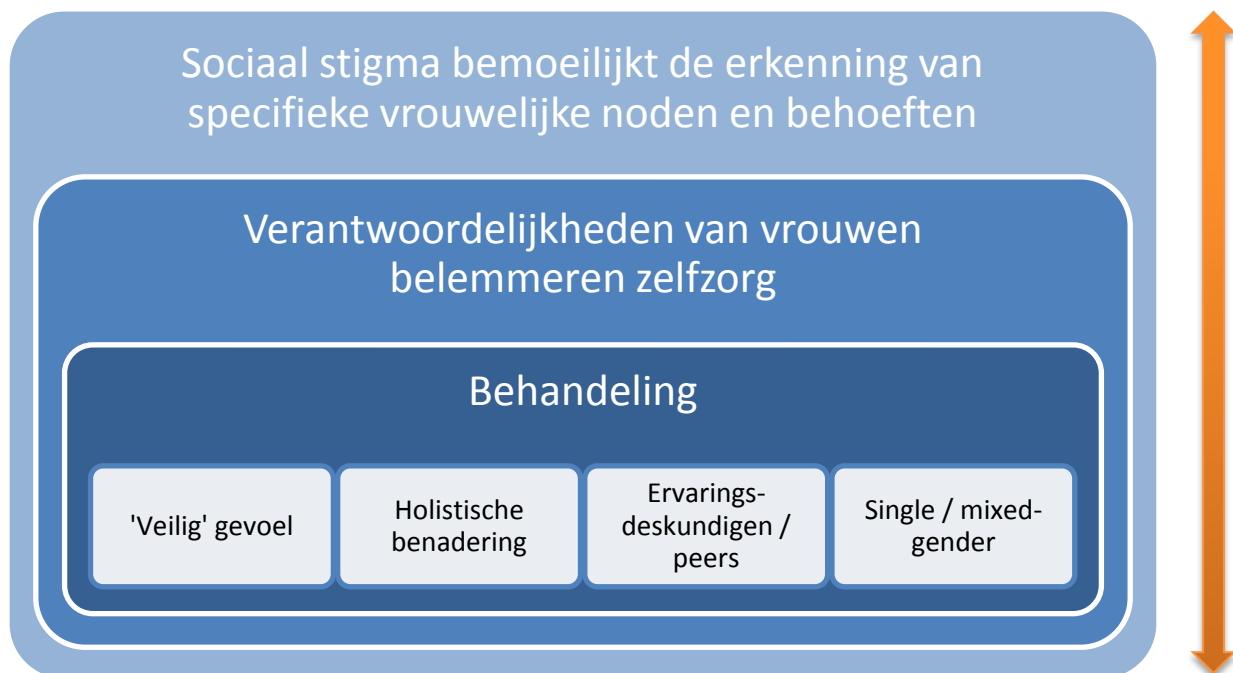
Hoewel efficiënte hulpverleningsprogramma's voor aan middelen gerelateerde stoornissen wijdverspreid zijn, maken volwassenen die er duidelijk nood aan hebben, er te weinig gebruik van (Cohen et al., 2007). Vooral vrouwen blijken hindernissen te ervaren om hulp (bv. behandeling) te zoeken (Greenfield et al., 2007, 2010). Om toegankelijke hulpverlening te ontwikkelen is het nodig om de barrières te begrijpen die de toegang tot hulpverlening bemoeilijken. De data van het onderzoek tonen een uitdrukkelijke behoefte van vrouwen aan gender-sensitieve, op herstel gerichte ambulante en residentiële drughulpverlening op maat van vrouwen met een vraag naar hulp of zorg. Dergelijke programma's benaderen herstel idealiter als een holistisch proces dat zich op lichaam én geest richt, en bieden de mogelijkheid voor vrouwen om behandeling te krijgen terwijl ze hun rol als moeder handhaven. Bovendien moet het werken met ervaringsdeskundigen en een vrouwengroep, alsook een aandacht voor een veilig gevoel worden opgenomen. Vrouwen zijn echter een heterogene groep, elk met hun eigen doelstellingen, ambities en hoop. Ze vergen dus een uiteenlopend gamma aan gender-sensitieve diensten die aan de specifieke noden van de diversiteit aan vrouwelijke gebruikers tegemoetkomen.



Figuur 5.2 Factoren die de toegang tot hulpverlening faciliteren voor vrouwelijke gebruikers.

Bij de ontwikkeling van aangepaste diensten moeten specifieke thema's aan bod komen, dient rekening te worden gehouden met verschillende voorwaarden, en moeten structurele uitdagingen worden aangegaan. Een gender-sensitieve aanpak vergt aandacht voor specifieke thema's in de behandeling van middelengebruik waaronder hechting, stigma en taboe, schuld en schaamte, trauma, seksualiteit en geweld. Daarnaast moet een holistische benadering van behandeling gericht op lichaam én geest in overweging worden genomen. Bovendien beschrijven vrouwen de afwezigheid van mannen, de integratie van een ervaringsdeskundige, de steun van een groep gelijken

en de weldadige effecten van single-gender programma's als voorwaarden voor een veilig klimaat voor vrouwen in de hulpverlening. In mixed-gender behandelingsprogramma's kan een ruimte die speciaal is voorbehouden voor vrouwen, zoals een leefruimte in residentiële diensten of een ontspanningsruimte of keuken in ambulante settingen, een soortgelijk veilig klimaat bieden. Ten slotte moet een aantal structurele uitdagingen worden aangepakt of ten minste erkend. Er is behoefte aan meer residentiële diensten voor ouders en kind(eren) en aan kindvriendelijke settingen in mixed-gender ambulante en residentiële programma's. Bovendien moet een verschuiving worden nagestreefd in de mentaliteit rond ouderlijke en maatschappelijke verantwoordelijkheden en een destigmatisering van middelengebruik door vrouwen, al dan niet geassocieerd met ouderschap, in de maatschappij én onder hulpverleners. Ten slotte moeten vrouwelijke gebruikers beter worden geïnformeerd over de verschillende diensten in de drughulpverlening en voor welk soort steun men terecht kan bij specifieke diensten (zie Figuur 5.3).



Figuur 5.3 Onderling verbonden bekommernissen van vrouwelijke gebruikers in de hulpverlening.

De steekproef van vrouwelijke respondenten wordt gekenmerkt door grote diversiteit en heterogeniteit in behandelingstrajecten en verhalen. Deze diversiteit legt specifieke kenmerken bloot van vrouwen in ambulante hulpverlening enerzijds, en vrouwen in residentiële hulpverlening anderzijds.

