

# Erfaring med arbeid for å fremme bedringsprosesser hos kvinner med samtidig rusavhengighet og psykisk lidelse

En kvalitativ studie av ansatte i kommunehelsetjenesten

**Kaia Hatletvedt Herleiksplass**  
**Kandidatnummer: 26**

Master i Tverrfaglig helseforskning, desember 2023

60 studiepoeng

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet



## **Forord**

Etter en reise på over to år nærmer jeg meg nå slutten. Jeg ser tilbake på denne tiden på Universitetet i Oslo med en følelse av glede. Ikke bare har denne reisen vært preget av læring, og til tider frustrasjon, men også gode vennskap som jeg er utrolig takknemlig for.

En masteroppgave kommer ikke av seg selv og det ligger utallige timer med arbeid og skriving bak. Det var tider jeg ville «kaste inn håndkle», men jeg har vært heldig nok til å ha fantastiske folk til å påminne meg om at denne oppgaven har tatt for seg faglige spørsmål som har vært viktig for meg.

Med det må jeg gi en takk til veilederne mine, Lena Fauske og Linda Nesse, som har gitt uvurderlige tilbakemeldinger og gode innspill. Det har hjulpet meg utrolig mye og dere var de dyktigste veilederne jeg kunne fått.

Ikke minst en takk til deltakerne som ønsket å stille, jeg er ydmyk for at dere ønsket å delta. Dere kom med så utrolig gode refleksjoner og delte velvillig. Oppgaven hadde ikke blitt til uten dere.

Takk til kollokviegruppen, Julie og Sara, dere er fantastiske. Vi har hatt mange gode diskusjoner, og ikke minst mye latter.

Til slutt, takk til min mor, for korrekturlesning og for faglige innspill.

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Bakgrunnen for denne masteroppgaven ligger i at eksisterende forskning på rusfeltet primært har sett på forskjeller mellom menn og kvinner i rusmiljøet, men lite på hvordan ansatte jobber med kvinner med samtidig rus- og psykiske lidelser mot deres bedringsprosesser.

**Hensikt:** Studiens formål er å utvikle kunnskap om hva ansatte i kommunehelsetjenesten erfarer som viktig i arbeidet med å fremme bedringsprosesser hos kvinner med samtidig rus- og psykiske lidelser, samt å identifisere de utfordringene de opplever å stå overfor i sitt arbeid.

**Teoretisk forankring:** Studien forankres i eksisterende forskning om samtidig rus- og psykiske lidelser, bedringsprosesser, recoveryorienterte praksiser og kjønn. Den teoretiske forankringen inkluderer perspektiver på tverrfaglighet og samhandling. Videre bygger oppgaven på teorier om omsorgsetikk og betydningen av hjelpsomme relasjoner, Goffmans teori om stigma, samt ulike perspektiver på kjønn.

**Metode:** Studiens metodologiske rammeverk er forankret i en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. Resultatene baserer seg på kvalitative forskningsintervjuer gjennomført med syv ansatte som arbeider ved ulike botilbud for kvinner, geografisk spredt i Norge. Oppgavens analytiske tilnærming følger tematisk analyse.

**Resultater:** Resultatene viser at deltakerne vurderer tverrfaglig samarbeid og god samhandling som viktig. Videre ble gode relasjoner løftet som avgjørende i arbeidet mot bedring, samt tilrettelegging av meningsfulle aktiviteter ble pekt på som et viktig element i arbeidet mot bedring. Til slutt viser studiens resultater at kvinnenenes opplevelser av stigma og diskriminering utgjør en vesentlig barriere for bedring, og resultatene anerkjenner betydningen av å adressere kjønnsspesifikke utfordringer for å fremme bedringsprosessene.

**Konklusjon:** Studien peker på at ansatte i kommunehelsetjenesten spiller en avgjørende rolle i å støtte bedringsprosesser for kvinner med ROP-lidelser, til tross for hindringene de møter. Studien understreker betydningen av en helhetlig tilnærming, preget av tverrfaglig samarbeid, som adresserer både rus- og psykiske lidelser samtidig, samt kvinnenenes kjønnsspesifikke utfordringer.

## **Abstract**

**Background:** The background for this master`s thesis lies in the fact that existing research has primarily focused on the differences between men and women within the substance abuse environment treatment with limited attention given to how professionals engage with women with co-occurring dual diagnosis.

**Aim:** The study aims to add understanding of what healthcare professionals in municipal health services perceive as conducive to facilitating recovery processes in women with dual diagnosis, while also identifying the challenges they encounter.

**Theoretical framework:** The study is grounded in extant research on concurrent substance use and mental health disorders, recovery processes, recovery-oriented practices, and gender. The theoretical foundation encompasses interdisciplinary and collaborative perspectives. Additionally, the thesis draws upon theories of ethics in care, the significance of supportive relationships, Erving Goffman's stigma theory, and various gender perspectives.

