

# BSOBAC – Bacheloroppgave med Forskningsmetode

Bacheloroppgave

## **Etniske minoriteters møte med rusbehandling: Utfordringer og responser**



Universitetet  
i Stavanger

**Det Samfunnsvitenskapelige Fakultet**

Bachelor i Sosialt Arbeid

Stavanger, 16.05.2021

Kandidatnr: 3008

# Innholdsfortegnelse

1. Innledning .....	4
1.1 Valg av tema og problemstilling .....	4
1.2 Sosialfaglig relevans .....	4
1.3 Begrepsavklaring og struktur .....	5
2. Metode .....	8
2.1 Prosessen .....	8
2.2 Metodevalg .....	9
2.3 Utvalg .....	10
2.4 Rekrutteringsprosessen .....	11
2.5 Intervjuforberedelser .....	12
2.6 Førforståelse .....	12
2.7 Under intervjuene .....	13
2.8 Analyse .....	14
2.9 Reliabilitet, validitet og kildekritikk .....	15
2.10 Forskningsetikk .....	16
3. Teoretisk utgangspunkt .....	17
3.1 Migrasjonserfaring .....	17
3.2 Marginalisering og diskriminering .....	17
3.3 Kultur .....	18
3.4 Språk .....	19
3.5 Tolketjenester .....	19
3.6 Kunnskap .....	20
3.7 Tillit .....	20
3.8 Skam .....	21
3.9 Individ og samfunn .....	22
3.10 Å samhandle på tvers av kultur .....	23
3.11 Kulturell kompetanse .....	23
3.12 Andre sammenhenger .....	24
4. Funn og diskusjon .....	26
4.1 utfordringer .....	26
4.1.1 Migrasjonserfaring .....	26
4.1.2 Marginalisering og diskriminering .....	28

4.1.3 Kultur .....	30
4.2 Informantenes fokus .....	33
4.2.1 Språk .....	33
4.2.2 Skam .....	35
4.2.3 Kunnskap og Tillit .....	36
4.3 Informantenes responser .....	37
4.4 Oppsummering .....	40
5. Konklusjon .....	41
Litteraturliste .....	43

# 1. Innledning

## 1.1 Valg av tema og problemstilling

Denne oppgaven ønsker å undersøke om det finnes barrierer som gjør at rusavhengige etniske minoriteter ikke mottar behandling for rusavhengighet på lik linje som etniske nordmenn. Min interesse for dette temaet begynte da jeg var i praksis i 2020. Praksisen foregikk ved et lavterskeltilbud for rusavhengige. Lavterskel betyr at tilbudet skal være lett tilgjengelig for målgruppen, man trenger ingen henvisning. Samtidig fremstod det som et godt tilbud for de som benyttet seg av det. Jeg undret meg etter hvert hvorfor tilbudet ikke var besøkt av flere minoriteter. De ansatte svarte at de hadde lurt på det samme, da de kjente til flere med minoritetsbakgrunn som falt innenfor deres målgruppe som kunne benyttet seg av tilbudet. De gav samtidig uttrykk for at dette var et fenomen opplevd av flere liknende tilbud på rusfeltet. Dette ledet til spørsmålet; hva gjør at minoriteter ikke benytter seg av rusrelaterte tjenester?

For å gjøre det enklere å undersøke dette, valgte jeg å sette søkelys på én type tjeneste. Valget falt på rusbehandling på døgnavdeling, ettersom det allerede fantes noe forskning på dette. Denne forskningen, samt annen forskning på minoriteters tjenestemottakelse viser at minoriteter møter flere utfordringer i møte med hjelpeapparatet. Av denne grunn er problemstillingen for denne oppgaven “Hvilke utfordringer møter rusavhengige minoriteter i rusbehandling?”

## 1.2 Sosialfaglig relevans

I Norge ser vi på rusavhengighet som et sosialt problem. Det betyr både at vi oppfatter at individets rusavhengighet har konsekvenser for samfunnet, men også at det kreves en felles innsats for å møte problemet (Ellingsen & Levin, 2015, s. 49). Rusavhengighet blir også sett på som en sykdom gjennom den medisinske forståelsesmodellen. Konsekvensen av dette er at rusavhengige ikke utelukkende møtes med straff, men også tilbys hjelp (Nesvåg, 2018, s. 26).

Rusavhengige i Norge har rettigheter som følger av Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pbrl.). Her hjemles retten til døgnbehandling (§2-1e) og retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten (§2-1b). Dette er rettigheter som stat og kommune er pliktig til å oppfylle. De som søker hjelp for ruslidelser har også rett på en individuell plan for å sikre god nok oppfølging. I 2019 kom Pakkeforløpet for brukere av Tverrfaglig Spesialisert Behandling

av ruslidelser (TSB). Et av de uttalte målene her var blant annet å kunne tilpasse behandlingen etter pasientens behov (Helsedirektoratet, 2020).

Rusavhengige minoriteter har også krav på hjelp for sine rusproblemer. Likevel viser forskning på minoriteters mottakelse av helsetjenester at det finnes et underforbruk av både fysisk og psykisk helsehjelp (Folkehelseinstituttet, 2018). Om det er slik at utformingen av helsetjenestene fungerer som barrierer mot at minoriteter skal få den hjelpen de trenger, er dette noe som bør undersøkes. Velferdsstaten har et prinsipp om likeverdige tjenester. Ifølge Berit Berg handler dette om at tjenestene skal være like gode, like tilgjengelige og føre til samme resultat. Dette skal gjennomføres uavhengig av kjønn, alder, etnisitet og funksjonsnivå (Berg, 2015, s. 255).

## 1.3 Begrepsavklaring og struktur

### **Etniske minoriteter**

Etniske minoriteter betegner en gruppe mennesker som deler felles bakgrunn eller kultur som skiller seg fra majoritetsbefolkningen. (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2020). Eriksen og Sørheim fremholder at når vi i Norge prater om etniske minoriteter, prater vi om samer eller nasjonale minoriteter som rom, kvener, jøder og romanifolket. Vi prater også om mennesker med innvandrerbakgrunn (Eriksen & Sørheim, 2006, s. 77).

SSB grupperer mennesker med innvandrerbakgrunn som innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn. Innvandrere har selv innvandret, og er født av i utlandet av utenlandsfødte foreldre og besteforeldre. Norskfødte med innvandrerbakgrunn er født i Norge av to utenlandsfødte og har fire utenlandsfødte besteforeldre (Dzamarija, 2019).

Når jeg i denne oppgaven prater om etniske minoriteter vil begrepet omfatte det overnevnte. Gruppen "etniske minoriteter" vil ha store forskjeller både mellom og innad i de forskjellige gruppene. Når begrepet likevel anvendes er det fordi disse gruppene vil kunne møte liknende utfordringer i møte med det norske majoritetssamfunnet (Eriksen & Sørheim, 2006, s.77). Dette gjelder ikke minst i den spesifikke sammenhengen denne oppgaven tar for seg.

### **Pasient**

Jeg har valgt å anvende ordet "pasient" etter Pasient- og Brukerrettighetsloven (pblr.§ 1-3 bokstav a). Med rusreformen i 2004 ble ansvaret for rus- og avhengighetsbehandling overført

fra fylkeskommunen, til spesialisthelsetjenesten. Dette medførte at mennesker i rusbehandling fikk status som pasient og samme rettigheter som pasienter som andre områder i helsetjenesten (Hole, 2014, s. 112).

### **Informant**

Jeg har valgt å bruke begrepet “informant” om menneskene jeg intervjuer. Dette er fordi jeg har valgt å intervju akkurat disse menneskene på grunnlag av at de som fagpersoner besitter kunnskap om temaet jeg ønsker å studere (Thagaard, 2018, s.46).

### **Rusavhengig**

Ifølge Helsedirektoratet må en person ha opplevd tre av seks kriterier samtidig det siste året for at det skal settes en avhengighetsdiagnose.

1. et sterkt ønske om eller følelse av tvang til å innta substansen
2. problemer med å kontrollere bruk, mengde og tidspunkt
3. abstinensproblemer
4. toleranseutvikling
5. økende likegyldighet overfor andre gleder eller interesser som følge av bruken
6. at den økende bruken opprettholdes til tross for åpenbare tegn på negative konsekvenser.

(Hentet fra Helsedirektoratet, 2018)

### **Rusbehandling**

Denne oppgaven ser på institusjoner som omfattes av tverrfaglig spesialisert rusbehandling, som er organisert under spesialisthelsetjenesten. Behandling er etter Sælør og Bjerknes definert som “planlagte tiltak som skal bidra til positive endringer i form av å redusere symptomer og øke mestring” (2018, s. 141). At behandlingen skal være tverrfaglig kan forstås ut ifra en anerkjennelse av at rusavhengighet er en sammensatt utfordring, og at pasientene kan ha behov for både helsefaglig og sosialfaglig hjelp. Behandlingen må også “tilfredsstille kravene til spesialistnivå” (Bjerknes & Sælør, 2018, s. 142).

Innenfor TSB finnes både poliklinisk behandling, og dagbehandling og døgnbehandling (Hole, 2014, s. 133). Informantene i denne undersøkelsen jobber ved døgnbehandlingstilbud.

## **Døgnbehandling**

Døgnbehandling består av innleggelse og behandling på en rusbehandlingsinstitusjon. Fordelen med denne typen behandling er at pasienten kan få intensiv utredning og behandling over lengre tid i et skjermet miljø (Hole, 2014, s. 146). Oppholdet i døgnbehandling kan strekke seg alt fra måneder til år. Grunnen til at jeg har valgt å se på dette omsorgsnivået, er at pasientene som benytter seg av disse tilbudene bor på avdelingen, og dette gir dermed ansatte mulighet til å bli bedre kjent med pasientene.

## **Avrusning**

Avrusning innebærer de medisinske, psykologiske og sosiale prosessene som pasienten gjennomgår når han eller hun ønsker å slutte å ruse seg på en eller flere rusmidler (Hole, 2014, s. 135).

## **Avrusingsavdeling**

I starten av et behandlingsforløp vil det være nødvendig å evaluere om pasienten kommer til å trenge avrusning og abstinensbehandling. Disse begrepene betegner den medisinske og psykososiale behandlingen pasienten gjennomgår for å lindre de fysiske og psykiske reaksjoner pasienten går igjennom når de slutter å ruse seg (Hole, 2014, s. 135). Denne behandlingen skjer ofte på en egen avdeling, hvor oppholdet varer rundt 3-10 dager.

Kapittel 2 i denne oppgaven vil ta for seg metodevalg, og beskriver valgene gjort i løpet av undersøkelsen. Kapittel 3 presenterer det teoretiske utgangspunktet for oppgaven. I kapittel 4 presenterer jeg funnene og drøfter disse innenfor hver kategori. Deretter oppsummeres diskusjonen, før jeg konkluderer i kapittel 5.

## 2. Metode

### 2.1 Prosessen

Det første jeg gjorde etter å ha valgt tema, var å se om det fantes noe tidligere forskning. Søk i Oria og Google viste meg at det tidligere var gjort flere undersøkelser som tok for seg minoriteter og rusproblemer. Det viste seg likevel at det var 15 år eller mer siden de fleste undersøkelsene var gjort. Dette betydde at jeg i min egen undersøkelse burde være bevisst på at ikke alt nødvendigvis var like aktuelt enda. Dette gjorde også at jeg følte at min undersøkelse kunne være et nyttig bidrag til å undersøke situasjonen i dag, og om noe har forandret seg.

Basert denne tidligere forskningen identifiserte jeg flere sentrale temaer:

- migrasjonserfaring
- marginalisering og diskriminering
- kultur
- familie
- språk
- kunnskap
- tillit
- forståelse
- skam

Disse temaene ble igjen utgangspunkt for videre lesning. Til tross for at det er forskjell mellom land, vil minoriteter kunne møte liknende utfordringer i møte med hjelpeapparatet (Eriksen & Sørheim, 2006, s.77). Av denne grunn fant jeg det interessant å også se på internasjonal forskning.

Jeg gjennomførte også 4 pilotintervjuer, semi-strukturerte samtaler med fagpersoner og andre som jobbet med minoriteter og rus. Jeg ønsket med dette å se om det fantes noe grunnlag for oppgaven min, og få et inntrykk av minoriteters møte med hjelpeapparatet. Dette ville også kunne klargjøre hva jeg eventuelt burde sette meg inn i før intervjuene. Samtalene bekreftet grunnlaget for oppgaven min og tok i tillegg opp flere utfordringer beskrevet i tidligere forskning.



## 2.2 Metodevalg

Jeg valgte å gjennomføre min undersøkelse gjennom kvalitativ metode. Ifølge Dalland er metoden verktøyet vi bruker for å undersøke og samle inn data (Dalland, 2020, s. 54). Han anbefaler også at problemstillingen skal styre valget av metode (Dalland, 2020, s. 193). Kvalitativ studie ble valgt fordi jeg ikke er så opptatt av å måle forekomsten av fenomenet, heller enn å utforske de sosiale fenomenene i dybden.