De toekomstdoelen deze vrouwen verschillen, alsook de rol van het middelengebruik in hun leven. Voor vrouwen in ambulante settingen, waarvan een groot aandeel OST volgt, is occasioneel druggebruik niet volledig uitgesloten. Terwijl vrouwen in residentiële programma's pleiten voor volledige onthouding.

Vrouwelijke gebruikers in ambulante programma's lijken praktische ondersteuning te wensen op korte termijn, waaronder sociale ondersteuning en gezelschap, hulp bij het betekenisvol invullen van hun tijdbesteding, ondersteuning bij huisvesting, huishoudhulp en financiële middelen. Daarnaast is het tegemoet komen aan onmiddellijke basisnoden zoals eten, slapen, het wisselen van naalden of een doktersbezoek voor een ruime categorie van vrouwelijke gebruikers in ambulante settingen een prioriteit. Vrouwen in residentiële behandelingsprogramma's verklaren daarentegen meer behoeften te hebben op lange termijn, zoals het stichten van een gezin, een baan, met vakantie gaan en – wat zij noemen – “een normaal leven” leiden.

Aangezien de noden en doelstellingen duidelijk verschillen, kan ook de hulp die deze vrouwen zoeken sterk verschillen. Momenteel zijn de diensten die behandelingscentra aanbieden vaak aan deze vraag aangepast. Bij ambulante diensten wordt de aangeboden hulp verbonden aan de organisatie van het dagelijks leven van vrouwelijke gebruikers en zijn interventies erop gebaseerd hen op weg te helpen naar een betere levensstijl en toegang tot eerstelijnsgezondheidszorg te bevorderen. Er wordt bijstand geboden met betrekking tot doktersafspraken, uitdagingen met betrekking tot ouderschap, administratieve procedures en toepassingen op het gebied van werk/opleiding. Hoewel psychologische ondersteuning en advies ook vaak worden aangeboden in ambulante settings, is dat niet de voornaamste prioriteit van vrouwelijke gebruikers. Vrouwelijke gebruikers in residentiële programma's, daarentegen, mikken op een volledige verandering van levensstijl, met inbegrip van een nieuwe start waaruit middelengebruik volledig is gebannen. Vrouwelijke gebruikers in de residentiële hulpverlening verschillen van vrouwen in ambulante programma's in het opzicht dat zij de rol van middelengebruik in hun leven willen begrijpen en willen leren leven zonder drugs of alcohol.

Ten slotte wordt het sociaal netwerk door vrouwelijke gebruikers in ambulante en residentiële hulpverlening anders ervaren. Vrouwelijke gebruikers in residentiële programma's drukken de nood uit om volledig te breken met hun vroeger sociaal netwerk en omgeving. Op die manier willen ze elke vorm van verleiding om terug te beginnen gebruiken vermijden. Dit bewustzijn en verlangen is amper of helemaal niet aanwezig bij vrouwen in ambulante hulpverlening. Vaak wordt de intentie om te breken met 'foute' vrienden of het 'oude' netwerk aangegeven, maar wordt dat nog niet in de praktijk omgezet.

6 Standpunten van deskundigen over uitdagingen en voorwaarden voor een gender-sensitieve drughulpverlening

Dit hoofdstuk onderzoekt de meningen van deskundigen over de noodzakelijke dienstverlening en programma's voor vrouwelijke gebruikers overheen het continuüm van zorg, evenals de obstakels en uitdagingen die vrouwelijke gebruikers ervaren wanneer ze contact opnemen met de drughulpverlening. De input en meningen van zowel gebruikers van diensten, ervaringsdeskundigen als professionele experts geven inzicht in genderkwesties met betrekking tot de instroom en behandelingstrajecten van vrouwelijke gebruikers. Daarnaast worden de voorwaarden onderzocht om gender-sensitieve hulpverlening te implementeren.

Op basis van de resultaten van de diepte-interviews met vrouwelijke gebruikers (zie hoofdstuk 5) zijn door middel van discussiegroepen de randvoorwaarden voor de implementatie van gender-sensitieve dienstverlening verkend. Er werden in totaal vier discussiegroepen georganiseerd: twee in Vlaanderen (Gent en Leuven), één in Wallonië (Namen) en één in Brussel. De sessies werden georganiseerd tussen oktober en december 2017 en elke sessie duurde ongeveer twee uur.

Met behulp van de innovatieve GPS Brainstorm-toolkit hebben de experts in de discussiegroepen verschillende kwetsbaarheden van vrouwen in behandeling en ideeën voor de implementatie van het concept gender-sensitiviteit bij de terugdringing van de vraag naar alcohol en drugs kunnen beschrijven. Ze rapporteren aandachtspunten op beleidsniveau en op een meer (infra)structureel, filosofisch niveau, maar ook op zeer praktisch niveau over de behandeling van vrouwelijke gebruikers. Voorts is er behoefte aan samenwerking en de opbouw van zorgcircuits op dit gebied, alsmede aan de uitwisseling van goede praktijkvoorbeelden. Preventie wordt ook genoemd als een belangrijk terrein voor verdere ontwikkeling en mannen worden genoemd als een cruciale factor voor het herstel van vrouwen.

Een algemene opmerking die in alle discussiegroepen wordt waargenomen, houdt duidelijk verband met de vragen en behoeften van vrouwelijke gebruikers. Voor alle deelnemers moet zorg worden afgestemd op de vragen van

vrouwelijke gebruikers en hun werkelijke behoeften. In dat opzicht is meer gepersonaliseerde ondersteuning en een duidelijke en goed omschreven opvolging cruciaal voor het herstel van vrouwelijke gebruikers. Daarnaast moeten professionals in het werkveld zich bewust zijn van hun persoonlijke denkbeeld over vrouwen en middelengebruik. Het is essentieel dat zij geen oordeel vellen en niet stereotyperen als ze met vrouwelijke gebruikers werken, wat een belangrijke stap is om een vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en cliënt op te bouwen.

Uit deze resultaten blijkt duidelijk dat er behoefte is aan een gender-sensitieve aanpak op het gebied van de terugdringing van de vraag naar alcohol en drugs. Bovengenoemde aanbevelingen zullen in het volgende hoofdstuk nader worden uitgewerkt om specifieke maatregelen te implementeren die in de behoeften van vrouwen voorzien.