**Method:** The study adopts a phenomenological hermeneutic approach within its methodological framework. Findings are based on qualitative research interviews conducted with seven professionals working in diverse residential facilities for women, spanning geographically across Norway. Thematic analysis guides the analytical approach of the thesis.

**Result:** The results suggest that professionals in municipal health services deem interdisciplinary collaboration and effective teamwork crucial. Furthermore, the cultivation of meaningful relationships emerged as pivotal in the journey toward recovery, and the facilitation of purposeful activities was identified as a key element in the recovery process. Finally, the study's results indicate that women's experiences of stigma constitute a significant barrier to recovery, emphasizing the need to address gender-specific challenges.

**Conclusion:** The study suggests municipal health services personnel play a crucial role in the supporting recovery processes for woman with co-occurring substance use and mental disorders, despite encountered obstacles. The results underscore the significance of a comprehensive approach that addresses both substance and mental disorders concurrently. The service locations provide valuable governance information for the further development of such accommodations, with a specific focus on gender-specific needs.

# Innholdsfortegnelse

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>INNLEDNING</b> .....  | <b>1</b>  |
| 1.1      | BEGREPSAVKLARING.....  | 3         |
| 1.2      | BAKGRUNN .....   | 4         |
| 1.2.1    | <i>Samtidige rus- og psykisk lidelser (ROP-lidelser)</i> .....                     | 4         |
| 1.2.2    | <i>Førstelinjetjenester til personer med ROP-lidelser</i> .....                    | 5         |
| 1.2.3    | <i>Kjønn og ROP-lidelser</i> .....   | 5         |
| 1.2.4    | <i>Recovery – bedringsprosesser</i> .....  | 7         |
| 1.2.5    | <i>Recovery-orienterte praksiser og hjelperens rolle i bedringsprosesser</i> ..... | 8         |
| 1.3      | STUDIENS HENSIKT, MÅL OG PROBLEMSTILLING.....                                      | 11        |
| 1.4      | OPPGAVENS VIDERE DISPOSISJON .....   | 11        |
| <b>2</b> | <b>TEORETISK RAMMEVERK</b> .....   | <b>12</b> |
| 2.1      | SAMHANDLING OG TVERRFAGLIGHET.....   | 12        |
| 2.2      | OMSORG OG STØTTE: BETYDNINGEN AV HJELPSOMME RELASJONER.....                        | 14        |
| 2.2.1    | <i>Omsorgsetikk</i> .....  | 14        |
| 2.2.2    | <i>Hjelpsomme relasjoner og sosial støtte</i> .....                                | 15        |
| 2.3      | PERSPEKTIVER PÅ KJØNN.....   | 17        |
| 2.3.1    | <i>Stigma</i> .....  | 18        |
| <b>3</b> | <b>METODOLOGI</b> .....  | <b>19</b> |
| 3.1      | VITENSKAPSTEORETISK POSISJON.....  | 19        |
| 3.1.1    | <i>Fenomenologi</i> .....  | 19        |
| 3.1.2    | <i>Hermeneutikk</i> .....  | 21        |
| 3.2      | VALG AV FORSKNINGSDESIGN .....   | 22        |
| 3.3      | UTVALG OG REKRUTTERING .....   | 22        |
| 3.4      | DATAINNSAMLING.....  | 24        |
| 3.5      | DATAANALYSE.....   | 25        |
| 3.6      | FORSKNINGSETISKE VURDERINGER .....   | 28        |
| 3.6.1    | <i>Betraktninger om forskerrollen - refleksivitet</i> .....                        | 31        |
| 3.7      | METODEDISKUSJON.....   | 32        |
| <b>4</b> | <b>PRESENTASJON AV FUNN</b> .....  | <b>33</b> |
| 4.1      | TVERRFAGLIGHET OG SAMORDNING AV TJENESTER .....                                    | 34        |

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 4.1.1    | <i>En tverrfaglig tilnærming</i> .....                              | 34        |
| 4.1.2    | <i>Samhandling på tvers av tjenestene</i> .....                     | 36        |
| 4.2      | EN RELASJONELL TILNÆRMING TIL KVINNER MED ROP-LIDELSER .....        | 38        |
| 4.2.1    | <i>Når kontakt gir vekst</i> .....                                  | 38        |
| 4.2.2    | <i>Tilrettelegging for deltakelse i meningsfull aktivitet</i> ..... | 41        |
| 4.3      | KVINNER OG RUS.....   | 43        |
| 4.3.1    | <i>Stabilisering</i> .....  | 43        |
| 4.3.2    | <i>Å møte kvinner som kvinner</i> .....                             | 46        |
| 4.3.3    | <i>Stigma, fordommer og diskriminering</i> .....                    | 48        |
| <b>5</b> | <b>DISKUSJON</b> .....  | <b>50</b> |
| 5.1      | TVERRFAGLIG TILNÆRMING – SAMARBEID OM HELHETLIG OMSORG .....        | 50        |
| 5.2      | RELASJONER SOM ET FUNDAMENT.....                                    | 53        |
| 5.3      | VERDIEN AV MENINGSFULLE AKTIVITETER .....                           | 56        |
| 5.4      | Å BLI MØTT PÅ KVINNESPESIFIKKE UTFORDRINGER.....                    | 57        |
| 5.5      | STIGMA OG SKAM – SENTRALE HINDRINGER .....                          | 60        |
| <b>6</b> | <b>KONKLUSJON</b> .....   | <b>63</b> |
| 6.1      | STYRKER OG SVAKHETER .....  | 63        |
| 6.2      | IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING .....                 | 64        |
| <b>7</b> | <b>LITTERATURLISTE</b> .....  | <b>65</b> |