Da jeg begynte å lete etter tidligere forskning, fant jeg et begrenset antall undersøkelser. Mesteparten av denne forskningen var gjort for 15 år siden eller mer. Av disse årsakene bestemte jeg meg for en eksplorerende studie. Dette betyr at oppgaven kun forsøker å utforske et sosialt fenomen, og derfor ikke legger for mye vekt at det skal være mulig å generalisere fra konklusjonen. Kvalitative metoder egner seg spesielt godt for å utforske områder det finnes lite forskning på fra før. Metoden gjør at jeg enklere kan fange opp nyanser, og er åpen for uventet informasjon. Oppgaven vil også være fleksibel nok til å kunne endres etterhvert som ny informasjon kommer fram (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, 2019).

Jeg valgte å gjennomføre undersøkelsen i form av intervju. Det var flere grunner til dette. Intervju egner seg til å utforske subjektene egne holdninger, opplevelser og refleksjoner (Thagaard, 2018, s. 89). Dette vil kunne hjelpe meg å male et bilde av møtet mellom minoriteter og rusbehandling. Man kan se på intervjuer som en samtale hvor forsker og informant sammen forsøker å skape en forståelse av det informantene forteller. Det informantene forteller har utgangspunkt i deres liv, og vil derfor være preget av dette. Derfor kan man ikke se på disse intervjuene som rene referater av hva som har skjedd, men gjenstander for både informantens og forskerens egen tolkning (Thagaard, 2018, s. 89).

Ettersom min studie er eksplorerende ønsket jeg å ha en fleksibel struktur på intervjuet, slik at jeg åpnet opp for uforventet informasjon. Av denne årsaken valgte jeg semistrukturert intervju. I denne intervjutypen møtes to poler av intervjustiler. Struktur på intervjuet, slik som ferdig formulerte spørsmål i en satt rekkefølge, gjør det enklere å sikre at man får gått igjennom alle relevante temaer. Samtidig kan man sammenlikne svarene man får på de samme spørsmålene (Thagaard, 2018, s. 90). Et semi-strukturert intervju vil ha en fleksibilitet som gjør at man kan endre rekkefølgen for spørsmål og stille oppfølgingsspørsmål (Thagaard, 2018, s. 91). Dette

gjør det enklere å tilpasse seg om informanten tar opp temaer som ikke var forventet. Informanten har muligheten til å fritt gi uttrykk for sin egen forståelse av temaene.

Jeg valgte å ikke melde prosjektet inn prosjektet til NSD. Avgjørelsen hadde grunnlag i at jeg ikke ville ha behov for å behandle personopplysninger i oppgaven min (Norsk Senter For Forskningsdata, u.å). De to mest beskrivende detaljene kommer frem i drøftingen. Her beskriver jeg at en informant har minoritetsbakgrunn. Jeg forteller også at en informant jobber på avrusingsavdeling, mens de andre jobber døgnbehandlingsavdeling. Denne informasjonen er ikke på noen måte unik for mine informanter, og det vil ikke være mulig å identifisere dem ut i fra dette. Det har likevel vært viktig å være bevisst på at jeg ikke på noen måte avslører informantene eller registrerer informasjon under arbeidet med prosjektet.

## 2.3 Utvalg

Da metoden var valgt, var det nødvendig å tenke over hvem det ville være nyttig å intervju for å belyse problemstillingen. Ettersom utvalget som studeres gjennom kvalitativ metode er relativt lite, vil det det være avgjørende at vi bruker et utvalg vi mener kan bidra til å øke vår forståelse av fenomenet som studeres (Thagaard, 2018, s. 54). Jeg bestemte meg for å anvende et strategisk utvalg, gjennom å systematisk velge ut personer jeg tenkte kunne ha kvaliteter som var relevante for problemstillingen (Thagaard, 2018, s. 54).

En begrensning på gjennomføring av oppgaven ligger i å ikke kunne intervju pasienter og brukere. Derfor falt valget på personer med erfaring fra arbeid med minoriteter i rusbehandling, altså ansatte. Å intervju fagfolk kan være veldig nyttig, ettersom de vil kunne besitte mye verdifull kunnskap og erfaringer. De vil også kunne dele det faglige språket som brukes i oppgaven, så risikoen for misforståelser minsker (Dalland, 2020, s. 80-81).

Intervju vil la meg undersøke problemstillingen blant annet gjennom å la intervjuobjektene belyse den med sine meninger, erfaringer og refleksjoner de har gjort seg under arbeidet. Dette vil også prege oppgaven. I stedet for at jeg får svar på “hvilke utfordringer møter rusavhengige minoriteter i rusbehandling?” vil intervjuene i stor grad svare på spørsmålet “hva oppfatter ansatte som utfordringene rusavhengige minoriteter møter i rusbehandling?”. Av denne grunn er det viktig å være obs på hva som kommer fram av informasjon om utfordringer som

informantene kanskje ikke er bevisste på, i tillegg til å kjenne til hva som har kommet fram i tidligere forskning.

Et behandlingsforløp vil ofte starte med et opphold for avrusning og abstinensbehandling i egen avdeling (Rogaland A-senter, u.å.). Deretter kan man gå videre til døgnbehandling, eventuelt poliklinisk behandling. Jeg valgte døgnbehandling da pasienter ofte bruker lengst tid her og de ansatte har bedre tid til å bli kjent med pasientene.

Det ble etter hvert tydelig at jeg i tillegg burde prate med ansatte ved avrusingsavdelingene for å bedre belyse problemstillingen. Grunnen var at dette er dit du først blir sendt når du søker hjelp for alvorlige rusproblemer. Dette ville kunne bedre belyse hvorfor minoriteter ikke kommer inn i behandling, men det vil også være interessant å se om det finnes barrierer mellom avrusning og døgnbehandling.

Informantene i min undersøkelse jobber alle på rusbehandlingsinstitusjoner hvor de har behandlingsansvar. Alle har flere års erfaring fra rusfeltet, og følte at de hadde nok erfaring fra arbeid med minoriteter til å la seg intervju om det.

## 2.4 Rekrutteringsprosessen

Da jeg hadde identifisert hvem jeg ønsket å prate med, begynte jeg å ta kontakt med avrusningsinstitusjoner. Jeg begrenset meg til institusjoner i eller rundt de større norske byene for å øke sannsynligheten for at de hadde erfaring med minoritetspasienter. Jeg ringte behandlingsinstitusjoner og presenterte meg selv, prosjektet og hva jeg var ute etter. Deretter ba jeg eventuelt om å bli satt over til passende person, eksempelvis en avdelingsleder. Etter ha å pratet med en relevant person, sendte jeg en introduksjon av meg og prosjektet på e-post. Her avklarte jeg hva prosjektet var, hva intervjuet skulle brukes til og at informasjonen ville fullstendig anonymiseres. Det var mange som svarte at de ikke kunne delta på undersøkelsen på grunn av manglende erfaring med minoritetspasienter. Flere gav uttrykk for at de synes problemstillingen var interessant, ettersom de selv hadde reflektert over det de mente var overraskende fravær av minoritetspasienter.

## 2.5 Intervjuforberedelser

Før jeg gikk i gang med intervjuene lagde jeg en intervjuguide for å legge et rammeverk for intervjuene. Det semi-strukturert intervjuformatet åpnet for relevante temaer jeg ikke selv hadde tenkt på. Jeg formulerte spørsmål og organiserte dem i en rekkefølge, men lot informantene svare fritt på spørsmålene. Intervjuguiden lot meg være sikker på at jeg fikk gått gjennom alle temaene jeg i utgangspunktet ønsket. Samtidig hadde jeg friheten til å reagere og handle på bakgrunn av informasjonen som kom fram, og ikke begrense meg til det jeg på forhånd hadde forberedt.

Jeg ønsket å stille åpne spørsmål for å oppmuntre informantene til å fritt uttrykke egne meninger, refleksjoner og erfaringer. I følge Thagaard vil ledende spørsmål begrense mengden mulige svar, ettersom de kan oppleves som en forventning til hvordan de skal svare på spørsmålet (2018, s. 97).

Noen av spørsmålene tok utgangspunkt i utfordringene jeg hadde identifisert i tidligere forskning. Andre var formulert etter ønske om å avsløre noe jeg ikke visste. Jeg sørget for at de første spørsmålene fungerte for å varme opp informanten. Dalland anbefaler å starte med enkle og konkrete spørsmål til man har blitt komfortable i samtalen (Dalland, 2020, s.88). Jeg valgte derfor å be informanten om å starte med å presentere seg og sin erfaring, og fortelle litt om sin arbeidsplass. Personsensitiv informasjon ble ikke skrevet ned.

## 2.6 Førforståelse

Både forsker og informant tar med seg ting inn som kan påvirke intervjuet. Forventninger, erfaringer og holdninger er en del av det Dalland kaller “førforståelse”, og kan prege hvordan vi møter hverandre og hvilke data som kommer fram i intervjuet (Dalland, 2020 s. 84). Ifølge Dalland er det viktig å ha et bevisst forhold sin egen førforståelse, og kunne klare å gjøre rede for den (Dalland, 2020, s. 60). Min egen førforståelse før intervjuene var sterkt preget av tidligere forskning. Jeg hadde allerede identifisert temaer jeg tenkte fortsatt kunne være relevante, og inkluderte spørsmål i guiden for å utforske temaene. Samtidig var jeg også klar over at for sterk styring av intervjuet etter disse temaene risikerte å utelukke ting jeg ikke hadde lest eller tenkt på før. Derfor sørget jeg for at intervju spørsmålene var åpne for å unngå å lede informantene.

Jeg forsøkte å møte informantenes forventninger ved å gi god informasjon om prosjektet, samtidig som jeg sendte ut intervjuguiden på forhånd. Jeg gjorde også dette for at de skulle få muligheten til å reflektere litt rundt sine egne erfaringer, og føle seg komfortable når de diskuterte utfordringer. Mange av spørsmålene er ikke nødvendigvis er noe man tenker så mye på, ettersom det er så få minoritetspasienter i behandling. En risiko med denne fremgangsmåten er at man kan miste muligheten til å få spontane svar (Thagaard, 2018). Jeg forsøkte å møte dette ved å formulere en rekke oppfølgings spørsmål som jeg ikke sendte ut på forhånd.

Til slutt hadde jeg kommet kontakt med et utvalg som var interessert i å la seg intervjuet. Det var viktig for meg å også poengtere at de kunne trekke seg når som helst. Fordi jeg ikke meldte inn prosjektet mitt til NSD, var det uaktuelt med noen form for opptak av intervjuene. Jeg informerte informantene om at jeg heller ville ta notater. Lydopptak anbefales for å kunne fokusere mest mulig på informanten, hva de sier og hvordan de sier det (Thagaard, 2018, s. 112). Likevel konkluderte jeg med at det ville være mulig å gjennomføre intervjuet uten lydopptak. Jeg skriver fort på datamaskin, og har evnen til å se opp mens jeg skriver. Jeg valgte også å sette meg godt inn i temaene på forhånd og tenke igjennom notateteknikken jeg ville bruke. Jeg var likevel også bevisst på at jeg måtte passe på å klare å formidle interesse og engasjement til den jeg pratet med, og brukte derfor bevisst prober. Prober er spørsmål eller korte responser som formidler interesse for hva som blir sagt (Thagaard, 2018, s. 96).

På grunn av korona-situasjonen ønsket jeg å avholde alle intervjuene over videochat. På denne måten ville jeg fortsatt kunne lese en del av den nonverbale kommunikasjonen. Likevel ble ett av intervjuene ble holdt over telefon, etter informantens ønske. Ende-til-ende kryptering og venteromfunksjon ble brukt for å overholde sikkerhetskrav fra universitetet.

## 2.7 Under intervjuene

Jeg startet alle intervjuene med å takke for informantenes deltakelse, og deretter gi en kort presentasjon av meg og prosjektet, og hva intervjuene skulle brukes til. Før vi startet gjentok jeg informasjon knyttet til konfidensialitet, anonymitet og frivillig deltakelse. Jeg hadde originalt sagt at intervjuet ville være 30-45 minutter. Etter gjennomføringen av det første intervjuet ble jeg også nødt til å informere om at det var mulig intervjuet kunne vare lengre, om intervjuobjektene hadde mulighet til dette. Det hadde samtlige, og alle intervjuene varte i en

time. Jeg la vekt på å starte intervjuet med enkle, konkrete spørsmål for å få samtalen i gang og gjøre informantene komfortable.

Jeg opplevde det som uproblematisk å bruke videochat, men merket jo at intervjuet fikk et mer målbevisst preg. Møtes man fysisk, er det naturlig at det blir litt mer småprat på forhånd, eksempelvis når man rigger til for intervjuet. Jeg forsøkte å få inn litt småprat før intervjuene startet, men synes dette var utfordrende. Jeg synes likevel informantene og jeg fikk god kontakt, basert på at samtalen følte engasjerende.

En faktor ved relasjonen som jeg forestilte meg kunne betydelig påvirke svarene jeg fikk, var en usikkerhet rundt det å gi gode nok svar. Dette var også en bekymring som ble uttrykt av to av informantene. Denne usikkerheten forsøkte jeg å møte ved å i starten av intervjuet fortelle at jeg bare var student, og de var ekspertene. Jeg la vekt på at jeg bare var ute etter deres erfaringer og refleksjoner, og det var ingen feil svar, og gjentok dette om det var nødvendig.

## 2.8 Analyse

Alle intervjuene ble utført på forskjellige dager slik at jeg hadde tid til å reflektere over hva som var blitt sagt og hvordan intervjuet hadde gått, og eventuelt ta hensyn til dette i neste intervju. Direkte etter hvert intervju skrev jeg ut intervjuet i tillegg til mine egne refleksjoner og tolkninger jeg hadde gjort meg underveis. Da alle intervjuene var gjennomført leste jeg transkriberingene flere ganger for å se hva tekstene egnet seg til å belyse (Thagaard, s. 152).