7 Conclusies en aanbevelingen

7.1 Algemene conclusie

7.1.1 Gender-sensitieve initiatieven in België

Internationaal onderzoek laat zien dat we de afgelopen jaren enorme vooruitgang hebben geboekt in het begrijpen van de invloed van gender op bijvoorbeeld de epidemiologie van middelengebruik, de diverse behandelingstrajecten, de klinische behoeften en ondersteuningsnoden van wie behandeld wordt en de factoren die een rol spelen bij behandelingsretentie en -resultaten (Grella, 2008; Tang et al., 2012). Eerder onderzoek in de gezondheidszorg levert bovendien veel informatie op over de organisatorische karakteristieken van de programma's waarin vrouwen behandeld worden voor middelengebruik en het soort diensten dat in deze programma's wordt aangeboden (Grella & Greenwell, 2004; Sacks et al., 2004).

In België zijn er slechts enkele studies die zich focussen op gender in de alcohol- en drugsector, met uitzondering van enkele studies onder specifieke bevolkingsgroepen (De Corte et al., 2012; De Wilde, 2006). Het huidige onderzoek wil voortbouwen op deze resultaten en verkent gender-sensitiviteit binnen een brede waaier van diensten en aanbod. Onze bevindingen tonen aan dat de genderdimensie een reële zorg is bij alcohol- en drugpreventie en –hulpverlening in België, in het bijzonder bij diensten gericht op vrouwelijke gebruikers en/of gebruikers met kinderen tot de leeftijd van twaalf jaar. Er worden verschillende soorten gendergerichte ambulante initiatieven onderscheiden, zoals casemanagement voor ouders met hun kind(eren) en zwangere vrouwen, een schadebeperkingsgroep en een laagdrempelige groep voor vrouwen, en nazorgtherapiegroepen voor vrouwen. Er zijn ook gender-sensitieve initiatieven in residentiële settingen binnen de context van psychiatrische ziekenhuizen en gespecialiseerde hulpverlening. Daarnaast is het traditionele behandelingsmodel van een Therapeutische Gemeenschap (TG) aangepast om een gender-sensitieve behandeling mogelijk te maken. Zowel cliënten als dienstverleners melden echter een gebrek aan gender-sensitieve initiatieven in ambulante en residentiële contexten, voornamelijk ook in specifieke regio's (bv. de provincies West-Vlaanderen en Luxemburg en in landelijke gebieden of kleinere steden).

7.1.2 De genderkloof in België

Hoewel het gebruik van illegale middelen meer voorkomt bij een jongeren en mannelijke populatie, is het gebruik van slaappillen en kalmeermiddelen hoger bij vrouwen. Het gebruik van laatstgenoemde middelen lijkt te stijgen met de leeftijd zowel bij mannen als bij vrouwen. Bovendien blijken proportioneel meer vrouwen dan mannen hulp (bv. behandeling) te zoeken voor deze middelen. Niettegenstaande vrouwen minder geneigd zijn om hulp te zoeken dan mannen (Greenfield et al., 2007; Greenfield et al., 2010), tonen Belgian Treatment Demand Data (hulpverleningsdata) dat vrouwen vaker hulp zoeken in ziekenhuizen en proportioneel gemakkelijker hulp zoeken voor alcoholproblemen dan mannen. Vrouwen in België blijken in eerste instantie niet te opteren voor

gespecialiseerde diensten in de drughulpverlening, een tendens die internationaal ook wordt vastgesteld (Green, 2006). Vrouwen ervaren immers verschillende genderspecifieke factoren die toegang tot hulpverlening bemoeilijken. Specifieke barrières zoals moederschap, stigma en schaamte kunnen een rol spelen in de bemoeilijkte toegang van vrouwen tot gespecialiseerde diensten in België. Ten slotte kunnen misvattingen over behandeling, het gebrek aan kennis over de hulpverlening en de alomtegenwoordigheid van mannen in behandeling de genderkloof verklaren.

7.1.3 Een conceptueel kader voor een gender-sensitieve benadering in de alcohol- en drugsector

Dienstverleners geven aan dat er behoefte is aan een geïntegreerde en totale aanpak wat betreft gender en gender-sensitiviteit in preventie en hulpverlening. Verder, is er ook behoefte aan specifieke instrumenten en methoden om gender-sensitieve preventiecampagnes op te zetten en een gender-sensitieve aanpak ten aanzien van hulpverlening te ontwikkelen. Net als bij eerder onderzoek (Poehlmann, 2004) beschrijven de deelnemers gender-sensitieve vorming en bijscholing voor zorgverleners over vrouwgerichte onderwerpen als een methode om te informeren over vrouwspecifieke behandelingsbenaderingen. Er zijn echter zeer weinig gelegenheden om dergelijke opleidingen te geven.

Bij het bepalen van het soort gender-sensitieve dienstverlening dat nodig is om op passende wijze aan de behoeften van vrouwelijke gebruikers te voldoen, startte het onderzoek door vrouwgerichte dienstverlening te beschrijven als diensten die alleen aan vrouwen worden aangeboden of diensten met een verhoogde concentratie van vrouwelijke cliënten (Grella, 2008). Ook genderneutrale dienstverlening, aangeboden in een context van enkel vrouwen, kan hieronder vallen. Een voorbeeld van dit laatste kan een ambulante programma zijn of een programma voor ouder-kind dat vooral door vrouwen wordt gevolgd. Maar ook mixed-gender dienstverlening kan gepast tegemoetkomen aan de behoeften van vrouwelijke gebruikers. De conclusies van deze studie bevestigen de complexiteit en de multidimensionaliteit van het concept gender-sensitieve interventies, gevormd door verschillende theorieën (bv. Grella, 2008, Niccols et al., 2010; Choo et al., 2016). De onderzoeksresultaten suggereren dat er ten minste dertien componenten van vrouwgerichte interventies voor de preventie en/of de behandeling van middelengebruik zijn die essentieel zijn voor een holistische aanpak van de behoeften van vrouwen (zie afbeelding 7.1). Op basis van het werk van Vancouver/Richmond Health Board (2001) en Carter en collega's (2013) hebben we die elementen in drie categorieën ondergebracht. Ten eerste, worden er acht pijlers gedefinieerd aangaande strategieën om vrouwelijke gebruikers bij de behandeling te betrekken. Ten tweede worden er drie elementen die betrekking hebben op het unieke traject dat vrouwen afleggen binnen de hulpverlening afgebeeld. Op de derde plaats, worden er twee filosofieën gedefinieerd voor het aanbieden van gender-sensitieve diensten. Wij erkennen dat de mate waarin deze punten in de praktijk worden bereikt, kan variëren afhankelijk van het doel, de context en het aantal en de karakteristieken van de vrouwelijke gebruikers. Bovendien overlappen veel van de principes elkaar ook en zijn ze onderling verwant. Vrouwgerichte of gender-sensitieve dienstverlening integreert sommige of alle componenten en deze hebben samen een impact op de globale ervaring van de vrouwen op het vlak van instappen in de zorg enerzijds en behandelingsretentie anderzijds.