# 1 Innledning

I denne masteroppgaven har jeg utforsket erfaringene til ansatte i kommunehelsetjenesten knyttet til hva de mener er viktig for å fremme bedringsprosesser blant kvinner som har samtidig rus- og psykiske lidelser, heretter referert til som ROP-lidelser, samt hvilke utfordringer de møter på i sitt arbeid. Begrepet ROP-lidelser viser til komplekse og utfordrende lidelser hvor personen har minst en ruslidelse og en psykisk lidelse samtidig (Helsedirektoratet, 2012). I periferien av velferdssamfunnet eksisterer personer med ROP-lidelser, og innenfor denne gruppen er kvinner med ROP-lidelser en ekstra utsatt minoritet. Disse kvinnene kan oppleve en rekke utfordringer, inkludert ustabil bosituasjon, mangel på sosialt nettverk, manglende muligheter for aktivitet, og andre komplekse problemstillinger (Gråwe, 2014). Disse faktorene dominerer hverdagen for mange og påvirker livskvalitet og fungering. Det kan derfor for mange med ROP-lidelser være utfordrende å bo i ordinære boliger, og mange bor derfor i botilbud med oppfølging.

For å sikre høy kvalitet i tjenestene som tilbys mennesker med ROP-lidelser, er det avgjørende å ha personale som besitter kompetanse om utfordringer knyttet til ROP-lidelser. Til tross for betydelig utvikling innenfor rusfeltet de siste årene, har utviklingen av spesifikke tiltak for å fremme bedring for kvinner med ROP-lidelser stått relativt stille (Lossius, 2012). Det var ikke før begynnelsen av 1990-tallet at kvinner ble en del av utvalgene i internasjonal forskning på avhengighet, og dette har bidratt til forsinkelser i utviklingen av gode tilbud for kvinner med ROP-lidelser (Greenfield et al., 2007b). Den eksisterende forskningen har primært sett på forskjeller mellom menn og kvinner i rusmiljøet, hvordan ansatte jobber med kvinner med ROP-lidelser, og deres bedringsprosesser. Nasjonale retningslinjer og rapporter som har blitt publisert i de senere årene mangler et tydelig kjønnsperspektiv. Av den grunn kan en studie som dette gi anledning til å øke innsikt i hva som er viktig for å fremme bedringsprosesser for kvinner med ROP-lidelser. Dette vil kunne være til nytte for ansatte i kommunehelsetjenesten for å forbedre praksis og øke kvaliteten på tjenestene som tilbys.

Folkehelseinstituttet (FHI) har identifisert ROP-lidelser som en av de fremtredende folkehelseutfordringene i samfunnet (FHI, 2019). Studier har vist at hver fjerde person som er diagnostisert med schizofreni, og hver femte person med bipolar lidelse, også lider av en ruslidelse (Nesvåg et al., 2015). Videre indikerer forskning at personer med ROP-lidelser har en redusert forventet levetid på mellom 15 og 20 år, sett opp imot den generelle befolkningen (Reneflot et al., 2018). Til tross for denne høye forekomsten, er dette en brukergruppe som

ofte opplever å bli oversett og neglisjert av helsevesenet (Helsetilsynet, 2019), både i somatikken og i psykisk helsevern (Polden, 2017). Tradisjonelt har tjenestetilbudet til personer med ROP-lidelser vært fragmentert, med delt ansvarsfordeling mellom rusomsorgen og psykisk helsevern, noe som har ført til uklarhet og forvirring blant ansatte angående roller og ansvarsområder (Pettersen & Rudningen, 2014). De siste ti årene har det imidlertid vært betydelige endringer innenfor rusfeltet, inkludert økende vektlegging av helsehjelp i stedet for straff, samt økt oppmerksomhet rundt kjønns spesifikke problemstillinger (NOU 2023:5). I 2004 ble det gjennomført en rusreform som ga brukergruppen pasientrettigheter på linje med andre pasienter (Helsedepartementet, 2004). Selv om denne reformen har forbedret tilgjengeligheten til rettigheter for mange ved at de har fått pasientstatus, gjenstår det fortsatt en utfordring med å sikre at personer med ROP-lidelser får likeverdige tjenester (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2019). Senest i 2017 og 2018 ble det av Statens helsetilsyn gjennomført to tilsyn av tjenester til personer med ROP-lidelser hvor man fant svik og mangler på flere områder (Helsetilsynet, 2019). Tradisjonelt har brukergruppens komplekse behov blitt ansett som utfordrende å imøtekomme, og det har rådet forutinntatte holdninger og negative oppfatninger om denne gruppen som har resultert i begrenset grad av brukermedvirkning og involvering i egen behandling (Coombes & Wratten, 2007).