Spørsmålene mine gav intervjuene en ganske tematisk struktur. Med utgangspunkt i gjennomlesningen, i kombinasjon med mine egne tanker under intervjuet, oppdaget jeg også nye temaer. Det følte altså naturlig at valget av analytisk tilnærming falt på temaanalyse. I følge Thagaard egner temaanalyse seg godt til å gå i dybden på temaer som kommer fram i undersøkelsen. Dette gjøres gjennom å sammenligne hva informantene sier om de ulike temaene (Thagaard, 2018, s. 171).

For å kunne analysere intervjuene, var jeg nødt til å systematisere dataene gjennom koding (Thagaard, 2018, s. 172). Basert på gjentakende gjennomlesninger fargekodet jeg intervjuene med tusj. Fargene tilsvarte ulike temaer. Deretter gikk jeg gjennom kodene, for å se hva som gjentok seg. Basert på en systematisering av kodene begynte jeg å formulere kategorier. Flere

kategorier ble formulert og testet ut, før jeg endte opp med 3 hovedkategorier og 6 underkategorier. Det var disse kategoriene jeg følte best fanget hva intervjuene uttrykte. Thagaard påpeker at begrepene vi knytter til dataene hjelper oss å knytte disse funnene opp mot annen teori (Thagaard, 2018, s. 172). I min analyse tok jeg altså min tolkning av dataene og satt de opp mot teorien jeg hadde lest.

Jeg vil senere i oppgaven presentere funnene og drøfte dem innenfor hver av kategoriene som ble formulert.

## 2.9 Reliabilitet, validitet og kildekritikk

I ethvert forskningsprosjekt er det viktig å evaluere undersøkelsens reliabilitet og validitet. I følge Thagaard dreier reliabilitet seg om undersøkelsens pålitelighet. Denne påliteligheten handler om hvordan undersøkelsen er gjennomført (Thagaard, 2018, s. 171). Jeg har ovenfor redegjort for mine valg for gjennomføring av oppgaven. Samtidig har jeg forsøkt å ha en kritisk refleksjon rundt utfordringer knyttet til ting som valg av tema, metode og informanter, samt problematisert min egen forforståelse. Jeg har som Silverman argumenterer for, forsøkt å gjøre forskningsprosessen så gjennomsiktig som mulig ved å gi detaljerte beskrivelser av hvordan jeg har gått fram. Silverman peker på at dette kan styrke undersøkelsens reliabilitet (Silverman i Thagaard, 2018, s.188). Jeg forsøker også senere i oppgaven å tydeliggjøre hva som er primærdata, altså data atskilt fra mine egne tolkninger. Dette gjøres ved å presentere funn og diskusjon separat. Likevel argumenterer Thagaard for at det som vi registrerer i en undersøkelse, preges av vår egen forståelse av det vi hører og ser (Thagaard, 2018, s. 188).

Validitet handler om resultatene av undersøkelsen, og hvorvidt vi kan stole på resultatene og hvordan vi har tolket disse. Av denne grunn presenteres et teoretisk grunnlag sammen med tolkningene gjort av undersøkelsens funn. Undersøkelsens validitet styrkes av at tidligere studier er i samsvar med egne funn og tolkninger (Thagaard, 2018, s. 191).

Det er viktig å være kritisk til valg av kilder. Det teoretiske grunnlaget kan komme fra flere forskjellige steder, som rapporter, bøker og forskningsartikler. Det er viktig å vite at man kan stole på at informasjonen som kommer fram er korrekt, i tillegg til at den fortsatt er relevant (Thagaard, 2018). I min undersøkelse har jeg forsøkt å kontrollere for dette ved holde meg til artikler i fagfelleverderte tidsskrifter, samt å forsøke å holde meg til den nyeste forskningen på

området. Der hvor kildene ikke er fagfellevurdert eller er mer enn 5 år gamle har jeg måttet ta egne vurderinger. Eksempelvis var det en utfordring at mesteparten av den norske forskningen på området var rundt 15 år gammel. Jeg kunne derfor ikke automatisk gå ut i fra at alt som ble tatt opp her fortsatt var gjeldende, men den kunne likevel gi meg en pekepinn.

## 2.10 Forskningsetikk

Det er mitt ansvar som forsker å sikre at jeg har gjort nødvendige tiltak for å unngå at deltakerne i min undersøkelse kommer i skade, eller andre alvorlige konsekvenser. Dette gjøres blant annet gjennom å ivareta en respekt for deltakernes “autonomi, integritet, frihet og medbestemmelse” (Thagaard, 2018, s. 26). Jeg forsøkte derfor å gi informantene mine så god informasjon som mulig om intervjuet, og hvordan det ville foregå. Jeg gjentok så denne informasjonen før vi startet intervjuet, for å være sikker på at informasjonen var mottatt og forstått, og for å understreke at det var deltakelse var frivillig og all informasjon var konfidensielt. Intervjuspørsmålene fokuserte også lite på personlig informasjon om intervjuobjektene (Thagaard, 2018, s. 27).

Jeg som forsker deler også en sosialfaglig forståelsesramme med fagfolkene som ble intervjuet. I tillegg hadde alle informantene mange års erfaring fra arbeidet. Dette kan kanskje minske risikoen for misforståelser og fremmedgjøring fra den ferdige teksten. Jeg har også forsøkt å sikre at dataene presenteres slik det var ment fra informantens side når jeg transkriberte intervjuene. Likevel argumenterer Thagaard for at man aldri hvordan deltakerne vil reagere om de kjenner seg igjen i den ferdige teksten (Thagaard, 2018, s. 27).



### 3. Teoretisk utgangspunkt

Basert på tidligere forskning identifiserte jeg flere temaer, og faktorer som kunne fungere som utfordringer. Disse temaene danner rammeverket for mitt teoretiske utgangspunkt. Teorien er med på å beskrive sammenhengene mange minoriteter står i. Å se sammenhenger er et viktig sosialfaglig prinsipp, som vil presenteres senere i teorien. Dette er for å vise temaenes relevans.

#### 3.1 Migrasjonserfaring

Tidligere forskning har pekt på betydningen av å tematisere migrasjonserfaringen i behandlingen (Freng & Lund, 2015, s. 58). Det finnes flere grunner til at folk flytter fra et land til et annet. Noen flykter fra krig og forfølgelse, andre søker arbeid eller gjenforening med familie. Det finnes også mennesker som føler seg som flyktninger, uten å ha status som det. I alle tilfeller er immigrasjon en stressende prosess. For mange vil prosessen innebære en følelse av tap, som igjen kan fremkalle sorgreaksjoner (Hanssen, 2015, s.19). Noen kan også ha opplevd traumer både før de kom til Norge og på reisen hit, slik som noen av informantene til Freng og Lund (2015, s. 22).

Manglende kulturelle og språklige ferdigheter kan også skape kommunikasjonsbarrierer. Dette er en kilde til frustrasjon for mange. I tillegg mangler man kanskje familie, venner og sosial støtte. Dette kan føre til at personer opplever at de er sosialt isolerte, noe som kan være en sterk belastning (Hanssen, 2015, s. 20). Kommunikasjon er det som ofte skaper mest stress for innvandrere, ettersom det er grunnlaget for å kunne bli kjent med den nye kulturen og skape et nytt nettverk (Hassen, 2015, s. 21).

#### 3.2 Marginalisering og diskriminering

Overfor nevnte jeg utfordringer innvandrere kan møte i kontakt med det norske samfunnet. I noen tilfeller kan utfordringene være så store at de fører til at mennesker blir marginaliserte. Marginaliserte mennesker står på siden av samfunnet, de veksler stadig mellom å være ekskluderte og integrerte. Om man av forskjellige årsaker hindres fra å delta på viktige samfunnsarenaer og i meningsfulle aktiviteter, kan man bli helt ekskludert. Arbeid, utdanning og sosial tilhørighet er viktige faktorer for å forhindre sosial eksklusjon (Halvorsen et al., 2018, s. 72).

Sosiale problemer som fattigdom, meningsløshet, rusmisbruk og kriminalitet kan oppstå som en følge av utenforskap grunnlagt i manglende arbeidstilknytning (Halvorsen et al., 2018, s. 73). Mange innvandrere opplever i tillegg å bli behandlet urettmessig annerledes, eller respektløst, på grunn av rasisme og fordommer (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2021).

Elin Berg presenterer i “Samhandlingens monolog” informantene sin bakgrunn. Gruppen var preget av manglende tilknytning til arbeidslivet og det norske samfunnet generelt, ustabile boligsituasjon samt svake sosiale nettverk. Hun konkluderer med at gruppen fremstår som marginaliserte (2003, s. 23).

### 3.3 Kultur

Utfordringer som både personal og pasienter tilskriver kultur er noe som går igjen i den tidligere forskningen (Freng & Lund, 2015, s. 60; Berg, 2003, s. 44). Begrepet kultur kan forklares på flere måter. Jeg har valgt å benytte meg av Lill Saloles definisjon av kultur slik den presenteres i boken “Identitet og tilhørighet”. Her defineres kulturbegrepet som “et sett med verdenssyn, verdier, idealer, normer og uttrykk som skapes, deles og vedlikeholdes av mennesker i et samfunn”. Salole mener også kultur er noe som utvikles og overleveres fra generasjon til generasjon (Salole, 2018, s. 65). Kultur er altså noe som er menneskeskapt, og i stadig endring og som preger oss på forskjellige måter.

Ingrid Hanssen argumenterer at det er viktig å forstå kultur i møte med minoritetspasienter. Kultur er nemlig noe som kan påvirke forventninger og atferd på en måte som kan skille seg fra norske pasienter (Hanssen, 2015, s. 15). Salole ønsker likevel at vi skal være forsiktige når vi prater om kultur. Dette fordi alle kulturbeskrivelser tar utgangspunkt i forenklinger, og klarer ikke fange individets egenart (Salole, 2018, s. 65).

Mange barn med innvandrerbakgrunn beskriver å stå i et krysspress mellom to kulturer; “som å bli dratt i to retninger” (Berg & Audestad, 2006, s. 22). Dette er også noe som tematiseres i “Vi lever i rus” (Freng & Lund, 2015, s. 58).

Mange har utgangspunkt i mer kollektivistiske kulturer, som iblant kan oppleves å komme i konflikt med en mer individualistisk norsk kultur (Salole, 2018, s. 192).

Det å stadig måtte være oppmerksom på og tilpasse seg forventninger fra mennesker og samfunnet rundt seg kan være så stressende at det får fysiske utslag (Salole, 2018, s. 202). Det kan også ha utslag på selvbildet og utvikling av egen identitet. Når man stadig skal tilpasse seg andre, kan det være vanskelig å selv finne ut hvem man er (Salole, 2018, s. 202). Dette kommer også fram i Freng og Lund sin undersøkelse, når en ansatt sier at de jobber mye med “identitetsproblematikk og kulturaksept/kulturforståelse” som følge av utfordringer knyttet til å stå mellom i to kulturer (Freng & Lund, 2015, s. 58).

### 3.4 Språk

Språk er ofte det de ansatte fra tidligere forskningsrapporter tar opp som en hovedutfordring når de møter rusavhengige minoriteter (Freng & Lund, 2015, s. 82; Berg & Audestad, 2006, s. 27).

Ifølge Hanssen bruker vi språket vårt på to måter. Vi bruker det til å formidle hva vi opplever, tenker og føler, i tillegg til å gi uttrykk for hvordan vi forstår verden (Hanssen, 2015, s. 52). Kommunikasjonsproblemer er spesielt problematisk i en behandlingssammenheng. Manglende språkkunnskaper kan hindre pasienter fra å dele tanker og følelser. Samtidig kan samtaler føles ukomfortable på grunn av risikoen for misforståelser og følelsen av usikkerhet (Hanssen, 2015, s. 45). Når en person skal oversette det de tenker fra et språk til et annet, kan flere problemer oppstå. Språket er såpass grunnlagt i kultur, at en del av meningsinnholdet kan gå tapt, slik som om man forsøker å oversette og anvende kulturspesifikke uttrykk (Hanssen, 2015, s.43).

Det er altså mye som skal samsvare for å oppnå god kommunikasjon. FHI skriver på sine nettsider at “Språkbarrierer og andre kommunikasjonsproblemer som kan skape misforståelser og få alvorlige følger for diagnostisering, behandling og rehabilitering” (Folkehelseinstituttet, 2018). Det er altså helt nødvendig å kunne forstå og bli forstått i en behandlingssammenheng.

### 3.5 Tolketjenester

Helsetjenesten har ansvar for å sikre god kommunikasjon mellom partene, og har derfor ansvar for å bestille tolketjenester der de ser behov for det (Helsedirektoratet, 2019). På veien mot målet om likeverdige helsetjenester blir bruk av tolk for god kommunikasjon og tilrettelegging av informasjon sett på som helt nødvendig (Helsedirektoratet, 2011).

Til tross for at bruk av tolk ikke er fastsatt i egen lov, finnes det særlover som regulerer rett og plikt til å anvende tolk. Pbrl. §§3-1 og 3-2 om henholdsvis pasientens rett til brukermedvirkning og rett til informasjon forutsetter at man kan forstå og gjøre seg forstått. Det går også fram av §3-5 at informasjonen skal tilpasses språklig og kulturell bakgrunn, blant annet. Paragrafen legger også et ansvar på helsepersonell for å bekrefte at informasjonen er forstått.