Figuur 7.1 Een conceptueel kader van het begrip gender-sensitieve hulpverlening gebaseerd op de ervaringen van vrouwelijke gebruikers. Vrouwelijke gebruikers staan centraal in het kader. Zij worden eerst omringd door zes gezondheidsdimensies van vrouwen en vervolgens door dertien met elkaar samenhangende componenten van gender-sensitieve hulpverlening. Aangepast van Vancouver/Richmond Health Board (2001).

Als een resultaat van deze studie, worden acht pijlers gedefinieerd aangaande strategieën om vrouwelijke gebruikers bij de behandeling te betrekken. Ten eerste melden zowel gebruikers als dienstverleners de noodzaak om bij de behandeling met zowel lichaam, geest als ziel rekening te houden. Programma's met een holistische aanpak worden door de deelnemers meer gewaardeerd en beantwoorden aan de diverse behoeften van vrouwelijke gebruikers. Ten tweede melden sommige vrouwelijke gebruikers een onderbenutting van behandelmogelijkheden vanwege het sociale stigma en ervaringen uit het verleden, met een oordelende houding van begeleiders. Het betrekken van vrouwelijke gebruikers bij de behandeling begint daarom met veiligheid en respect (Judd, 2009), waarbij een gastvrije en niet-oordelende omgeving voor alleen vrouwen wordt gecreëerd, zodat vrouwen zich comfortabel voelen om potentieel gevoelige kwesties te delen (Ashley et al., 2003). Bovendien benadrukken de meeste vrouwelijke gebruikers, net als in vorig onderzoek (Bride, 2001), dat het aanwerven van vrouwelijke dienstverleners een cruciaal onderdeel van de behandeling is voor hen, vermits zij

kunnen aanschouwd worden als rolmodel. Ten derde geven deelnemers aan dat het leggen van contacten met peers een belangrijke bron van ondersteuning is in de behandeling (Wisdom et al., 2008). Het faciliteren van de ontwikkeling van een netwerk van peers is dan ook een integraal onderdeel van gender-sensitieve behandelingsprogramma's voor vrouwen. Ten vierde erkennen zowel dienstverleners als gebruikers de toegevoegde waarde van ervaringsdeskundigen in behandelingsprogramma's voor vrouwelijke gebruikers, hoewel er volgens hen ook een gebrek aan is. Ten vijfde, om vrouwen te helpen met empowerment, is het ook van essentieel belang de toegang tot informatie, vaardigheden en dienstverlening te verbeteren (Gupta, 2000). Op die manier worden vrouwen aangemoedigd om zich uit te spreken over hun rechten en hun zorgtraject. Verder geven de deelnemers aan dat zowel single-gender als mixed-gender dienstverlening kansen, maar ook uitdagingen biedt (Grella & Greenwell, 2004). Daarvoor dienen behandelingsprogramma's deze structuren te erkennen en ze bewust en op de meest geschikte manier te implementeren (zesde pijler). Zeven: vrouwelijke gebruikers en dienstverleners geven ook aan dat psycho-educatieve seminars over onderwerpen zoals assertiviteit en zelfkennis waardevol zijn in het herstelproces. Nummer acht en tevens laatste pijler: de deelnemers geven aan dat er behandelingsprogramma's nodig zijn om potentieel gevoelige en pijnlijke kwesties zoals trauma, hechting, seksualiteit, stigmatisering, schuld, schaamte en geweld aan te pakken.

Verder onderscheiden we drie elementen die de unieke behandelingspatronen van vrouwen verklaren. Ten eerste omvat een gender-sensitieve benadering van de behandeling vaak dienstverlening die voor vrouwen relevanter is dan voor mannen (Mason, 2007). De algemene stijl van dergelijke programma's is meer ondersteunend, voedend en coöperatief van aard, waarbij de nadruk ligt op specifieke kwesties zoals de meervoudige rollen en verantwoordelijkheden van vrouwen, eigenwaarde, emotionele veiligheid en vorming in levensvaardigheden (Grella et al., 1999). Andere voorbeelden die typisch verband houden met de behoeften van vrouwen zijn kinderopvang, vervoersondersteuning en het volledige spectrum van seksuele en reproductieve zorg voor vrouwen (Campbell et al., 2009). Ten tweede is het van essentieel belang dat gender-sensitieve dienstverleners ook aan sociale en ondersteunende dienstverlening doen. Voor vrouwelijke gebruikers met bepaalde verantwoordelijkheden op hetzelfde moment houdt dit bijvoorbeeld in dat zij hun kind(eren) kunnen meenemen naar de behandeling, met kinderopvang ter plaatse. Voor andere vrouwelijke gebruikers dienen vervoersondersteuning of flexibele openingstijden als facilitator voor de behandeling. Ten derde is een gender-sensitieve benadering van de behandeling flexibel en houdt deze rekening met de verschillende gezinscontexten van vrouwen, vanwege de enorme diversiteit in de sociale realiteit van vrouwelijke gebruikers (d.w.z. gezinssituatie en leef- en woonomstandigheden).

Ten slotte moeten twee filosofieën of benaderingen voor het verlenen van specifieke diensten voor vrouwen in overweging worden genomen. In de eerste plaats is multidisciplinaire integratie en coördinatie van een reeks diensten gepromoot om de meervoudige en complexe problemen van vrouwelijke gebruikers te beheersen (Ashley et al., 2003; Claus et al., 2007; Niccols et al., 2010). Eén mogelijke manier om dit doel te bereiken, is het opzetten van een geïntegreerd zorgcircuit die samenwerken om vrouwen met elkaar in contact te brengen en naar de juiste dienstverlener door te verwijzen (Wisdom et al., 2008). Casemanagementmodellen zijn op een vergelijkbare manier opgezet om met deze problematiek om te gaan (Jansson et al., 2005). Een ander model om dit te bereiken staat bekend als "one-stop shopping", waarbij meerdere aanbieders op één locatie gevestigd zijn (Yano et al., 2006). Voor beide modellen is er samenwerking nodig om aan de behoeften van vrouwelijke gebruikers te beantwoorden door middel van een interdisciplinair zorgcircuit. Naast het linken van de vrouwelijke gebruikers aan de gepaste diensten, is het ook van essentieel belang dat zorg door de vrouwelijke gebruikers zelf als een samenhangend geheel wordt ervaren om een continuïteit van de zorg te bereiken (Haggerty et al., 2003). Ten tweede, aangezien vrouwelijke gebruikers zich in verschillende stadia van hun leven en van hun middelengebruik bevinden, houdt een gender-sensitieve dienstverlening voor vrouwen in dat iedere vrouw wordt ondersteund door adequaat op haar individuele gezondheidsbehoeften en sociale behoeften in te spelen zonder een oordeel te vellen. Dit impliceert flexibiliteit in de zorgverstrekking voor verschillende behoeften en stadia in het leven van een