Det siste tiåret har det vært en økende oppmerksomhet av behovet for kjønnsrettet kunnskap om ROP-lidelser. Selv om en slik oppmerksomhet har vært et fremskritt, eksisterer det fremdeles betydelige kunnskapshull når det gjelder forståelsen av behovene til kvinner med ROP-lidelser og hvordan disse behovene kan møtes (Gråwe, 2014). Den eksisterende forskningen som foreligger understreker betydningen av å forstå hvordan opplevelser av kjønnsrelaterte traumer, diskriminering og ulikhet er sammenvevd med ROP-lidelsen og påvirker bedringsprosesser (Lossius, 2012). Videre forteller den oss at det er avgjørende å sikre at oppfølgingstilnærmingene som tilbys er nyttige, samtidig som de tar hensyn til de spesielle behovene til kvinner med ROP-lidelser. Det er viktig å understreke betydningen av kunnskapen og erfaringene til ansatte i dette arbeidet, da de sitter på verdifull innsikt som kan bidra til at behov identifiseres. Selv om brukernes perspektiver er helt sentrale i arbeidet med bedring, må man likevel anerkjenne og belyse de unike perspektivene og erfaringene som ansatte i feltet besitter (Lipsky, 2010). Dette samspillet av kunnskap, perspektiver og erfaringer vil kunne bidra til en mer helhetlig forståelse og tilnærming til bedringsprosesser i arbeidet for kvinner med ROP-lidelser.



Min interesse for bedringsprosesser blant kvinner springer ut av min yrkeserfaring fra rusomsorgen ved Velferdsetaten i Oslo kommune. Diskusjoner i det faglige miljøet har ofte kretset rundt spørsmålet om hvorvidt og på hvilke måter kvinner opplever spesifikke utfordringer i sine bedringsprosesser og hvordan dette får betydning for tjenestene som gis. Det er en anerkjennelse av at det å være kvinne med ROP-lidelser kan innebære andre perspektiver og erfaringer sammenlignet med menn. Dermed fremstår det som nødvendig å utvikle en dypere forståelse av hvordan tjenestene som ytes kan tilpasses for å best møte behovene til disse kvinnene. Oppgaven søker å utforske et hjelpeapparat som jobber etter en kjønnsespesifikk tilnærming, som anerkjenner de spesifikke behovene til kvinner, og som bidrar til bedring hos denne gruppen. Ved å se på hva som påvirker bedringsprosesser for kvinner med ROP-lidelser og hvordan disse håndteres i hjelpeapparatet kan man bedre forstå hvordan man skal møte gruppen.

## **1.1 Begrepsavklaring**

*Bedringsprosesser* – Primært benytter jeg begrepet bedringsprosesser som tilsvarer den norske oversettelsen av begrepet recovery. Recovery innebærer å skape et liv som føles meningsfullt og tilfredsstillende ut ifra personens egne definisjoner, uavhengig av om symptomer og utfordringer oppstår og avtar (Aakerholt et al., 2016). Jeg vil imidlertid anvende begrepet recovery i visse sammenhenger når jeg presenterer aktuell forskning hvor forfatterne jeg referer til bruker den engelske terminologien.

*Rusavhengighet* – En rusavhengighet defineres som «gjentatt og tvangsmessig inntak av rusmidler, til tross negative konsekvenser for helse, yrkesliv og sosiale relasjoner» (Jellestad, 2012).

*Bruker* – En bruker, i denne sammenheng, refererer til en person som mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Bruken av termen er basert på den generelle terminologien i kommunale tjenester og bidrar til å unngå en ensidig fremstilling av en person som utelukkende hjelpetrengende, men heller en aktiv aktør i eget liv.

*Kvinner/kvinnene* - Når jeg omtaler brukergruppen generelt bruker jeg begrepet «kvinner/kvinnene».

*Ansatt* – Jeg benytter vekslinger mellom ansatte og hjelpere om de som yter hjelp i tjenestene ut ifra hva som passer best inn i de respektive kontekstene.