Gry Sagli peker likevel på at norsk forskning viser tendenser til et underforbruk av tolk (Sagli, 2015, s. 7). Det var også store forskjeller når det gjaldt bruk av tolk etter hvor de ansatte jobbet. Det var forskjeller mellom somatikk og psykisk helsevern, og ikke minst poliklinisk og sengepost. Der hvor poliklinisk behandling er tidsavgrenset og behov for tolk kan forutsees og planlegges, er pasienter på avdelingen hele døgnet på sengepost (Kale, 2006, s. 40-41).

### 3.6 Kunnskap

Både eldre forskning (Berg, 2003, s. 24) og nyere forskning (Kour et al., 2020, s. 8) viser til at manglende kjennskap til hjelpeapparatet fungerer som en barriere mot minoritet pasienters tjenestemottak. Manglende kjennskap til tjenestetilbudet hindrer rusavhengige minoriteter i å søke hjelp. Dette skjer fordi de ikke kjenner til at tilbud eksisterer, eller ikke vet hvordan man kommer i kontakt med dem.

Berg sin undersøkelse viser også at det oppstår misforståelser i sammenheng med dette, når pasienter og ansatte mangler en felles forståelse av hva som skal skje i behandling Dette skaper problemer i samhandlingen (2003, s. 24). Noen vil også mangle begreper som anvendes rundt psykisk sykdom og rusavhengighet. Om man i et samfunn tolker det å høre stemmer som at man har blitt besatt av demoner, finnes ikke nødvendigvis diagnosen schizofreni. Mangler man et felles begrepsapparat blir det vanskeligere å komme fram til en felles forståelse.

(Rådet for psykisk helse, 2007, s. 35).

### 3.7 Tillit

Manglende kjennskap til hjelpeapparatet kan også føre til manglende tillit til hjelpeapparatet. Dette kommer tydelig fram i undersøkelsen til Berg. Pasientene i undersøkelsen gir uttrykk for en motvillighet mot å prate med ansatte og dele informasjon om seg selv. Pasienter forteller at de ikke føler seg trygge på at de vet hvor informasjonen havner eller hva den brukes til. Flere

gir uttrykk for en angst for at informasjonen skal kunne brukes mot dem, gjerne i møte med andre offentlige instanser (Berg, 2003, s. 36).

Lawrence Shulman ser på tillit som et grunnleggende element i arbeidsrelasjonen mellom sosialarbeider og klient. Beskrivelse av denne relasjonen som en arbeidsrelasjon markerer at typen relasjon er noe annet enn personlig eller familiært. En slik positiv relasjon driver det sosialfaglige arbeidet fremover (Shulman, 2003, s. 86). Tillit er her nødvendig for at klienten skal tørre å dele det de tenker og føler, og prate om ting som er skamfullt eller smertefullt (Shulman, 2003, s. 88).

Når man har målt tillitsnivået rundt om i verden kommer Norden og Norge ut på topp med høyest tillit til ting som samfunnsinstitusjoner, politi, regjering og andre mennesker (Skirbekk, 2012, s. 12-13). Harald Grimen argumenterer for at gode institusjoner er en del av forklaringen på hvorfor Nordiske land har denne høye tilliten (Grimen, 2012, s. 85). Om man derimot kommer fra land med svake institusjoner og lav tillit i samfunnet kan det være vanskelig å tilpasse seg et behandlingsregime basert på deling av privat informasjon. Eksempelvis spekulerte FHI senest i mars i år om det var lav systemtillitt blant minoriteter som gjorde arbeidet med smittesporing vanskeligere (Strand, 2021).

### 3.8 Skam

Paul Gilbert ser på skam som en smertefull følelse som oppstår rundt at en opplever at det finnes kvaliteter ved en selv som kan gi grunnlag for avvisning. Kvalitetene kan være noe kroppslig, personlighetsmessig eller at man har hatt en oppførsel som er lite attraktiv (Gilbert, 2000, s. 175).

Skam oppstår i møte med andre mennesker, og er fra naturens side en følelse som hjelper oss å tilpasse oss sosiale situasjoner (Aakvaag, 2018, s.41- 42). Skam kan knyttes til opplevelsen av uønsket statusfall. Å bli stigmatisert er å bli plassert i en kategori som er tilknyttet generaliserte og ofte negative forestillinger. Dette vil igjen påvirke hvordan andre mennesker møter dem (Skog, 2006, s. 18). Stigmatisering kan resultere i at personen blir påført skam. Det kan også føre til at de selv skammer seg. Skammen kommer av følelsen av annerledeshet og at man blir oppfattet som å ha negative kvaliteter (Gray, 2010, s. 688). Selv om skam oppstår i sosiale situasjoner, kan den internaliseres, slik at vi selv ser på våre egne kvaliteter som uønskede

(Gilbert, 2000, s.175). Ekstern skam derimot, er når man forsøker å se seg selv gjennom andre. Den fokuserer på de delene av seg selv man tror andre hadde reagert negativt på, om de hadde visst (Gilbert, 2000 s. 176). Han finner også at disse to formene for skam henger sammen - har man et dårlig syn på seg selv, forventer man også at andre deler dette synet (Gilbert, 2000, s. 176).

Informantene til Kour et al. forteller at det innenfor deres familie eller etniske nettverk ofte er mye stigma knyttet til rus og psykisk helse. De nevner dette som en barriere mot å søke hjelp (2020, s.7). Skam beskrives også som en utfordring i flere andre tidligere undersøkelser (Berg, 2003, s. 33; Audestad & Berg, 2006, s. 35).

### 3.9 Individ og samfunn

Sosialt arbeids forståelsesramme er at sosiale problemer oppstår mellom individ og samfunn. Det betyr at selv om problemer som arbeidsløshet og rusmisbruk i første omgang oppfattes som individuelle problemer, har de også en samfunnsmessig dimensjon. Årsakene til at personen utviklet problemet kan ha utgangspunkt i samfunnsmessige faktorer, og det kan kreves samfunnsmessige tiltak for å løse dem. I sosialt arbeid er det derfor viktig å forstå sammenhenger (Berg et al., 2015, s. 25).

Betydningen av sammenhenger reflekteres i det sosialfaglige prinsippet om “å se personen i situasjonen”. Irene Levin argumenterer for at personen i situasjonen er sosialt arbeids analyseenhet (Levin, 2004, s. 67-68). Hun peker på at flere forfattere innenfor sosialt arbeid fremholder at man ikke kan forstå et problem uten kunnskap om fenomenet, og at man ikke kan behandle et problem uten å koble sammen de forskjellige påvirkende faktorene (Levin, 2004, s. 68). Sosialt arbeid søker etter helhetssynet, og det å forstå den enkeltes situasjon i den større sammenhengen de står i er en forutsetning for å oppnå dette (Berg et al., 2015, s. 26).

Dette helhetssynet på mennesker finner vi også igjen i Fellesorganisasjonens Yrkesetiske Grunnlagsdokument (Fellesorganisasjonens Landsmøte, 2019, s. 5). Her kommer det tydelig fram at å innta dette helhetssynet skal kunne bidra til å møte mennesker som har behov for sammensatte og tverrfaglige tjenester. Målet er å kunne gi pasienten et helhetlig hjelpetilbud. Dette er også i samsvar med anbefalingene fra “Stoltenbergutvalget” som hadde i oppgave å utrede hvordan hjelpetilbudene til rusavhengige bedre kunne møte denne gruppen. Utvalget la

vekt på at ruslidelser er sammensatte og rusbehandling krever derfor individuell tilpasning, samt at det er nødvendig å klare å tenke helhetlig (Biong et al., 2018, s. 64).

### 3.10 Å samhandle på tvers av kultur

Når ansatte i tidligere forskning har utfordringer med å bygge en god arbeidsrelasjon til minoritetspasientene, kan man spørre seg om dette kan være fordi det trengs en egen kompetanse for å jobbe effektivt med pasienter som på mange måter skiller seg fra din egen erfaring. Minoriteter vil ha andre utgangspunkt og erfaringer enn majoritetsbefolkningen som kan spille en rolle for deres behandling, eksempelvis diskriminering.

Det finnes mange begreper som forsøker å beskrive hva man trenger for å jobbe på tvers av kulturer. Shulman påpeker at manglende bevissthet rundt kulturforskjeller kan skape barrierer mellom sosialarbeideren og klienten, gjennom at sosialarbeideren feiltolker atferd, verdier og holdninger (Shulman, s. 184). Dette er også en problemstilling som løftes av Kour et al. i deres undersøkelse. Her peker de på at manglende kulturell kompetanse hos de ansatte fører til misforståelser rundt hva slags atferd fra pasientene som er ansees som vanlig og akseptert (2020, s. 7).

### 3.11 Kulturell kompetanse

Hva er så kulturell kompetanse? Det er fortsatt ikke noen enighet om hva dette begrepet inneholder. En meta-analyse som undersøkte kulturell tilpasning av psykoterapi og terapeutens kulturelle kompetanse pekte på at kulturell kompetanse ofte beskrives gjennom 3 komponenter:

- kulturell bevissthet, altså terapeutens evne til å se sin egen og pasientens kulturelle bakgrunn, samt å være bevisst egne fordommer og antagelser.
- kulturell kunnskap, altså kunnskap om grupper sine unike historie og erfaringer.
- kulturelle ferdigheter, som innebærer å kunne modifisere behandlingen etter pasientens kulturelle behov og klare å aktivt engasjere dem i behandlingen.

(Soto et al., 2018, s. 1908).

Samme studie identifiserte også 8 forskjellige områder som kan tilpasses kulturelt: språk, personer, metaforer, innhold, konsepter, mål, metoder og kontekst (Soto et al., 2018, s. 1908). Forfatterne fant at jo mer kulturell tilpasning av behandlingen, jo mer effektiv var den (Soto et al., 2018, s. 1915). Dette funnet støttes blant annet av en litteraturstudie fra 2016. Denne

konkluderte også med at kulturell kompetanse i rusbehandling viste tydelige fordeler for effekten av behandlingen (Gainsbury, 2016, s. 997).

Ben-Ari og Strier har sett på kulturell kompetanse gjennom Emmanuel Levinas teori om “den andre”. Levinas argumenterte for at det ikke er mulig å kjenne “den andre”, og at forsøk på dette vil objektivere dem og slik redusere individet til vår forutinntatte forståelse (Ben-Ari & Strier, 2010, s. 2164). På grunn av dette vil kulturell kompetanse heller redusere det unike individet til representant for en kultur. Gjennom denne linsen argumenterer forfatterne mot at man trenger kulturell kompetanse for å jobbe med forskjeller. De mener det viktigste er å inneha en respekt for forskjeller (Ben-Ari & Strier, 2010, s. 2162).

Ben-Ari og Strier mener likevel at det er positivt at fokuset på kulturell kompetanse har belyst behovet for en mer kontekstualisert fremgangsmåte for intervensjoner i psykologi, psykiatri, sosialt arbeid og helse (Ben-Ari & Strier, 2010, s.2156). Kjennskap til kultur er nemlig ikke nok. Man bør også se på hvordan andre sammenhenger preger personen.

### 3.12 Andre relevante sammenhenger

Lawrence Shulman fremhever betydningen av kultur for samhandling. Han argumenterer likevel for at problemer knyttet til kjønn, rase, seksuell orientering med mer, kan ha like mye å si (Shulman, 2003, s. 87).

Lene Østby problematiserer at norske sosialarbeidere i liten grad er opptatt av rasisme og diskriminering. Hun viser til en sammenliknende studie av ansatte i barnevernet i Norge og England. Her kom det fram at de to landene hadde veldig forskjellige oppfatninger av hva som var minoritetsforeldrenes utfordringer. De norske ansatte var mest opptatt av språklige og kulturelle utfordringer. De engelske ansatte pekte heller på strukturelle utfordringer, som rasisme og diskriminering. Hun viser også til en undersøkelse av sosialarbeiderutdanningene i Norge og England som bekrefter tendensen, i forhold til hva som legges vekt på i utdanningen (Østby, 2011, s.64).

En undersøkelse fra 2015 viser at om terapeuten klarer å være bevisste på å møte pasientenes unike opplevelser på en god måte, vil dette styrke evnen deres til å bygge en god arbeidsrelasjon med pasientene. Dette vil igjen øke tiden pasienten blir i behandling, som igjen øker



sannsynligheten for et suksessfullt opphold. Diskriminering og marginalisering på grunn at kjønn og etnisitet nevnes som en viktig del av dette (Davis et al., 2015, s.132).

## 4. Funn og diskusjon

Ovenfor presenterte jeg det teoretiske grunnlaget for min oppgave. Videre vil jeg bruke dette teoretiske utgangspunktet som grunnlag for tolkning av funnene fra min egen undersøkelse. Funnene presenteres og drøftingen skjer under kategoriene brukt i analysen. Den første hovedkategorien er “identifiserte utfordringer”. Dette er utfordringer som kom frem under intervjuene med informantene, men som de selv ikke fokuserte så mye på. Her kom “migrasjonserfaring”, “marginalisering og diskriminering” og “kultur” fram som underkategorier.