vrouwelijke gebruiker (Jarrett et al., 2007), soms zelfs letterlijk door de zorg rechtstreeks thuis te verstrekken. Daarom dient straathoekwerk duurzamer en meer op maat uitgevoerd te worden en biedt het kansen voor vrouwelijke gebruikers die niet in een residentieel behandelingsprogramma zijn ingeschreven. Het onderstreept ook het belang van nazorg voor vrouwen die een behandelingsprogramma hebben doorlopen, aangezien blijvende zorg en ondersteuning een noodzaak is in deze fase van hun leven en hun middelenmisbruik.

7.1.4 Naar een gender-transformatieve gezondheidspromotie

Het GENSTAR-project toont een tekort aan van gender-sensitieve preventie-initiatieven en een behoefte aan geïntegreerde gender-sensitieve preventiecampagnes, gericht op bewustmaking en sensibilisering. Dergelijke initiatieven op het gebied van genderkwesties moeten niet alleen gericht zijn op meisjes en jonge vrouwen, maar op de hele gemeenschap. Ze dienen ook te worden ingebed in een globale duurzame aanpak van preventie en hulpverlening, in plaats van als een eenmalige campagne. Verder moeten gender-sensitieve campagnes niet alleen gericht zijn op middelengebruik door vrouwen, maar ook op genderongelijkheid, gender-gerelateerde rollen en verantwoordelijkheden in de samenleving en sociale stigmatisering. In dat opzicht kan het Framework for Gender-transformative Health Promotion (Pederson et al., 2014) als leidraad dienen om gender-sensitieve preventie in België vorm te geven. Meer in het bijzonder wordt er bij gender-transformatieve benaderingen "actief naar gestreefd om rigide gendernormen en machtonevenwicht te onderzoeken, in vraag te stellen en te veranderen als een manier om doelstellingen op het gebied van gezondheid en gendergelijkheid te bereiken" (Rottach et al., 2009). Om het leven van zowel vrouwen als mannen te verbeteren en zo meer gelijke kansen en mogelijkheden te creëren voor de behandeling van middelengebruik, verdient gender-transformatieve gezondheidsbevordering in België verkend, bekritiseerd en ontwikkeld te worden in verder onderzoek.

7.2 Aanbevelingen voor drugpreventie, -hulpverlening en -beleid

Op basis van de bevindingen van het huidige onderzoek worden er voor de alcohol- en drugsector in België aanbevelingen geformuleerd binnen vijf grote thema's waaronder specifieke maatregelen voor het ontwikkelen van een structureel kader voor een gender-sensitieve aanpak in België te definiëren.

Om deze aanbevelingen in België succesvol te kunnen uitvoeren, is het van cruciaal belang om rekening te houden met elke actor die betrokken is bij het uitvoeringsproces, zowel op het niveau van de besluitvorming als op praktisch niveau. Binnen dit kader dienen overheden op federaal, gewestelijk en lokaal niveau zich bewust te zijn van de noodzaak om nauw samen te werken met de verschillende actoren van het veld en de gespecialiseerde centra om op een duurzame en doeltreffende manier veranderingen te realiseren.

7.2.1 Naar een totale en geïntegreerde benadering

Als we focussen op een geïntegreerde benadering van de behandeling voor vrouwelijke middelengebruikers, dan onderscheiden we twee niveaus.

7.2.1.1 Een continuüm van interventies en hulpverlening

Het wordt steeds duidelijker dat een strikt medische aanpak of alleen psychologische begeleiding vaak niet voldoende is om verandering of herstel van personen met een drugprobleem teweeg te brengen. Een geïntegreerde benadering die elke dimensie van de persoon omvat - emotioneel, sociaal, cultureel, spiritueel, fysiek en mentaal - wordt sterk aanbevolen. Met deze dimensies kan rekening worden gehouden door een combinatie en integratie van medische zorgen, sociale begeleiding, psychologische ondersteuning, persoonlijke empowerment en filosofische en culturele benaderingen.

Binnen dit kader van gender-sensitiviteit lijkt het bevorderen van holistische behandelingen essentieel en veelbelovend, omdat het vrouwen in staat stelt om hun lichaam (opnieuw) te ontdekken en zich volledig bewust te

zijn van hun volledige en complexe karakter. Deze denkwijze en empowerment kunnen hen ook helpen een nieuwe identiteit als persoon en als vrouw op te bouwen door verlichting van de fysieke en geestelijke pijn.

7.2.1.2 Een aanpak op maat als deel van een zorgcircuit

Naast het begrip gender heeft elke vrouwelijke gebruiker een specifieke en individuele context. Gezien de diversiteit en complexiteit van de sociale realiteiten en de duidelijke impact die dit heeft op het resultaat van de behandeling met betrekking tot middelengebruik, is het een vereiste om voor elke vrouwelijke gebruiker een aanpak op maat op te stellen door middel van een interdisciplinair zorgcircuit van gespecialiseerde en niet-gespecialiseerde diensten. Er is een reële behoefte aan behandeling met geïntegreerde diensten zoals kinderopvang, huisvesting, arbeidsbemiddeling, laagdrempelige en schadebeperkende initiatieven, traumatherapie en specifieke therapie. Idealiter moeten de aanpak en ondersteuning aan iedere vrouwelijke gebruiker in behandeling worden aangepast. De situatie van iedere vrouw moet op het moment van opname worden geëvalueerd om de specifieke behoeften en de gewenste ondersteuning te bepalen. Een sleutelfactor voor een geïntegreerde aanpak is het belang van diversiteit in het voorgestelde aanbod van behandelcentra (bv. ambulante en residentiële contexten; straathoekwerk; single- en mixed-gender initiatieven). Het idee erachter is een overeenkomst zoeken met de veelheid aan vrouwelijke situaties.

De geïntegreerde aanpak omvat ook het nazorgaspect om een voortdurende zorg te kunnen waarborgen, wat een essentieel element is in het herstelproces. Gezondheidszorg en hulpverlening zou ervaren moeten worden als een geïntegreerd geheel. Meer nog, diensten aangeboden door verschillende professionelen zouden, verbonden moeten zijn in samenhang met de persoonlijke situatie en behoeften van de gebruiker. In dat opzicht is kennis over de patiënt en de context even belangrijk als de medische/psychologische toestand om adequaat op de behoeften te kunnen inspelen (Haggerty et al., 2003).