## **1.2 Bakgrunn**

### **1.2.1 Samtidige rus- og psykisk lidelser (ROP-lidelser)**

Begrepet ROP-lidelser viser til det å leve med rus- og psykiske lidelser i kombinasjon, ofte med betydelig funksjonsnedsettelse innen viktige livsområder som sosial funksjon, arbeid, utdanning og boevne, samt nedsatt livskvalitet (Evjen et al., 2018). Internasjonalt benyttes begrepene «dual diagnosis» eller «concurrent disorders» for å beskrive disse komplekse tilstandene (Hakobyan et al., 2020). Det er høy kjent komorbiditet mellom ruslidelser og psykiske lidelser, og denne samtidige forekomsten gir opphav til betydelige behandlingsmessige utfordringer (Helsedirektoratet 2012). Forskningen på ROP-lidelser forteller om gjensidige og forsterkende bånd mellom rusbruk og psykiske lidelser (Hjemsæter et al., 2020). Den høye komorbiditeten viser til felles sårbarhetsfaktorer. Personer med psykiske lidelser har en økt sårbarhet for rusutfordringer, som kan skyldes selvmedisinering i forsøk på å dempe psykisk ubehag, samtidig som rusinntak kan utløse eller forverre psykisk uhelse. At lidelsene opptrer samtidig er en kompliserende faktor og dette komplekse samspillet krever en helhetlig tilnærming til behandling (Gråwe, 2014).

ROP-lidelser har for mange en kombinert negativ innvirkning på helse og sosialt liv. Litteraturen peker på flere utfordringer som er karakteristiske for brukergruppen; økonomiske vansker, vanskeligheter med å etablere og opprettholde relasjoner, nedsatt selvfølelse, marginalisering, vold, kriminalitet, somatiske og psykososiale utfordringer (Gråwe, 2014). Dette medfører at mange faller utenfor arbeidslivet (St. Meld. 16, 2010-2011). En ekstra utfordring er sosial ekskludering som følge av deres rusinntak, da dette blir mindre akseptert sammenlignet med individer som primært har psykiske plager (Semb et al., 2016). Å bli utsatt for stigmatisering kan resultere i sosial eksklusjon, utfordringer med å danne sosiale relasjoner og vanskeligheter med å følge opp oppfølging. Dette kan føre til ytterligere

isolasjon, tap av håp og mening, samt redusert selvfølelse (Elstad & Johannsen, 2017), og som kvinne kan man være særlig utsatt for dette (Gråwe, 2014).

### 1.2.2 Førstelinjetjenester til personer med ROP-lidelser

Frem til 2004 hadde mennesker med ROP-lidelser ikke tilgang til pasientrettigheter eller helhetlig behandling (Gråwe, 2016). Historisk sett er deres behov enten forsøkt møtt innen rusfeltet eller innenfor psykisk helsevern, og det har vært vanlig praksis å utsette behandling av den ene diagnosen til den andre er vurdert å være tilstrekkelig behandlet (Almvik & Borge 2014). I henhold til Lov om sosiale tjenester §3 (2009) og Lov om helse- og omsorgstjenesteloven §3-1 (2011) er kommunene rettslig forpliktet til å påta seg ansvaret for hjelp til personer med ROP-lidelser. Etter lov om kommuner og fylkeskommuner §2-1 og §2-2 har kommunene en grad av autonomi når det gjelder organiseringen av tjenestene, men oppfølging av ROP-lidelser krever en langvarig, tverrfaglig og individuell tilnærming (Helsedirektoratet, 2012). Dette legger betydelige føringer for samarbeid og kompetanse blant ansatte i kommunene.

Norge, parallelt med andre skandinaviske land, har utviklet seg til å ha et tverrfaglig tilbud for personer med ROP-lidelser (Lindvig et al., 2019), som gir støtte til omfattende og langvarig støtte som inkluderer boligløsninger. De fleste kommuner i Norge har etablert botilbud i form av samlokaliserte boenheter, ofte med en personalbase. Noen kommuner har botilbud som retter seg spesifikt mot kvinner med ROP-lidelser (Hansen og Grødem, 2012). Disse tilbudene gir oppfølging for å fremme bedre livskvalitet, stabilisering og mestring hos kvinner med ROP-lidelser med hensyn til kjønnsperspektiver. Gjennom individuell oppfølging søker disse botilbudene å hjelpe kvinnene med å endre tidligere atferdsmønstre, inkludert destruktiv atferd, som tidligere har resultert i tap av bolig, arrestasjoner og lignende negative konsekvenser (Oslo kommune, 2020). Tilbudet er i dag mer utbygget enn det det var for et ti år siden, men det er mye som taler for at tilbudet ikke er tilstrekkelig basert på behovet som foreligger (NKROP, 2019).

### 1.2.3 Kjønn og ROP-lidelser

Historisk sett har rusavhengighet blitt sett som en mannsdominert problematikk, og rusomsorgstjenester har primært vært utformet til mannlige brukere (Taksdal et al., 2006).