Neste hovedkategori er “informantenes fokus”. Dette er temaer som informantene selv påpekte som utfordringer, og som de brukte mest tid på å diskutere. Underkategoriene her er “språk”, “skam” og “kunnskap og tillit”.

Siste hovedkategori er “Informantenes respons på utfordringene”, og er altså hvordan informantene selv forsøker å løse utfordringene som oppstår i møte med minoritetspasienter.

### 4.1 Utfordringer

#### 4.1.1 Migrasjonserfaring

##### **Funn**

Hverken migrasjonserfaring i form av grunner til å reise eller ankomsten til Norge ble særlig tematisert i behandlingen. En informant mente dette var relevant å diskutere i behandlingen, men pekte likevel på flere årsaker til at dette ikke ble tematisert mer på vedkommende sin arbeidsplass. Informanten pekte på mangelen på pasienter med flyktningbakgrunn som en årsak. To informanter pekte på at pasientene ikke ønsket å prate om det. En informant mente det ikke ble tatt opp mer fordi ansatte kunne synes det var vanskelig å ta opp.

Alle informantene uttrykte likevel at de mente det var viktig å bli godt kjent med pasienten.

Det kom fram i alle intervjuene at informantene hadde lite erfaring med pasienter med flyktningbakgrunn. Alle hadde også inntrykk av at det var færre minoritetspasienter enn det som hadde vært representativt for gruppen. På spørsmål om hva informantene trodde var årsakene til disse to tingene svarte de mye av det samme. Alle informantene pekte på manglende kunnskap om hva rusbehandling innebærer og hvilke tilbud som eksisterer. De var også enige i at skam og stigma var en betydelig barriere, i tillegg til at de beskrev at veien inn i behandling var ressurskrevende. To av informantene pekte på språklige utfordringer. En informant pekte i

tillegg på minoriteters manglende tillit til hjelpeapparatet, samt at innvandrerbefolkningen er ung mens de i rusbehandling ofte er eldre.

## **Diskusjon**

Migrasjonsprosessen er en stressende prosess for de fleste. For noen kan belastningene prege dem både fysisk og psykisk. Stresset, ofte i kombinasjon med manglende sosial støtte, øker risikoen for å utvikle sykdom (Hanssen, 2015, s. 23). Mange flyktninger har også opplevd traumatiske hendelser før de kom til Norge, eller på reisen hit. Disse faktorene kan være årsaken til at man ser mer psykisk lidelse og symptomer blant innvandrere enn majoritetsbefolkningen (Hanssen, 2015, s. 24).

Forfatterne Freng og Lund argumenterer derfor i sin undersøkelse at dette er opplevelser som bør tematiseres i behandlingen (2015, s. 58). Dette er også noe informantene i Kour et al. sin undersøkelse fortalte at de savnet fra sine erfaringer fra rusbehandling (2020, s. 4). Fra et sosialfaglig perspektiv vil det være spesielt viktig å ta opp migrasjonserfaring i behandlingen. Å bli kjent med denne vil hjelpe behandlerne å bli bedre kjent med pasienten og de sammenhengene som preger livene deres.

Det at alle informantene uttrykte at det var viktig å bli kjent med pasienten og deres bakgrunn, vitner om at de innehar det sosialfaglige perspektivet om å se personen i situasjonen. Man kan jo undre seg hvorfor migrasjonserfaringen da ikke er naturlig å tematisere.

To av informantene nevner at det ikke er noen felles enighet på arbeidsplassen hvordan man bør gå frem med minoritetspasientene. En informant begrunner dette i at de har få pasienter med flyktningbakgrunn. Jeg tolket dette til å bety at informanten anser migrasjonserfaringen som mindre relevant for eksempelvis arbeidsinnvandrere eller mennesker som har kommet på familiegjennomføring. Flyktninger kan ofte ha hatt en vanskelig flukt, og også ha tidligere traumatiske opplevelser (Helsedirektoratet, 2016). I disse sammenhengene kan det synes åpenbart at dette bør tematiseres i behandlingen. Likevel kan migrasjon være en stressende prosess også for mennesker uten fluktbakgrunn. Opplevelsen preges av flere typer tap; fysiske ting, familie, men også identitetsbekreftende omgivelser som kultur og kjente roller (Hanssen, 2015, s. 19). Av denne grunn støtter jeg Freng og Lund sin anbefaling om at migrasjonserfaringen er verdt å undersøke. Også når pasienten ikke har fluktbakgrunn.

En informant forteller at migrasjonserfaring ikke undersøkes fordi ansatte kan synes det er ubehagelig å ta opp. Samtidig forteller informanten at vedkommende tenker det hadde vært interessant å vite, men selv sjelden har hatt slike samtaler. Dette kan vitne om at det er en usikkerhet om man bør, og hvordan man bør gå fram når man utforsker pasientenes migrasjonshistorie. Det er 6 år siden Freng og Lund pekte på betydningen av å ta opp migrasjonserfaringen i behandling, men både min egen og Kour et al. (2020, s. 4) sin undersøkelse viser at dette ikke alltid blir tatt opp i dag. Om grunnen til dette stammer fra usikkerhet blant ansatte, kan man se for seg at å legge fokus på hvordan å møte denne pasientgruppen vil kunne øke ansattes kunnskap, og gjøre dem sikrere i sin rolle.

En ting som alle informantene uttrykte var at de hadde begrenset erfaring med pasienter med flyktningbakgrunn. Dette var overraskende, da man kan se for seg at flyktninger har høyere sannsynlighet for å ha traumatiske bakgrunner og har høyere risiko for å bli marginalisert. Dette igjen øker sannsynligheten for skadelig rusbruk (Halvorsen et al, 2018, s. 79). Det ble spekulert i om dette er fordi de mangler ressursene som kreves for å komme seg i rusbehandling. Det å søke seg inn i rusbehandling ble beskrevet av alle informantene som en ressurskrevende prosess, og informantene spekulerte i om dette kunne ekskludere noen grupper. Dette funnet er både overraskende og skuffende. Prosessen med å søke seg inn i rusbehandling bør ikke være så ressurskrevende at man risikerer at de som kanskje trenger det mest ikke får muligheten til å få hjelp.

#### 4.1.2 Marginalisering og diskriminering

##### **Funn**

To av informantene gav uttrykk for at det ikke var vanlig å prate om opplevelser av rasisme og diskriminering med pasientene. En informant sa at rasisme og diskriminering kunne være et naturlig samtaleemne i behandling, men at det ikke var noen felles enighet i personalgruppa om hva man skulle fokusere på og hvordan man skulle gå fram.

Alle informantene uttrykte imidlertid at temaene kunne komme opp i samtale, men at det da var pasientene selv som tok det opp. En informant fortalte at det hender de ser tilfeller av rasisme og ekskludering av minoritetspasienter fra resten av pasientgruppa.

##### **Diskusjon**

Tall fra Bufdir forteller oss at 39 % av innvandrere og 47 % av norskfødte med innvandrerbakgrunn opplevde diskriminering i løpet av 2020 (Barne-, ungdoms- og

familiedirektoratet, 2021). Dette er dobbelt så mye og mer enn den øvrige befolkningen. Likevel fremstår det ikke som det er mye fokus på dette fra de ansatte sin side.

FHI nevner forskjellsbehandling på grunnlag av innvandrerbakgrunn som noe som øker risikoen for utvikling av psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, 2018). Opplevelser av rasisme og diskriminering kan også gjøre det vanskeligere å ta kontakt med majoritetsbefolkningen, og kan føre til sosial isolasjon (Hanssen, 2015, s. 21). Levekårsundersøkelsen 2020 forteller også om opplevelser av å ikke få jobb, og å bli diskriminert på arbeidsplassen på grunn av etnisitet (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2020). Slik fungerer diskriminering også som en marginaliserende faktor ettersom arbeid, utdanning og sosial tilhørighet er viktige faktorer for å hindre sosial eksklusjon (Halvorsen et al., 2018, s. 72).

Rusbehandling fokuserer mye på å ta ansvar for sine handlinger, men for marginaliserte grupper kan det også være viktig å ha et kritisk blikk på marginaliserende mekanismer og hvordan det kan påvirke deres liv og rusbruk (Gone & Wendt, 2018, s. 621). En amerikansk studie viste at ansatte forventet at pasientene selv skulle ta opp slike temaer (Gone & Wendt, 2018, s. 614). Jeg vil likevel argumentere for at det ut ifra et sosialfaglig perspektiv vil være en del av sosialarbeiderens rolle å hjelpe pasientene sette individuelle problemer inn i en større sammenheng (Hutchinson, 2018, s. 77).

På samme måte som rusavhengige møter stigma og fordommer som preger hvordan folk møter dem, vil mange minoriteter oppleve det samme. Man kan jo tenke seg at det er mulig at man slik på en naturlig måte kan integrere en slik diskusjon som et tema i behandlingen. Ikke minst når rasisme og diskriminering foregår innad i pasientgruppen fremstår dette som noe å tematisere. Likevel uttrykker informantene at det ikke er noen automatikk i om eller hvordan dette tas opp. Oftest er det pasientene selv som tar opp temaet. Lill Salole siterer James Baldwin når han sier "Being white means not having to think about it" (Salole, 2018, s. 83). Man kan se for seg at når majoriteten av behandlerne er etniske nordmenn er det ikke nødvendigvis åpenbart at man bør, eller hvordan man bør tematisere opplevelser rundt rasisme og diskriminering.

### 4.1.3 Kultur

#### **Funn**

Når de ble spurt om kulturelle forskjeller la de etnisk norske informantene vekt på at pasientene ikke fremstår som så annerledes enn de øvrige pasientene. Det ble poengtert at andre skillelinjer kan være vel så fremtredende. En informant påpekte at kultur kunne være en utfordring for flerkulturelle pasienter som opplever å bli dratt mellom to kulturer, og i sammenheng med stigma rundt å motta terapeutisk behandling.

Informanten med minoritetsbakgrunn pekte på at kulturforskjeller kunne skape utfordringer i samhandlingen mellom ansatte og pasienter. Informanten mente selv at minoritetsbakgrunnen var årsaken til at vedkommende klarte å se kulturforskjellene og konsekvensene av dem. Samme informant mente man med fordel kunne øke ansattes kulturelle kompetanse.

Det foregikk ingen kulturell tilpasning av behandlingen hos noen av informantene, og ingen av informantene sa heller at de følte det var noe behov for dette. Likevel tok alle opp at de kunne tilpasse mattilbudet, og ta hensyn til pasienter som for eksempel ville faste i sammenheng med ramadan.

#### **Diskusjon**

Alle informantene pekte på forskjellige områder hvor kulturelle forskjeller skapte utfordringer for minoritetspasientene. Det fremstod likevel som at de etnisk norske informantene og informanten med minoritetsbakgrunn la vekt på forskjellige ting når de forklarte hvordan kulturforskjeller kan skape utfordringer. Ingen av de norske informantene mente at kulturelle forskjeller var noen spesiell utfordring, og det fremstod som viktig for å begge å uttrykke at det var flere likheter enn forskjeller. Informanten med minoritetsbakgrunn la heller vekt på hvordan kulturforskjeller kan utfordre samhandlingen mellom pasienter og ansatte.

Det at det er lite fokus på kultur fra de norske informantene sin side kan ha flere ulike forklaringer. Brodtkorb og Rugkåsa peker på at hvor mye vekt man legger på kultur i møtet mellom sosialarbeidere og minoritetspasienter gjerne følger to mønstre. Noen avviser at å jobbe med minoritetspasienter byr på egne utfordringer. Andre fokuserer på kulturforskjeller. Ofte får da andre sammenhenger som klasse, kjønn og økonomi en mindre rolle i forståelsen. De norske informantene passer best inn i det første mønsteret.

Brodtkorb og Rugkåsa argumenterer for at den sosialfaglige utfordringen er å forsøke å se hvilke sammenhenger en person står i, og hva disse faktorene faktisk påvirker. I tillegg må man være bevisst på hvordan ulike faktorer virker sammen (Brodtkorb & Rugkåsa, 2015, s. 311).

Kultur er en av disse sammenhengene man bør være bevisst på. Kultur er omfattende og preger mange forskjellige deler av livene våre, selv om det ikke alltid er like lett å se (Bøhn & Dypedahl, 2017, s. 52). Med det sosialfaglige perspektivet i bakhodet om å se det unike individet skal man være forsiktige med å generalisere på bakgrunn av kunnskap om kulturer. Ingrid Hanssen argumenterer likevel for at generalisert kunnskap er et verktøy som hjelper oss til å se hvordan andre kan oppfatte situasjonen annerledes enn oss (Hanssen, 2015, s. 55).

Informanten med minoritetsbakgrunn fortalte en historie hvor en pasient med minoritetsbakgrunn hadde blitt irettesatt av en norsk ansatt. Pasienten hadde brutt noen regler, og informanten forteller at pasienten enten ikke forstod eller ikke aksepterte det som ble sagt. Han var en eldre mann, og i hans kultur fortjente han derfor å bli behandlet med respekt, spesielt av yngre mennesker slik som den ansatte som irettesatt han. “Den dagen dro han. Han følte seg krenket, så han mente det var bedre å dra”. Informanten forteller at i begge deres kulturer er det viktig å vise respekt for de som er eldre. Informanten forteller videre at slike misforståelser, basert på kulturforskjeller, kan føre til avbrudd i behandlingen.