7.2.1.3 Genderaspecten opnemen in specifieke activiteiten en contexten

Naast de integrale aanpak van behandeling en geïntegreerde dienstverlening worden ook concretere maatregelen geadviseerd. Om het gender-sensitieve aspect op het gebied van behandeling en preventie verder te ontwikkelen, wordt er dieper ingegaan op specifieke voorbeelden van praktische activiteiten.

- I. In mixed-gender programma's kunnen specifieke activiteiten die alleen voor vrouwen toegankelijk zijn vrouwen helpen om hun identiteit als vrouw te versterken en het gevoel te creëren dat ze tot een groep behoren. Bovendien kan de drempel om zich in een grote groep mannen te bevinden, worden overwonnen door specifieke praatgroepen over onderwerpen die verband houden met seksualiteit, ouderschap, geweld of een bepaald onderwerp waar nood aan is. Deze veilige en gesloten omgeving kan namelijk nuttig zijn om de angst voor oordeelvorming te verminderen en het mogelijk te maken om over intieme onderwerpen en onderwerpen met betrekking tot sekswerk te praten. Het is echter belangrijk om zowel mannen en vrouwen te betrekken in het aankaarten van het onderwerp 'gender'. Ook voor mannen kunnen dergelijke groepen ontwikkeld worden. Dit zou dus een uitgangspunt kunnen zijn om in beide groepen een mentaliteitsverandering te bewerkstelligen met betrekking tot de gedefinieerde normatieve genderrollen en genderstereotiep gedrag.
- II. In ambulante mixed-gender programma's wordt aanbevolen om een specifieke plaats voor alleen vrouwen in te voeren, evenals een single-gender praatgroep. Deze maatregelen maken het mogelijk om een vertrouwensband aan te gaan met hulpverleners en stellen vrouwen in staat om in een meer besloten context over gevoelige onderwerpen te praten. Daardoor kunnen de behoeften van vrouwen beter worden begrepen. Een dergelijke veilige omgeving is de basis om de angst voor oordeelvorming te doorbreken.

- III. Het is aan te raden om een specifieke plek voor alleen vrouwen te creëren in residentiële programma's, met aparte slaapkamers en badkamers. Daarnaast moet er aandacht zijn voor de vrouwelijke hygiëne van vrouwelijke gebruikers in de hulpverlening op een praktisch niveau (e.g. vrouwelijke verzorgingsproducten, cosmetica, verzorging voor de intieme hygiëne, magazines voor vrouwen).
- IV. Er wordt geadviseerd om met minimale kosten op een gemakkelijke en vanzelfsprekende manier toegang te bieden tot anticonceptie en gynaecoloogbezoeken in zowel residentiële programma's als ambulante settings. Gezien trauma een vaak voorkomend fenomeen is in het leven van vrouwelijke middelengebruikers, is een gynaecoloog bij voorkeur een vrouw met een specifieke vorming rond genderkwesties. Op die manier kan de drempel rond stigmatisering worden verlaagd en er een sfeer van veiligheid en vertrouwen worden gecreëerd.
- V. Gezien het specifieke stigma op vrouwelijke gebruikers en de schaamtegevoelens die zij ervaren, worden behandelings- en preventiediensten geadviseerd om vrouwelijke ervaringsdeskundigen te betrekken in hun werking.

Aangezien vrouwen gewoonlijk de eerste zorgverantwoordelijke van het gezin zijn, moet in het behandelingstraject rekening worden gehouden met de gezinssituatie. Familiale verantwoordelijkheden vormen immers vaak een obstakel om in behandeling te gaan. Hieronder volgt een overzicht van specifieke aanbevolen initiatieven, waarbij rekening is gehouden met de familiale context.

- I. Het is belangrijk om in ambulante mixed-gender en single-gender programma's kinderopvang aan te bieden voor vrouwelijke gebruikers met kleine kinderen. Een concreet en goed uitgewerkt aanbod voor kinderopvang in een ambulante context waardoor vrouwelijke gebruikers hun kind(eren) kunnen meenemen, biedt een grote toegevoegde waarde.
- II. Aangepaste diensten zijn nodig om de band tussen moeder en kind te creëren of te onderhouden. Dat kan in de vorm van kindvriendelijke settings en ondersteuning voor ouders. Ook met specifieke ruimtes in het ziekenhuis die in het teken staan van de moeder en haar pasgeborene na de bevalling (kangoeroeruimte) kan dit doel bereikt worden.
- III. Een hulplijn voor vrouwelijke gebruikers die 's avonds beschikbaar is, geeft vrouwen de mogelijkheid om anoniem hulp te zoeken, onafhankelijk van anderen en terwijl hun kind(eren) thuis is/zijn.
- IV. Een combinatie van straathoekwerk en ambulante dienstverlening moet worden overwogen. Er moeten meer vrouwelijke gebruikers thuis bereikt worden en de familieleden moeten bij een gezinsgerichte interventie betrokken worden. Door zich te richten op de woonplaats van vrouwelijke gebruikers en hun familie en breder sociaal netwerk erbij te betrekken, kunnen zij makkelijker hulp zoeken.

7.2.2 Gender-sensitieve opleiding en uitwisseling van goede praktijkvoorbeelden

Rekening houdend met deze eerste aanbevelingen kunnen veel oplossingen specifieke aanpassingen van de structuur en setting van de hulpverlening met zich meebrengen. Daarom is het van essentieel belang om (nieuwe) opleidingsmogelijkheden voor personeelsleden aan te bieden en de uitwisseling van goede praktijkvoorbeelden in een netwerk van professionals te bevorderen.

- I. Er moet opleiding en vorming over gender-gerelateerde onderwerpen worden gegeven aan hulpverleners, psychotherapeuten, psychologen, psychiaters en andere personen die betrokken zijn bij de behandeling van vrouwelijke gebruikers.

- II. Er moet in de residentiële en ambulante hulpverlening een filosofische visie op een gender-sensitieve aanpak worden geïntegreerd, op basis van ervaringen van hulpverleners, vrouwelijke gebruikers, literatuur en uitwisseling van goede praktijkvoorbeelden tussen dienstverleners. Een duidelijke visie kan de vertaling van abstracte ideeën naar concrete plannen en maatregelen vergemakkelijken.