Kvinner med rusavhengighet har ofte blitt betraktet som avvikende fra normen og har blitt møtt med negative sanksjoner som følge av deres avhengighet (Matsumoto et al., 2021). Studier indikerer kjønns spesifikke forskjeller når det gjelder rusmiddelinntak, virkninger av bruken, samt forskjeller i psykiske helse og psykososiale forhold som følge av rusbruken (Greenfield et al., 2010). Det er en betydelig andel kvinner som har en rusavhengighet som også oppfyller kriteriene for å ha en psykisk lidelse. Den samme forskningen viser en variasjon i alder og kjønn knyttet til samtidig rus- og psykiske lidelser (Mellingen, 2012). Eksempelvis opplever kvinner en forekomst av depresjon og angst som er over dobbelt så høy sammenlignet med menn (Meld. St. 7 (2015-2016)), noe som bidrar til høy forekomst av ROP-lidelser hos kvinner (NKROP, 2014). Videre vet man at kvinner med traumer har økt risiko for å utvikle rusproblemer og psykiske lidelser, ofte kombinert (Muchimba, 2020). Studier har dokumentert at kvinner er mer sårbare for å utvikle rusavhengighet som en respons på deres negative emosjonelle opplevelser (Goetz et al., 2021). Det samsvarer med det som er dokumentert om komorbide tilstander som angst og depresjon blant kvinner med rusavhengighet. I tillegg viser forskning at kvinner utviser økt sårbarhet for å utvikle uheldige konsekvenser som følge av deres avhengighet, som for eksempel tap av omsorgsrett for barn og stigmatisering (Greenfield et al, 2007b).

Videre ser man at kvinner med rusavhengighet ofte opplever ensomhet (Ingram et al., 2020). Fraværet av sosiale interaksjoner forverrer avhengighet og bør vektlegges i arbeidet mot bedring (Trulsson, 2003). I kontrast til menn viser forskningen at kvinner oftere søker behandling for rusavhengighet i andre sektorer av helsevesenet, primært innenfor psykisk helsevern, heller enn i spesialisthelsetjenesten. Dette kan til dels forklares ved at kvinner i større grad forklarer sine rusrelaterte utfordringer som primært psykiske problemer (Mellingen, 2012). Dette kan forsås i lys av kvinnes tendens til å internalisere skyld og ansvar i større grad enn menn. Kvinner retter skylden innover mot egne handlinger og aspekter ved egen personlighet i motsetning til menn som i større grad tilskriver skylden eksterne omstendigheter (Askeland & Jareg, 1995). Dette kan intensivere opplevelse av skyld hos kvinner, samtidig som det har potensial til å styrke deres evne til å håndtere utfordringer (NOU 1999: 13). Taksdal med flere (2006) viser til at kvinner med avhengighetsproblematikk ofte utvikler svakere forbindelser med andre kvinner, samtidig som de utvikler sterke avhengighetsforhold til mannsfigurer. På grunnlag av dette argumenterer Furuholmen og Andersen (2007) for at det bør være en målsetning å oppnå en balansert representasjon av begge kjønn blant fagpersonene for å tilby gode rollemodeller for brukere av begge kjønn.

Det er gjennomført studier som utforsker forskjeller mellom kjønnene når det gjelder gjennomføringene av behandling. Funnene varierer, og hvor noen indikerer at kvinner har en høyere grad av gjennomføring sammenlignet med menn (Greenfield et al., 2007a). Samtidig finnes det andre studier som antyder at menn klarer seg bedre når det gjelder behandlingsfullføring. Kvinner med rusavhengighet mottar i dag hjelp i institusjoner der en kjønns spesifikk tilnærming enten er helt fraværende eller bare delvis implementert (Lossius, 2012). Dette er til tross for erkjennelsen om at kvinner oppnår bedre behandlingsresultater når de mottar tjenester som er spesielt tilrettelagt for deres behov (Ravndal et al., 1994). Forskningen antyder at kvinner med tilgang til et behandlingsmiljø der de kan isoleres fra menn har en positiv effekt når det gjelder nedgang i rusinntak og forbedret psykisk mestring (Lossius, 2012). En studie av Kulinari med flere (2014) sammenlignet kvinners opplevelser av sikkerhet og omsorg i et kjønnssegregert behandlingsmiljø på en blandet avdeling i en psykiatrisk institusjon. Resultatene indikerte at kvinnenens opplevelse av sikkerhet og omsorg var betydelig forsterket på avdelingen som kun var for kvinner. Ansatte intervjuet i studien bemerket at de opplevde kjønnsdelingen som et sikkerhetstillegg for kvinnene, og at det bidro til å skape et mer forsvarlig behandlingsmiljø (Kulinari et al, 2014).

#### 1.2.4 Recovery – bedringsprosesser

Recovery, kjent som bedringsprosesser på norsk, representerer et faglig perspektiv innen rus og psykisk helse som setter søkelys på subjektive bedringsprosesser fremfor objektive målbare utfall. Det deler likheter med begreper som empowerment, resiliens, rehabilitering og salutogenese (Le Boutillier et al., 2011). Kjernen i recovery ligger i individets evne til å oppnå kontroll over eget liv, vekst og utvikling, og muligheten til å ta informerte valg (Borg & Karlsson, 2019). I denne oppgavens betoning av relasjonelle og sosiale variabler, i tillegg til dens vektlegging av ansattes opplevelser, blir recovery sentralt. Begrepet «bedringsprosesser» i denne studien refererer til individuelle endringer i holdninger, verdier, ferdigheter og sosiale roller. Dette representerer en livsinnstilling som fremmer håp, selv i møte med utfordringene som ofte følger med psykiske lidelser (Anthony, 1993). Denne prosessen kan berike og omdefinere ens vei i livet, uavhengig av tidligere begrensinger (NAPHA 2013). Perspektivet inkluderer ulike og til dels sammenfallende forståelser av bedring som komplimenterer hverandre (Borg et al., 2013).