“For en vanlig norsk ansatt kan det bli vanskelig å forstå. De har jo bare gjort jobben sin, men for pasienten var det veldig vanskelig”. Informanten peker på at det kan være vanskeligere for etnisk norske ansatte å se hva som gikk galt i samhandlingen.

Det viktigste i historien til den minoritetsansatte er kanskje ikke at vedkommende identifiserte at misforståelsen hadde utgangspunkt i kulturforskjeller, men kanskje heller at vedkommende identifiserte at pasienten ble krenket, ikke bare sint. Har man oppdaget det, har man mulighet til å møte personen på en omsorgsfull måte og forsøke å forsones og gjenopprette personens verdighet. Bøhn og Dypedahl argumenterer for at kunnskap både kan forhindre eller løse misforståelser med utgangspunkt i kulturforskjeller (2017, s.135).

Man bør ikke bare anta at informantens minoritetsbakgrunn gir vedkommende kulturell kompetanse. Det kan likevel synes som at denne informanten lettere ser kulturforskjeller. Da man spurte en gruppe barnevernsstudenter med minoritetsbakgrunn hvordan de tenkte deres

bakgrunn kunne være en ressurs i yrkesutøvelsen pekte de på nettopp “evnen til å gjenkjenne problematiske situasjoner” (Sajjad, 2016, s. 283). Å selv ha opplevd misforståelser basert på kulturforskjeller kan gjøre det enklere å se at det er det som foregår. I tillegg nevnte studentene at de kunne bidra med en “en dypere forståelse av hva det innebærer å ha minoritetsbakgrunn når de møter andre med slik bakgrunn, bedre forståelse av hva forskjeller mellom en individualistisk og kollektivistisk verdiorientering innebærer” (Sajjad, 2016, s. 283). Informanten hadde selv reflektert over egen minoritetsbakgrunn i møte med pasienter og mente at dette gav en spesiell kontakt. “Det gjør at det er en nærhet der, og det gjør det lettere å få kontakt, lettere å spørre om ting, fordi det er noen som forstår dem”.

Som en del av majoritetsbefolkningen er det ofte ikke tydelig hva som er grunnlag i kultur, før man møter noen med et utgangspunkt som skiller seg fra ditt (Salole, 2018, 78). Man kan se for seg at det kan være vanskeligere å se hva kultur kan bety for individet når man selv får sine kulturelle behov møtt (Salole, 2018, s. 87). Agnes Fife argumenterer for at mennesker har behov for at identiteten har en kulturell forankring (2011, s. 23). Ut ifra en slik forståelse vil anerkjennelse av en persons kultur, blir også en anerkjennelse av personen. Det er gjennom anerkjennelse vi utvikler vår forståelse av oss selv og evne til å være sammen med andre (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 99).

Forskning har vist at mer kulturell tilpasning av behandlingen, fører til at pasientene blir lengre i behandling. Når man vet at lengre tid i behandling tilsvarer høyere sannsynlighet for gode resultater av behandlingen, fremstår dette som et godt argument for mer tilpasning av behandlingen (Soto et al, 2018, s. 1915). Likevel svarte alle informantene at den eneste kulturelle tilpasningen av behandlingen var mattilbudet. Dette var spesielt relevant ettersom det var ramadan da intervjuene ble gjennomført, og flere pasienter skulle faste. Det at man tilbyr tilpasning av mattilbudet er jo likevel en anerkjennelse av at kulturell tilpasning kan være nødvendig. Når man vet hvor viktig det å faste kan være for noen, kan man vanskelig nekte dem det. Man kan da se for seg at mer kunnskap om pasientenes kulturer vil gjøre det enklere å se hvor det kan være behov for å tilpasse behandlingen. Hva som er viktig for den enkelte vil likevel være det avgjørende.



## 4.2 Informantenes fokus

### 4.2.1 Språk

#### **Funn**

Språk ble pekt på som en stor utfordring av alle informantene. Mye av rusbehandlingen bygger på samtaler, både gruppesamtaler og individualsamtaler med psykolog. I tillegg hadde noen en del gruppeaktiviteter i løpet av dagen. Alle avdelingene drev aktiv miljøterapi. En informant gav uttrykk for at det var en utfordring å drive miljøterapi når man ikke forstår hverandre godt. Samme informant beskrev utfordringer knyttet til at pasienter bor på avdelingen, uten at tolken gjør det. Alle informantene forteller likevel at det er sjelden språkproblemer er en utfordring.

Informanten som jobber på avrusingsavdelingen er den som fremstår å ha mest erfaring med bruk av tolk og utfordringer knyttet til at man ikke prater samme språk.

De andre informantene jobber på døgnavdeling. Her skal pasientene være over lengre tid, og de forteller at språkproblemer er noe som tematiseres i inntakssamtaler. De forklarte at de gjør et poeng av at det er mye samtaleterapi, og spesielt gruppeterapi og aktiviteter, og at de erfarer at manglende språkkunnskaper påvirker utbytte de får av behandlingen. En av informantene påpeker at de ikke har lov til å avslå søkere på bakgrunn av språk, men at mange velger bort tilbudene basert på denne informasjonen.

Alle informantene mente det var nødvendig med tolk i terapeutiske situasjoner, til tross for et ellers funksjonelt nivå på språket. Det var hovedsakelig slike formelle situasjoner hvor tolk ble tilkalt.

#### **Diskusjon**

Avrusingsavdelingen er ofte pasienters første steg i rusbehandling. Pasienter må ofte først på en avrusingsavdeling før de kan gå inn i døgnbehandling. Tiden de tilbringer her er også betydelig kortere, rundt 10 dager. Informanten forteller at behovet for tolk som oftest er utredet på forhånd. Likevel hender det at de får inn pasienter hvor språknivået er ukjent. "Vi har pasienter hvor det går litt fort når de får innvilget plass, og da er det ikke avgjort på forhånd – da må de på jobb ta en vurdering".

Dette kan være noen av grunnene til at informanten som jobber på avrusingsavdelingen fremstår som den med mest erfaring med bruk av tolk og utfordringer rundt språk. Han forteller også om utfordrende situasjoner som oppstår når en pasient med svake språkferdigheter bor på avdelingen, mens tolken ikke gjør det. “Når tolken ikke er her må vi kommunisere med det vi har hatt av hjelpemidler, for eksempel google translate. Det kan fungere til en viss grad, men det er vanskeligere enn man skulle tro!”. Språk og kultur henger tett sammen, og en del av meningsinnholdet vil alltid gå tapt i oversettelse. Dette er en utfordring selv ved bruk av kvalifiserte tolker. Nettbaserte oversettelsesverktøy er enda mindre presise, og det vil derfor ikke kunne sikre at man klarer å gjøre seg forstått.

Informantene ved døgnbehandling er også bevisste på de språklige utfordringene. Samtidig bruker de inntakssamtalen som en måte møte denne utfordringen på. Begrunnelsen for en slik praksis er forståelig, men leder til spørsmålet om det finnes noe passende tilbud for pasienter med store språklige utfordringer. Basert på denne informasjonen kan man også se for seg at det ikke er de med svakest språkkunnskaper som havner hos disse behandlingstilbudene. Når språk likevel oppfattes som en utfordring, kan man forstå at mye må ligge til rette for effektiv kommunikasjons.

Informantene gav uttrykk for at det er forskjell på å kunne føre en dagligdags samtale, og samtale i en terapissammenheng. Dette kommer fram av eksempelet til en informant: “Han snakket greit norsk, vi kunne ha en samtale liksom. Men når det kom til å snakke om komplekse ting, som følelser, var det utfordrende.” Informanten mente i dette tilfellet det var nødvendig å tilkalle tolk.

Det finnes altså både en forståelse av at man ikke kan ha tolk på avdelingen hele døgnet, samtidig som man erfarer at en må besitte et visst språknivå for å kunne ha meningsfulle samtaler. Man kan da stille seg spørsmålet om hva slags utbytte språklig svake pasienter ut av en rusbehandling grunnlagt i samtaleterapi? Det er dessverre denne oppgaven ikke rustet til å svare på. Det er mulig å se for seg at å kun kunne gjøre seg forstått noen timer ut av hvert døgn er en frustrerende tilværelse. I hver samhandling man går inn i uten tolk, risikerer man misforståelser. Når kommunikasjon svikter mellom ansatte og minoritetspasienter i behandling er konsekvensen størst for pasientene. Det er pasientene som potensielt sett kan møte sanksjoner, eller ikke får behov møtt. Helsedirektoratet peker nettopp på at språklige barrierer kan få flere alvorlige konsekvenser, blant annet dårligere kvalitet på tjenestene, redusert tilgang,

større risiko for feil diagnose og feilbehandling og økt frustrasjon og utrygghet blant pasientene (Helsedirektoratet, 2011).

Hanssen argumenterer at fordi misforståelser kan føre til ubehagelige situasjoner, krever samhandling mer arbeid og energi for innvandrere. Samtidig kan det å ikke forstå eller bli forstått være en kilde til frustrasjon for mange (Hanssen, 2015, s. 21). Samhandling har da en høyere kostnad enn om man hadde hatt samme språklige og kulturelle utgangspunkt.

I slike tilfeller er det forståelig at lange opphold i rusbehandling kan oppfattes ekstra krevende og kjedelige, og øke risikoen for at man trekker seg tilbake eller dropper ut av behandling.

#### 4.2.2 Skam

Alle informantene sa at de oppfattet at stigma og skam rundt rusproblemer og psykisk helse var en betydelig barriere for minoritetspasienter. Dette fungerte både som barrierer mot å søke hjelp, men hindret dem også fra å benytte seg av de terapeutiske tilbudene i behandling.

Behandleren med minoritetsbakgrunn satt dette i sammenheng med at mange pasienter i større grad er en del av en kollektiv sammenheng, og at familien mister respekt når man prater om det. To av informantene fortalte imidlertid at de har inntrykk av at stigmaet rundt disse problemene hadde minsket i noen minoritetsmiljøer.

#### **Diskusjon**

Skam blir av informantene beskrevet som en av de største utfordringene minoriteter har i møte med rusbehandling. Ikke bare er det en barriere som hindrer dem fra å søke hjelp, men den hindrer dem også fra å prate om de skamfulle temaene i behandling. Dette er også utfordringer som beskrives i tidligere forskning (Kour et al, 2020, s. 7). Lawrence Shulman peker på at skam kan fungere som et hinder for direkte kommunikasjon (Shulman, 2003, s. 79). Dette illustreres godt i Berg og Audestad sin undersøkelse "Rusmiddelbehandling og skam". Forfatterne beskriver skam som en utfordring fordi "den utfordrer det helt grunnleggende i behandling, nemlig dialogen og relasjonen" (2006, s. 6). Når skammen fører til at pasientene trekker seg tilbake, får ikke de ansatte mulighet til å bygge en tillitsrelasjon. En tillitsrelasjon beskrives videre av en av informantene som helt grunnleggende for at pasientene skal klare å prate om det som er skamfullt. Informanten argumenterer for at om pasientene klarer å prate med de ansatte er avhengig av "hvor mye tillit man har når man skal snakke om skam og tabu ting og ting som har skjedd i oppveksten".

En informant forteller at “Om man snakker om det mister familien respekt”. “Det” er i denne sammenhengen det skamfulle. Ære og skam spiller en viktig rolle i mange kollektivistiske kulturer. Her bidrar skam til å sørge for at den sosiale ordenen blir opprettholdt. Man oppfatter seg her i større grad som en del av en gruppe, og denne inkluderes i større grad i avgjørelser som blir tatt og spiller en større rolle for individets identitet (Bøhn & Dypedahl, 2017, s. 129). Dette bekreftes av en av informantenes utsagn, om at “mange er mer en del av en gruppe enn etniske nordmenn. Derfor blir beslutningen om å gå i behandling noe hele familien tar, ikke bare i samsvar med fastlegen som mange nordmenn. Hvis man har en familie her er de ofte veldig engasjert i behandlingen”. Ære og skam er i kollektivistiske kulturer et kollektivt fenomen, hvor individuelle handlinger får konsekvenser for hele gruppen. Man har altså et gjensidig ansvar for å unngå skam og opprettholde ære. I mange slike samfunn er staten svak, og det er viktig å kunne regne med det sosiale fellesskapet som familie og slekt. Ære og skam og påfølgende sanksjoner kan slik sees på som verktøy som gjør at alle jobber mot fellesskapets beste (Bøhn & Dypedahl, 2017, s. 133).

For Berg og Audestad sine informanter kan man forstå skammens alvorlighet gjennom dens konsekvenser. En av sanksjonene som diskuteres mest av informantene er avvisning (Berg & Audestad, 2006, s. 31). Dette kan forstås som en alvorlig konsekvens når man er vant til å være en del av en større sammenheng, og har mulighet til å benytte seg av et større støttenettverk. I tillegg fremstår mange av informantene fra tidligere forskning som spesielt marginaliserte, med lite tilknytning til det øvrige samfunnet. (Berg, 2003, s.23). I denne sammenheng er det mulig å forstå at avvisning fryktes om konsekvensen er at man står alene.

### 4.2.3 Kunnskap og Tillit

#### **Funn**

Alle informantene forteller at de oppfatter at minoritetspasienter mangler kunnskap om hjelpeapparatet.

To av informantene peker også på manglende kunnskap og tillit til hjelpeapparatet som en av grunnene til at pasientene er mer tilbakeholdne med å dele informasjon om seg selv.