7.2.3 Aandacht voor genderstereotypen en verantwoordelijkheden van vrouwen

Hoewel de aanpak van de hulpverlening voor vrouwelijke gebruikers vanuit het oogpunt van de volksgezondheid centraal staat, is het ook zinvol om dit vanuit sociologisch oogpunt te bekijken. Daarbij moet een bredere visie op de genderdimensie worden geïntegreerd en moeten onderwerpen in verband met genderstereotypen zoals huiselijk geweld, ouderschap en gezinsverantwoordelijkheden worden opgenomen.

Om gendergelijkheid te promoten en de last van de verantwoordelijkheden van vrouwen te verminderen, moeten psycho-educatieve seminars voor zowel mannen als vrouwen geïntegreerd worden. De verschillende rollen en verantwoordelijkheden die vrouwen in hun dagelijkse leven opnemen, moeten aan bod komen tijdens psycho-educatieve seminars of therapie tijdens de behandeling. Voordat ze de behandeling afgerond hebben, is er een nieuwe aanpassing aan deze verschillende rollen nodig om met de verantwoordelijkheden te leren omgaan. Deze programma's kunnen aan een algemene nationale sensibiliseringscampagne worden gekoppeld.

7.2.4 Doelgerichte en gender-sensitieve preventie-campagnes

Om de gender-sensitieve benadering te implementeren overheen het continuüm van zorg, moet het preventieaspect verder worden uitgewerkt. Er worden vier aspecten gepromoot: de maatschappelijke stigmatisering en de rol van middelengebruik in het leven van vrouwen, specifieke praatgroepen, strategieën van schadebeperking en het soort middel.

- I. Om de vrouwelijke gebruiker vlotter naar het meest aangepaste centrum te krijgen en om het hardnekkige sociale stigma bij vrouwelijke gebruikers te verminderen, wordt aanbevolen een terugkerende nationale preventiecampagne voor hulpverleners te ontwikkelen. Professionele zorgverleners zoals huisartsen, gynaecologen, sociaal werkers, psychologen en andere belanghebbenden die in contact komen met vrouwelijke gebruikers of kwetsbare bevolkingsgroepen moeten doelgericht worden benaderd, en thema's als vrouwen, middelengebruik en schaamte moeten worden aangepakt. Er zouden specifieke brochures en doorverwijsgidsen kunnen worden ontwikkeld met verwijzingen naar gespecialiseerde centra, om zo de kloof tussen mannen en vrouwen bij het zoeken naar en gebruiken van hulpverlening te verkleinen. Deze brochures kunnen onder andere via huisartsen, eerstelijnsgezondheidszorg en armoedeverenigingen verspreid worden.
- II. Er wordt geadviseerd om single-gender praatgroepen voor vrouwelijke gebruikers of thematische praatgroepen op te richten. Dergelijke groepen kunnen nuttig zijn voor vrouwelijke gebruikers om ervaringen over bepaalde onderwerpen vrij te kunnen delen in een veilige, niet-oordelende omgeving.
- III. Om de kennis van vrouwen over gender en middelengebruik te verbeteren, wordt geadviseerd om een gerichte preventie- en schadebeperkende campagne te voeren (e.g. over seksuele gezondheid en de seksueel overdraagbare aandoeningen).
- IV. Aangezien de prevalentie van vrouwen ouder dan 45 jaar voor voorgeschreven medicatie en alcohol hoger ligt, wordt ook een meer gerichte preventie- en communicatiecampagne over het misbruik van deze middelen aanbevolen.

7.2.5 Evaluatie en opvolging

Voor een succesvolle toepassing van nieuwe benaderingen en maatregelen in de drughulpverlening, of het nu gaat om gender-sensitiviteit of andere aspecten, is het noodzakelijk dat er met structurele fondsen, eerder dan met projectsubsidies van tijdelijke aard, voldoende budget en faciliteiten beschikbaar worden gesteld. In België is het van cruciaal belang dat er aandacht is voor een gender-sensitieve benadering op verschillende niveaus, aangezien de bevoegdheden voor behandeling en preventie verdeeld zijn over respectievelijk de federale en gewestelijke overheden.

De vooruitgang en de ontwikkeling van een gender-sensitief beleid moet worden opgevolgd om de ontwikkeling in de loop der jaren te evalueren. Een mogelijk evaluatie-instrument zou de oprichting van een nationale, representatieve databank kunnen zijn over de prevalentie van middelengebruik en gebruik van drughulpverlening bij de Belgische bevolking, waarin ook gemarginaliseerde bevolkingsgroepen zijn opgenomen, om de aard en omvang van de kloof tussen mannen en vrouwen in de drughulpverlening beter te begrijpen.

8 References

Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice. Background paper commissioned by the EMCDDA for Health and social responses to drug problems: a European guide*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Ashley, O.S., Marsden, M.E. & Brady, T.M. (2003). Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(1), 19-53.

Brady, T. M., & Ashley, O. S. (2005). *Women in substance abuse treatment: Results from the Alcohol and Drug Services Study (ADSS)*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies.

Bride, B.E. (2001). Single-gender treatment of substance abuse: effect on treatment retention and completion. *Social Work Research*, 25(4), 223-232.

Campbell, C.I., Alexander, J.A., & Lemak, C.H. (2009). Organizational determinants of outpatient substance abuse treatment duration in women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(1), 64-72.

Carter, A.J., Bourgeois, S., O'Brien, N., Abelsohn, K., Tharao, W., Greene, S., Margolese, S., Kaida, A., Sanchez, M., Palmer, A.K., Cescon, A., de Pokamandy, A., & Loutfy, M.R. (2013). Women-specific HIV/AIDS services: identifying and defining the components of holistic delivery for women living with HIV/AIDS. *Journal of the International AIDS Society*, 16(1), 17433.

Choo, E., Guthrie, K.M., Mello, M., Wetle, T.F., Ranney, M., Tapé, C., & Zlotnick, C. (2016). "I need to hear from women who have 'been there'": Developing a women-focused intervention for drug use and partner violence in the emergency department. *Partner Abuse*, 7(2), 193-220.

Claus, R.E., Orwin, R.G., Kissin, W., Krupski, A., Campbell, K., & Stark, K. (2007). Does gender-specific substance abuse treatment for women promote continuity of care? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(1), 27-39.

Cohen, E., Feinn, R., Arias, A., & Kranzler, H. R. (2007). Alcohol treatment utilization: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 214-221.