Den tilgjengelige forskningen på bedringsprosesser, som undersøker faktorer som påvirker bedringsprosessen for personer med ROP-lidelser, identifiserer mye av det samme. Opplevelsen av en meningsfull hverdag, gjennom meningsfullt arbeid eller engasjerende aktiviteter, sosiale relasjoner, og støtte fra andre, kan bidra til å skape stabilitet (Topor et al., 2018b). Videre er tilgang til bolig og gode omgivelser viktig for bedring (Jære, 2019). Individuelle styrker og fremtidsrettet tenkning blir og fremhevet, samt viktigheten av et trygt sted å bo (Ness et al., 2014), og et fokus på gjenoppretting av et sosialt liv og etablering av støttende relasjoner (Kvam et al., 2019).

Det indikeres videre at systemiske barrierer som dårlige terapeutiske miljø, lite integrerte tjenester og mangel på fleksibilitet hindrer bedringsprosessen for personer med ROP-lidelser (Brekke et al., 2017). Næss med flere (2014) finner at begrenset samarbeid mellom tjenestene, begrenset kunnskap om hverandre, mangel på forståelse av brukernes behov i helsevesenet og i forståelsen av kompleksiteten av tilgjengelige tjenester også er til hinder i en bedringsprosesser. Litteraturen løfter også for mye fokus på den psykiske lidelse (Pinderup, 2018), utfordringer knyttet til byråkrati og høy turnover blant helsepersonell som til hinder for bedring (Le Boutillier et al., 2015).

Recovery har vært gjenstand for kritikk, hvor perspektivet er kritisert for å antyde at personer bør «rette seg opp». Brekke (2018) gir støtte til en slik kritikk ved at brukere i hennes studier opplevde å bli sett på som sårbare av hjelpeapparatet, og at det var lave forventinger til dem, noe som var til hinder for bedring. Kritikken fokuserer videre på hvordan recovery kan brukes til å bygge ned tjenester og behandlingstilbud, idet recoveryorienterte praksiser ofte har definert recovery til en individualistisk prosess hvor de har lagt stor vekt på individets ansvar for egen bedring. Som en fortsettelse av dette kritiseres recoveryperspektivet for å undervurdere betydningen av samfunnsstrukturer og faktorer som påvirker enkeltpersoners helse og livskvalitet. Kritikere argumenterer for at denne tilnærmingen overser kompleksiteten av sosiale og strukturelle barrierer som kan begrense bedringsmuligheter (Borg & Karlsson, 2019).

#### 1.2.5 Recovery-orienterte praksiser og hjelperens rolle i bedringsprosesser

Recovery-orienterte praksiser representerer prinsipper som utgjør retningslinjer som danner grunnlaget for tjenesters tilnærming. Dette kan forsås som de handlinger fagpersoner utfører

for å støtte personer i deres bedringsprosesser (Deegan, 1988). Forståelsen tilpasses den enkeltes livssituasjon og helse blir betraktet som en verdifull ressurs hvor man retter innsatsen mot å styrke denne (Borg & Davidson, 2008). En slik tilnærming tar sikte på å redusere begrensninger og sykdom, og heller fremheve mulighetene (Leamy et al., 2011; Ness et al., 2014). Dette muliggjør at den enkelte kan leve et meningsfullt liv, preget av et formål, til tross for utfordringene som ofte følger med ROP-lidelser (Anthony, 2000). Å støtte personlig recovery innebærer å endre perspektivet fra å håndtere utfordringer til å fremme livskvalitet. Dette innebærer et skifte i forståelsesmodeller ved at recovery's rammeverk blir en del av hjelperens forståelse (Borg & Karlsson, 2019). Dette rammeverket består av fire nøkkelområder. Det første dreier seg om å fremme medborgerskap og verdsette sosiale roller. Det andre berører organisatoriske aspekter, som inkluderer kulturelle faktorer, ledelse og rammeverket som tjenesten arbeider ut fra. Det tredje nøkkelområdet omhandler støtte for personlig bedring, hvor tjenesteyterne legger vekt på å fremme og styrke individuelle ønsker, behov og mål. Dette inkluderer også å tilby valgmuligheter innenfor tjenestetilbudet. Det siste området som fremheves i litteraturen er viktigheten av gode samarbeidsrelasjoner (Borg & Karlsson, 2019).