En informant opplever at pasientene er usikre på hvor informasjonen går.

En annen informant opplever også at manglende kunnskap om psykisk helse og behandling skaper utfordringer

## **Diskusjon**

At minoritetspasienter ofte mangler kunnskap om hjelpeapparatet er noe som bekreftes av tidligere forskning (Berg & Audestad, 2006, s. 31; Kour et al, 2020, s. 8). En informant forteller om opplevelsen av at minoritetspasientene stiller mer spørsmål til behandlingen, eksempelvis hvor informasjonen går. En annen informant forteller at minoritetspasienter ofte er mer skeptiske til om de kommer til å få hjelp fra NAV. Disse eksemplene viser tydelig hvordan manglende kjennskap til hjelpeapparatet også fører til manglende tillit til hjelpeapparatet. En av informantene mente at for å få flere minoritetspasienter til å benytte behandling trengte man at førstelinjetjenesten nådde ut med mer informasjon om hjelpetilbudene og hvordan man når de. Det kan se ut som det vil være nødvendig å bruke tid på å sette pasientene inn i hvordan hjelpeapparatet fungerer for å kunne bygge den tilliten som må foreligge før de forventes å dele personlig informasjon.

En informant peker på at mange pasienter mangler kunnskap om psykisk helse og behandling. Informanten beskriver det som en utfordring at pasienter mangler begrepsapparatet for en terapeutisk sammenheng og en forståelse av hva behandling innebærer. Dette er også noe av det som skaper problemer mellom ansatte og pasienter i "Samhandlingens monolog". Undersøkelsen viser at ansatte og pasienter har forskjellige forståelser av hva problemet er og hva behandlingen bør gå ut på (Berg, 2006, s.101). I tilfeller hvor ulike forventninger og forståelser står mot hverandre er det viktig å handle ut ifra en respekt for pasienten og deres ulike utgangspunkt. Hanssen mener ikke dette står i veien for å kunne være uenig med pasienten, men at det heller legger utgangspunktet for å sammen komme fram til en felles forståelse (Hanssen, 2015, 42).

### **4.3 Informantenes responser**

#### **Funn**

Ingen av informantene gir uttrykk for at det har vært noe fokus på hvordan å jobbe med minoritetspasienter på deres arbeidsplass. To av informantene tenkte heller ikke at det var nødvendig med noen egen kompetanse i møte med minoriteter. Informanten med minoritetsbakgrunn mente man med fordel kunne øke ansattes kulturelle kompetanse. Vedkommende mente egen minoritetsbakgrunn var en fordel i møte med minoritetspasienter.

En informant la vekt på å ikke skille pasientgruppene, men behandle alle likt.

Alle informantene mente det var mer likheter enn forskjeller mellom minoritetspasienter og etnisk norske.

Alle behandlerne la vekt på at det var viktig å bli kjent med pasientene, deres bakgrunn og historie. Selv når informantene la vekt på likheter, understreket de også at alle var forskjellige, unike individer.

Alle informantene mente det var mye rom for individuell tilpasning av behandlingen, og at dette var viktig.

I sammenheng med kulturelle forskjeller la informanten vekt på å være bevisst sin egen forforståelse.

Alle mente at det viktigste var å møte pasientene på en god måte. Dette innebar å være imøtekommende, vise omsorg, og ha en ikke-dømmende holdning.

En behandler påpekte betydningen av tillit i relasjonen for å få pasientene til å åpne seg om det de synes er skamfullt og vanskelig. En annen informant møtte skam hos pasienten med ydmykelse og nysgjerrighet. Samtidig ble det lagt vekt på å også utfordre pasienten.

En behandler hadde positive erfaringer med gruppeterapi for menn som ikke klarte å prate om følelser, og å gjøre aktiviteter sammen for å bygge en relasjon. Samme informant opplevde at det å gjøre aktiviteter sammen, gjerne fysiske, var en fin inngang til å bygge en relasjon. Dette var også en god måte å bryte noen tanker om hva terapi er.

To av behandlerne så at det ofte var et behov for å forklare hvordan hjelpeapparatet fungerte.

## **Funn**

Ingen av informantene svarte at de synes det var spesielt utfordrende å jobbe med minoritetspasienter. Informantene la vekt på at de skilte seg lite fra de øvrige pasientene. En informant sa at vedkommende "Skiller ikke minoritetspasienter og norske. Jeg behandler de som en hvilken som helst pasient".

Likevel kom det fram i samtaleene at alle hadde gjort seg erfaringer med tilpasninger som kan være spesielt effektive i møte pasienter med minoritetsbakgrunn. Dette viser at de selv gjør tilpasninger i møte med denne gruppen. Dette samsvarer med det de ansatte i Freng og Lund sin undersøkelse forteller (2015, s.75).

Når Kour et al. sine informanter fortalte om positive erfaringer som fremmet deres bedring, nevnte de å bli tatt vare på av personalet (2020, s. 6). Det er derfor positivt at informantene fokuserer på å vise omsorg og ta pasientene godt imot.

Kour et al. sine informanter la også vekt på at det var viktig å bli møtt som en person, ikke bare en diagnose eller symptom. Dette samsvarer også med informantenes fokus på å møte pasientene som unike individer. For Kour et al. sine informanter innebar det å bli møtt som en person også at man anerkjente deres historie og minoritetsbakgrunn. Som jeg argumenterte for tidligere i oppgaven kan det se ut som ansatte fokuserer mindre på disse aspektene.

De ansatte gav uttrykk for at de mestret å jobbe med minoritetspasienter. I sammenheng med dette er det verdt å se hva Thagaard sier i sammenheng med det utvalget informanter som er tilgjengelige for forskeren. Hun argumenterer for at det er en risiko for at de som er villig til å la seg intervjuer kanskje ikke er representative for sin gruppe. For eksempel fordi de føler at de mestrer situasjonen sin i større grad enn det som er vanlig (Thagaard, 2018, s.57). Ut ifra samtalene med mine informanter, er det mulig dette er tilfellet. Mine informanter synes ikke å oppleve at det var noen egne utfordringer i arbeidet med minoriteter. Dette i kontrast til ansatte i andre typer forskning om minoriteter i rusbehandling. Denne forskningen er eldre, og det er mulig at det har vært mer fokus på, og opplæring i hvordan å møte minoritetspasienter som gjør at ansatte opplever at arbeidet deres er mindre utfordrende. Likevel har ingen av informantene noen spesiell kompetanse relatert til arbeid med minoriteter. De uttrykker heller ikke at det har vært noe fokus på dette gjennom jobb. Det er derfor lite sannsynlig at dette er tilfellet.

Det er også mulig at ansatte ikke oppfatter at det å jobbe med minoritetspasienter byr på egne utfordringer. Informantene er vant til å jobbe med mennesker med sammensatte behov, og legger vekt på at det er mye rom for individuell tilpasning. Det som synes å mangle er et gjennomgående minoritetsperspektiv som kan favne alle de forskjellige sammenhengene som kan prege dem. Det kan også være at fordi det er så få minoritetspasienter i behandling, blir det vanskelig å legge merke til noe mønster, og man ser heller individuelle utfordringer. Dette kan også skyldes at minoritetspasienter og etniske nordmenn vil ha mange av de samme utfordringene. Informantene har heller gjort seg individuelle erfaringer som de tar med seg videre i arbeidet.

## 4.4 Oppsummering

Når de norske informantene gir uttrykk for at de ikke oppfatter at minoritetspasientene er så annerledes enn de norske, og det det ikke er så annerledes å jobbe med dem kan de ha rett. De fremstår som behandlere som har det sosialfaglige perspektivet om å se personen i situasjonen inne, og legger vekt på å møte alle med interesse for å bli kjent med hvem de er som individer. Likevel beskriver de kun sin subjektive opplevelse, og denne er langt mindre problematisk enn tidligere forskning skulle tilsi. Informantene som jobber i døgnbehandling forteller at de fraråder pasienter med svake språklige ferdigheter å søke dit. I tillegg maler alle et bilde at det å søke seg inn i rusbehandling er en ressurskrevende prosess. Det er mulig at dette fører til at informantene ikke har erfaring med de mest marginaliserte pasientene, hvor man kunne forvente seg at utfordringene er størst.

Flere av de identifiserte utfordringene ser i tillegg ut til å skape problemer i samhandlingen mellom ansatte og minoritetspasientene. Informanten med minoritetsbakgrunn peker på at norske ansatte kan ha vanskeligheter for å fange opp kulturforskjeller og misforståelsene dette medfører. Det kan altså se ut som norske ansatte mangler den kulturelle kompetansen for å møte kulturforskjeller på en effektiv måte.

Det har ikke være noe fokus på hvordan å møte minoritetspasienter gjennom informantenes jobb. Dette fører til at det ikke er noen enighet på arbeidsplassene om hva som kan være lurt å tematisere i behandling av unike erfaringer som rasisme og migrasjon. Det kan se ut som minoritetsperspektivet mangler når ansatte forsøker å se hele pasienten.



## 5. Konklusjon

Min oppgave viser at minoritetspasienter fortsatt møter flere forskjellige utfordringer i rusbehandling. De fleste av disse samsvarer med utfordringer beskrevet i tidligere forskning, og viser at minoriteter fortsatt møter mange av de samme utfordringene. Jeg argumenterer for at informantene mine i stor grad inntar en sosialfaglig holdning som ser pasientene som individer, og forsøker å se hele sammenhengen deres for å kunne møte de der de er. Likevel er det et par sammenhenger hvis betydning ser ut til å nedprioriteres. Migrasjonserfaring, rasisme og diskriminering og kultur.

Det fremstår likevel som noe har endret seg. Etter hvert som velferdssystemene har fått mer erfaring med minoritetspasienter har fokuset på hvordan man kan møte disse på best mulig måte, økt. Dette er i samsvar med målet om likeverdige helsetjenester. Essensen har ofte vært at man skal møte alle som unike individer, og ikke som representanter for en kultur. Fokuset ligger på likheter, heller enn forskjeller. Dette er en positiv utvikling, men jeg vil likevel problematisere at manglende fokus på annerledeshet fører også til en manglende anerkjennelse av unike behov. I lovverket legges det vekt på viktigheten av individuell behandling. Jeg mener at dette blir vanskelig når man ikke ser hele mennesket, også det som gjør dem annerledes. I tidligere undersøkelser har det vært vanlig å se at ansatte strever med hvordan å forholde seg til pasientenes annerledeshet. Det er mulig at om man øker kompetansen rundt disse faktorene vil man kunne minske de ansattes følelse av usikkerhet i møte med forskjeller. Spørsmålet er ofte om man skal eller ikke skal legge vekt på kultur i møte med minoritetspasienter. Jeg mener at kulturkompetanse heller handler om kunnskap om sammenhenger.

Jeg mener derfor at ansatte med fordel også kan ta opp unike opplevelser av rasisme og diskriminering samt marginalisering i større grad enn det de gjør i dag.

Min oppfatning er at mer kunnskap om denne gruppen vil gjøre det enklere for ansatte å bygge en god relasjon med pasientene og gjøre det enklere å møte deres behov. Dette igjen kan føre til at pasientene får mer utbytte av behandlingen.

Likevel viser denne undersøkelsen også at de største utfordringene er på vei inn i rusbehandling. Som flere av informantene uttrykker, er det en krevende prosess å søke seg inn i behandling. Det krever ressurser som marginaliserte mennesker ofte ikke har. De minoritetene som er i

døgnbehandling er kanskje mer ressurssterke, og har bedre kontakt med velferdsapparatet enn de som står utenfor behandling. Denne oppgaven vil derfor hovedsakelig belyse utfordringer minoriteter møter i behandling. Annen forskning trengs for å bedre belyse utfordringene som hindrer minoriteter fra å få kontakt med rusbehandling.