- De Corte, T., Stoffels, I., Van Hal, G., & Van Damme, P. (2012). Middelengebruik onder sekswerkers in België. *Tijdschrift van de Vereniging voor Alcohol- en Andere Drugproblemen vzw*, 11(2), 15-16.
- De Wilde, J. (2006). *Gender-specific profile of substance abusing women in therapeutic communities in Europe* (Doctoral Dissertation). Gent: Academia Press Gent.
- Europees waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving [EWDD] (2006). *Annual report 2006. Selected issue 2: A gender perspective on drug use and responding to drug problems*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Europees waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving [EWDD] (2012). *Selected issues: Pregnancy, childcare and the family: key issues for Europe's response to drugs*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Greaves, L., Pederson, A., & Poole, N. (2014). *Making it better. Gender-transformative health promotion*. Toronto, Ontario: Canadian Scholars' Press Inc./Women's Press.
- Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K., & Miele, G. M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(1), 1-21.
- Greenfield, S.F., Back, S.E., Lawson, K., & Brady, K.T. (2010). Substance abuse in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(2), 339-355.
- Grella, C.E. (2008). From generic to gender-responsive treatment: changes in social policies, treatment services and outcomes of women in substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40(5), 327-343.
- Grella, C.E., Polinsky, M.L., Hser, Y.I., & Perry S.M. (1999). Characteristics of women-only and mixed-gender drug abuse treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17(1), 37-44.
- Grella, C.E., & Greenwell, L. (2004). Substance abuse treatment for women: Changes in settings where women received treatment and types of services provided, 1987-1998. *Journal of Behavioural Health Services & Research*, 31(4), 367-383.
- Gupta, G.R. (2000). Gender, sexuality, and HIV/AIDS: the what, the why, and the how. *HIV/AIDS Policy Law Review*, 5(4), 86-93.
- Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield B.H., Adair, C.E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *The BMJ*, 327, 1219-1221.
- Jansson, L. M., Svikis, D. S., Breon, D., & Cieslak, R. (2005). Intensity of case management services: Does more equal better for drug-dependent women and their children. *Social Work in Mental Health*, 3, 63-78.
- Jarrett, E.M., Yee, B.W.K., & Banks, M.E. (2007). Benefits of comprehensive health care for improving health outcomes in women. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(3), 305-313.
- Jessup, M.A., Humphreys, J.C., Brindis, C.D., & Lee, K.A. (2003). Extrinsic barriers to substance abuse treatment among pregnant drug dependent women. *Journal of Drug Issues*, 33(2), 285-304.

- Judd, F., Armstrong, S. & Kulkarni, J. (2009). Gender-sensitive mental health care. *Australasian Psychiatry*, 17(2), 105-111.
- Mason, R. (2007). Building women's social citizenship: a five-point framework to conceptualise the work of women-specific services in rural Australia. *Women's Studies International Forum*, 30, 299-312.
- Montanari, L., Serafini, M., Maffli, E., Busch, M., Kontogeorgiou, K., Kuijpers, W., Ouweland, A., Pouloudi, M., Simon, R., Spyropoulou, M., Studnickova, B., & Gyarmathy, V.A. (2011). Gender and regional differences in client characteristics among substance abuse treatment clients in the Europe. *Drugs Education Prevention and Policy*, 18(1), 24-31.
- Mrazek, P.J., & Haggerty, R.J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press.
- Neale, J., & Tompkins, C.N. (2007). Factors that help injecting drug users to access and benefit from services: A qualitative study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2(31), 1-13.
- Neale, J., Nettleton, S., & Pickering, L. (2014). Gender sameness and difference in recovery from heroin dependence: A qualitative exploration. *International Journal of Drug Policy*, 25, 3-12.
- Niccols, A., Milligan, K., Sword, W., Thabane, L., Henderson, J., Smith, A., Liu, J., & Jack, S. (2010). Maternal mental health and integrated programs for mothers with substance abuse issues. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(3), 466-474.
- O'Neil, A.L., & Lucas, J. (2011). DAWN First Plenary Conference: conclusions and recommendations, Rome, 28-30 March 2011. In O'Neil, A.L., & Lucas, J. (Eds). *Promoting a gender responsive approach to addiction* (400-402). Turin: UNICRI Publication nr 104.
- Oliffe, J.L., & Greaves, L. (Eds.) (2011). *Designing and conducting gender, sex, and health research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Pederson, A., Greaves, L., & Poole, N. (2014). Gender-transformative health promotion for women: a framework for action. *Health Promotion International*, 30(1), 140-150.
- Poehlmann, J., White, T., & Bjerke, K. (2004). Integrating HIV risk reduction into family programs for women offenders: a family relationship perspective. *Family Relations*, 53(1), 26-37.
- Rottach, E., Schuler, R., & Hardee, K. (2009). *Gender perspectives improve reproductive health outcomes*. Washington, DC: PRB for the IGWG and USAIDS.
- Sacks, S., Sacks, J.Y., McKendrick, K., Pearson, F.S., Banks, S., & Harie, M. (2004). Outcomes from a therapeutic community for homeless addicted mothers and their children. *Administration and Policy in Mental Health*, 31(4), 313-338.
- Stringer, K.L., & Baker, E.H. (2018). Stigma as a barrier to substance abuse treatment among those with unmet need: An analysis of parenthood and marital status. *Journal of Family Issues*, 39(1), 3-27.
- Substance Abuse and Mental Health Service Administration [SAMASHA] (2012). *National survey on drug use and health*. Substance Abuse and Mental Health Service Administration. Rockville: MD.

Tang, A., Claus, R.E., Orwin, R.G., Kissin, W.B., & Arieira, C. (2012). Measurement of gender-sensitive treatment for women in mixed-gender substance abuse treatment programs. *Drug and Alcohol Dependence, 123*(1-3), 160-166.

Taylor, O. D. (2010). Barriers to treatment for women with substance use disorders. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 20*, 393-409.

Vancouver/Richmond Health Board (2001). *A framework for women centred health*. Vancouver: Vancouver/Richmond Health Board.

Virokannas, E. (2011). Identity categorization of motherhood in the context of drug abuse and child welfare services. *Qualitative Social Work, 10*(3), 329-345.

Wisdom, J.P., Hoffman, K., Rechberger, E., Seim, K. & Owens, B. (2008). Women-focused treatment agencies and process improvement: strategies to increase client engagement. *Women Therapy, 32*(1), 69-87.

Wizemann, T.M., & Pardue, M.-L. (Eds.) (2001). *Exploring the biological contributions to human health: Does sex matter?* Washington, DC: National Academy of Sciences.

World Health Organization [WHO] (2014). *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*. WHO library Cataloguing in Publication Data.

Yano, E.M., Goldzweig, C., Canelo, I., & Washington, D.L. (2006). Diffusion of innovation in women's health care delivery: the Department of Veterans Affairs' adoption of women's health clinics. *Women's Health Issues, 16*(5), 226-235.