# Litteraturliste

- Aakvaag, H. F. (2018). *Hei, skam: En bok om følelsen skam, hvorfor den oppstår og hva den gjør med oss*. Cappelen Damm. (s. 35-70) **35 sider\***
- Ancis, J. R., Ashby, J. S., & Davis, T. A. (2015, Januar). Therapist Effects, Working Alliance, and African American Women Substance Users. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 22(1), 126–135. <https://doi.org/10.1037/a0036944> (s.1-10) **10 sider\***
- Audestad, R., & Berg, E. (2006). *Rusmiddelbehandling og skam: En undersøkelse om rusmiddelbrukere med etnisk minoritetsbakgrunn og deres møte med behandlingssystemet*. Oslo kommune, Rusmiddelstatens kompetansesenter. (s.1-52) **52 sider\***
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2020, oktober 27). *Diskriminering i arbeidslivet*. Bufdir.no. Hentet Mai 11, 2021, fra [https://bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Etnisitet/arbeidsliv/diskriminering\\_i\\_arbeidslivet/](https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Etnisitet/arbeidsliv/diskriminering_i_arbeidslivet/) \*
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2020, november 19). *Begreper og kunnskapsgrunnlag*. bufdir.no. Hentet Mai 11, 2021, fra [https://bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Etnisitet/begreper\\_og\\_kunnskapsgrunnlag/](https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Etnisitet/begreper_og_kunnskapsgrunnlag/) \*
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2021, januar 29). *Diskriminering av samer, nasjonale minoriteter og personer med innvandrerbakgrunn*. Bufdir.no. Hentet Mai 11, 2021, fra [https://bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Etnisitet/Diskriminering/](https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Etnisitet/Diskriminering/) \*
- Ben-Ari, A., & Strier, R. (2010, Januar 4). Rethinking Cultural Competence: What Can We Learn from Levinas? *British Journal of Social Work*, 40(7), s. 2155–2167. 10.1093/bjsw/bcp153 (s.1-13) **13 sider\***
- Berg, B. (2015). Velferd og migrasjon - Sosialt arbeid i et flerkulturelt samfunn. I B. Berg, I. T. Ellingsen, L. C. Kleppe, & I. Levin (Red.), *Sosialt arbeid: en grunnbok* (s. 244-258). Universitetsforlaget.
- Berg, B., Ellingsen, I. T., Levin, I., & Kleppe, L. C. (2015). Hva er sosialt arbeid? In B. Berg, I. T. Ellingsen, I. Levin, & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (s. 19-35). Universitetsforlaget.
- Berg, E. (2003). *Samhandlingens monolog : en studie av interaksjon mellom klienter med innvandrerbakgrunn og ansatte i tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere* (Vol. nr 1/2003 ed.). SIRUS. (s.1-113)\*

- Bernal, G., Griner, D., Rodríguez, M. D., Smith, T. B., & Soto, A. (2018, 11). Cultural adaptations and therapist multicultural competence: Two meta-analytic reviews. *Journal of clinical psychology*, 74(11), s. 1907-1923. 10.1002/jclp.22679 (s.1-17)\*
- Biong, S., Ervik, R., & Ytrehus, S. (2018). Politikk og konsekvenser for praksis. I S. Biong (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 44-67). Cappelen Damm Akademisk.
- Biong, S., Kour, P., Kumar, B., Lien, L., & Pettersen, H. (2020). Treatment Experiences with Norwegian Health Care among Immigrant Men Living with Co-Occurring Substance Use- and Mental Health Disorders. *Substance Abuse : Research and Treatment*, 14, s. 1-10. <https://doi.org/10.1177/1178221820970929> (s. 1-10)
- Bøhn, H., & Dypedahl, M. (2017). *Veien til interkulturell kompetanse* (2. utg.). Fagbokforlaget. (s. 51-64 & 125-153)
- Brodtkorb, E., & Rugkåsa, M. (2015). utfordringer for sosialt arbeid i dag. I B. Berg, I. T. Ellingsen, L. C. Kleppe, & I. Levin (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (s. 299-313). Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk. (s.17-126)
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. (2019, Mai 23). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Forskningsetikk.no. Hentet Mai 11, 2021, fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Dzamarija, M. T. (2019, mars 5). *Slik definerer SSB innvandrere*. Ssb.no. Hentet 05 November, 2021, fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/slik-definerer-ssb-innvandrere>
- Ellingsen, I. T., & Levin, I. (2015). Det sosiale i sosialt arbeid. I B. Berg, I. t. Ellingsen, I. Levin, & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (s. 47-64). Universitetsforlaget.
- Ellingsen, I. T., Skjefstad, N. S., Ellingsen, I. T., Levin, I., & Kleppe, L. C. (2015). Anerkjennelse, myndiggjøring og brukermedvirkning. I B. Berg (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (s. 97-111). Universitetsforlaget.
- Eriksen, T. H., & Sørheim, T. A. (2006). *Kulturforskjeller i praksis: Perspektiver på det flerkulturelle Norge* (4. utg.). Gyldendal Akademisk. (s.77-88)\*
- Fellesorganisasjonens Landsmøte. (2019, november). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere* (2019-2023 utg.)

- [Brosjyre]. Fo.no. Hentet Mai 11, 2021, fra <https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- Fife, A. (2011). *Har jeg forstått riktig: Kulturforskjeller i hverdagslivet*. Kolofon Forlag. (s. 15-25 & 57-97)\*
- Folkehelseinstituttet. (2018, Mai 14). *Helse i innvandrerbefolkningen*. Fhi.no. Hentet Mai 11, 2021, fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-i-innvandrerbefolkningen/> \*
- Folkehelseinstituttet. (2018, Mai 14). *Helse i innvandrerbefolkningen. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Fhi.no. Hentet Mai 11, 2021, fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-i-innvandrerbefolkningen/#bruk-av-helsetjenester-og-legemidler> \*
- Freng, E., Lund, S. L., & Kompetansesenter Rus. (2015). *Vi lever i rus : alt jeg er nå, er det som skjedde meg i hjemlandet : behandling, migrasjon og asyl*. Oslo kommune, Velferdsetaten, Kompetansesenter rus. (s.1-100)\*
- Gainsbury, S. M. (2017). Cultural Competence in the Treatment of Addictions: Theory, Practice and Evidence. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(4), s. 987–1001. <https://doi.org/10.1002/cpp.2062> (s. 1-16)\*
- Gilbert, P. (2000). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, s. 174-189. (s.1-16)\*
- Gone, J. P. & Wendt, D. C. & (2018) Group Psychotherapy in Specialty Clinics for Substance Use Disorder Treatment: The Challenge of Ethnoracially Diverse Clients, *International Journal of Group Psychotherapy*, 68:4, 608-628, DOI: 10.1080/00207284.2018.1442225
- Gray, R. (2010). Shame, labeling and stigma: Challenges to counseling clients in alcohol and other drug settings. *Contemporary Drug Problems*, 37(4), s. 685-703. <https://doi.org/10.1177/009145091003700409> (s.1-19)\*
- Grimen, H. (2012). Gode institusjoners betydning for tillit. In H. Grimen & H. Skirbekk (Red.), *Tillit i Norge* (s. 84-112). Res Publica. \*
- Halvorsen, K., Stjernø, S., & Øverbye, E. (2018). *Innføring i helse- og sosialpolitikk* (6. utg.). Universitetsforlaget.
- Hanssen, I. (2015). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn: revidert utgave* (3. utg.). Gyldendal Akademisk. (s.1-122)\*
- Helsedirektoratet. (2011). *Tolketjeneste - Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene* [Retningslinjer]. Helsedirektoratet. (s.1-21)\*

- Helsedirektoratet. (2016, Juli 14). *Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente: 7.1. Traumer og psykiske lidelser*. Helsedirektoratet.no. Hentet Mai 11, 2021, fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/psykososial-oppfolging/traumer-og-psykiske-lidelser>
- \*
- Helsedirektoratet. (2018, August 8). *Grunnleggende om vanedannende legemidler: Definisjoner*. Helsedirektoratet.no. Hentet Mai 11, 2021, fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler/grunnleggende-om-vanedannende-legemidler/definisjoner> \*
- Helsedirektoratet. (2019, september 11). *Tolk i helsetjenesten*. Helsenorge.no. Hentet Mai 11, 2021, fra <https://www.helsenorge.no/rettigheter/rett-til-tolk/> \*
- Helsedirektoratet. (2020, februar 24). *Hjelp til deg med rusproblemer*. Helsenorge.no. Hentet Mai 11, 2021, fra <https://www.helsenorge.no/rus-og-avhengighet/rustiltak/#dognbehandling-for-mennesker-med-rusproblemer> \*
- Hjertnes, B., L., (2005) *Andre blick. Et innsyn i livssituasjoner til tre sprøytebrukere med ikke-vestlig bakgrunn i Oslo*. Rusmiddelstatens kompetansesenter, Oslo kommune. Oslo.\*
- Hole, R. (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer*. Universitetsforlaget.
- Hutchinson, G. S. (2018). *Samfunnsarbeid: Mobilisering og deltakelse i sosialfaglig arbeid* (3. ed.). Gyldendal Akademisk.
- Kale, E. (2006). "Vi tar det vi har" : om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo : en spørreundersøkelse (Vol. 2/2006). Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse. (s.1-68)\*
- Levin, I. (2004). *Hva er sosialt arbeid?* Universitetsforlaget.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/NL/lov/1999-07-02-63>
- Minoritetenes interesseorganisasjon. (u.å.). mioorg.no. Hentet Mai 11, 2021, fra <https://mioorg.no/>
- Nesvåg, S. (2018). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. In S. Biong & S. Ytehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 21-42). Cappelen Damm Akademisk.
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). *Hvordan gjennomføre et prosjekt uten å behandle personopplysninger?* Nsd.no. Hentet Mai 12, 2021, fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/hvordan-gjennomfore-et-prosjekt-uten-a-behandle-personopplysninger/> \*

- Østby, L. (2011). "Sånn er de". In T. A. Ask & B. Berg (Red.), *Minoritetsperspektiver i sosialt arbeid* (s. 57-72). Universitetsforlaget. (s. 13 - 72)\*
- Rådet for psykisk helse. (2007). *Psykisk helse i et flerkulturelt samfunn*. Rådet for psykisk helse. (s.1-48)\*
- Rogaland A-senter. (n.d.). *Avrusningsavdelingen*. Rogaland-asenter.no. Hentet Mai 11, 2021, fra <https://www.rogaland-asenter.no/behandling/behandlingstilbud/avrusningsavdelingen>
- Sagli, G. (2015, januar 15). Når trenger jeg å bruke tolk: forskning om tolking i helsetjenesten. *FLEKS: Scandinavian Journal of Intercultural Theory and Practice*, 2.(1), 21. <https://doi.org/10.7577/fleks.1292> (s.1-21)\*
- Sajjad, T. A. (2016). Uformell kunnskap og formell kompetanse blant studenter og yrkesutøvere med minoritetsbakgrunn. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 93(3-4), s. 278-288. <https://doi.org/10.18261/issn.1891-1838-2016-03-04-11> (s.1-11)\*
- Salole, L. (2018). *Identitet og tilhørighet: Om ressurser og dilemmaer i en krysskulturell oppvekst* (2. utg.). Gyldendal Akademisk. (64-88 & 90-113 & 115-132 & 169-206)\*
- Shulman, L. (2003). *Kunsten å hjelpe: individer og familier* (K. M. Thorbjørnsen, Oversatt.; Vol. 1). Gyldendal Akademisk.
- Skirbekk, H. (2012). Tillitens betydning i Norge og Norden. I H. Grimen & H. Skirbekk (Red.), *Tillit i Norge* (s. 11-29). Res Publica. \*
- Skog, O. J. (2006). *Skam og skade*. Gyldendal Akademisk. (s.15-35)\*
- Strand, T. (2021, mars 8). FHI: Lav tillit i noen innvandremiljøer gjør smittesporing vanskeligere. *NRK*. [https://www.nrk.no/norge/fhi\\_-lav-tillit-i-noen-innvandremiljoer-gjor-smittesporing-vanskeligere-1.15393011](https://www.nrk.no/norge/fhi_-lav-tillit-i-noen-innvandremiljoer-gjor-smittesporing-vanskeligere-1.15393011)\*
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder* (5. ed.). Fagbokforlaget. (S. 219)\*

# Vedlegg

## Intervjuguide

- Hva tror du er grunnen til at det er så få minoriteter i rusbehandling?
- Hva opplever du at er de største utfordringene for minoriteter i rusbehandling?
- Opplever du at minoritetsbrukere avbryter behandling i større grad?
- Hvilke deler av behandlingen du får inntrykk av at minoriteter får mer eller mindre utbytte av?
- Sier brukerne noe om hvordan de kom i kontakt med tilbudet deres?
  
- Synes du selv det er spesielt utfordrende å jobbe med minoriteter?
- Nevn er sak som ikke gikk bra, en som gikk bra - hva tenker du påvirket resultatet?
  
- Hvordan har rusbehandling forandret seg i løpet av årene du har jobbet innen feltet? Er det noen forskjell på hvordan minoritetsbrukere møtes nå og tidligere?
  
- Hvordan er brukernes tilknytning til det norske samfunnet?
- Hvordan er forholdet mellom de to brukergruppene; minoriteter og etnisk norske?
- Prater deres om etnisitet og diskriminering i gruppa? Er det dere som tar opp temaet, eller brukerne?
  
- Hvilken rolle spiller tillit i arbeidet med minoritetsbrukere?
- Hvordan er det å bygge tillit i relasjonen til minoritetsbrukere?
  
- Opplever du at minoritetsbrukerne har et realistisk bilde av hva rusbehandling er, og hva som foregår i behandling?
- Hvordan er brukernes kunnskap om relevante temaer som psykiske lidelser, rusmidler, plikter og rettigheter i velferdsstaten?
  
- Hvilken rolle spiller skam for minoritetsbrukerne?



- Hvilken rolle spiller familien i minoritetsbrukernes liv?
  - Inkluderer dere familien i rusbehandlingen?
- 
- Hva oppfatter du er noen av utfordringene med å ikke snakke samme språk?
  - Hva er noen av utfordringene med å bruke tolk?
  - Hvordan går det å komme frem til samme forståelse når man har forskjellig språklig og kulturell bakgrunn? Eks. Sykdomsforståelse, problemforståelse.
- 
- Hva er det viktigste du har lært gjennom arbeidet med minoritetsbrukere?
  - Har det vært noe fokus på arbeid med minoriteter gjennom jobb?
  - er det noen kompetanse eller kunnskap du føler er spesielt relevant i møte med minoritetsbrukere?
- 
- Hvordan kan man individuelt tilpasse av behandlingen?
  - Forekommer det noe kulturell tilpasning av behandlingen?
  - Blir migrasjonserfaring tatt opp i behandlingen?
- 
- Hvordan er minoritetsbrukernes deltakelse i gruppeterapi?
  - Hva er utfordringene med å engasjere minoriteter i gruppeterapi?