Foreliggende forskning på recoveryorienterte praksiser forteller at en slik tilnærming understreker betydningen av relasjoner i denne sammenhengen. Til tross for kjennetegnene knyttet til ROP-lidelser hos kvinner, er tendensen fremdeles at disse forskjellene behandles som stabile og uforanderlige variabler. I institusjonelt arbeid er tillit essensielt for å møte brukerne i deres livssituasjon. Edland-Gryt og Skatvedt (2013) skriver at tillit er en avgjørende terskel for ROP-pasienter. I deres studie følte mange seg ekskludert, avvist og misforstått i møte med vanlige helsetjenester, og noen uttrykte manglende tillit til tjenestene. Videre viser litteraturen at individer med ROP-lidelser verdsetter hjelpere som viser en interesse for deres individuelle ressurser, samarbeid for å fastsette behandlingsmål, tilby fleksibel og partisk hjelp (Biong & Soggiu, 2015), hjelp til å delta i meningsfulle aktiviteter, hjelp til å fremme håp, samt det å bli møtt med verdighet og autonomi (Cruce et al., 2012).

Hovedfokus i mye av forskningen på bedringsprosesser er rettet mot hvordan profesjonelle forhold kan påvirke denne prosessen. Her peker de rasjonelle aspektene seg ut og det er blitt erkjent at kvaliteten på relasjonen er av betydning for å kunne forutsi bedringsprosessen utfall (Borg & Kristiansen, 2005; Biong & Soggiu, 2015). Studiene belyser profesjonelle relasjoner som til hjelp for brukere, kjennetegnet av tillit og respekt, et positivt sosialt klima, og en viss

grad av vennskap (Kidd et al., 2017; Lindvig, 2021). Også tilsynelatende små og hverdagslige handlinger har vist seg å ha betydelig innvirkning på brukernes bedring (Biong & Soggiu, 2015). Det er også av viktighet at brukerne anerkjennes som likeverdige (Gonzalez, 2021), å ha muligheten til å dele vanskelige emner med, og føle seg bedringsfulle for de profesjonelle (Borg & Kristiansen, 2004). Å motta praktisk hjelp, samt at ansatte er tilgjengelig i rett tid har også en avgjørende betydning (Biong & Soggiu, 2015). Dette indikerer at profesjonelle hjelpere kan spille en avgjørende rolle i brukere med ROP-lidelser sine liv, forutsatt at det etableres et tillitsforhold. Tillitsforholdet kan etableres ved å hjelpe brukeren med hverdagsutfordringer og styrke håpet om bedring. Kontinuitet og langvarig engasjement er avgjørende for å bygge denne tilliten (Brekke et al., 2018).

Soggiu og Biong (2015) gjennomførte intervjuer med deltakere som mottok tjenester fra en kommunal tjeneste for personer med ROP-lidelser. Hensikten med studien var å evaluere i hvilken grad tjenestene, som var forankret i en recoveryorientert tilnærming, hadde en positiv innvirkning på brukernes livskvalitet. Resultatene avdekket en overveiende positiv sammenheng mellom en anvendt recoveryorientert tilnærming og forbedringen av brukernes livskvalitet. Forfatterne bemerket at en fremtredende faktor i denne sammenheng var tjenestenes evne til å levere skreddersydd oppfølging til hver enkelt bruker. Den individuelt tilpassede oppfølgingen som ble tilbudt, ble høyt verdsatt av brukerne. Spesielt betydningsfullt var den hjelpen som brukerne mottok i forhold til deres daglige utfordringer, inkludert praktiske oppgaver og deltakelse i sosiale aktiviteter (Biong & Soggiu, 2015).

Brekke (2018) fant at ansatte i tjenester for personer med ROP-lidelser opplevde komplekse dilemmaer i sin praktisering av en recoveryorientert tilnærming. Disse dilemmaene omfattet flere aspekter, inkludert strategier for håndtering av rusmiddelbruk, balanseringen mellom å tilby tilstrekkelig støtte samtidig som man fremmet myndiggjøring, samt etisk tilnærming til brukers målsettinger uten moralisme eller likegyldighet. Resultatene fra studien antydte at tjenestene bør karakteriseres av fleksibilitet og kontinuitet. Videre ble det vektlagt betydningen av at ansatte aktivt adresserer levekår og følelsen av ensomhet, og at de fremmer muligheter for reell deltakelse i samfunnet (Brekke, 2018).

Forskning indikerer at både varigheten og stabiliteten i mellommenneskelige relasjoner spiller en vesentlig rolle når det gjelder å fremme bedringsprosesser (Haver et al., 2001). Det er dokumentert at kvinner med rusproblemer ofte har bakgrunn med overgrep og traumer,



spesielt knyttet til seksuell mishandling (Wormnes & Skutle, 2005). Disse erfaringene utgjør en betydelig del av deres behandlingsbehov. Noen studier indikerer at kvinner opplever ubehag og motvilje når det gjelder å diskutere slike sensitive problemstillinger i nærvær av mannlige medpasienter. Dette understreker behovet for kjønnsensitive perspektiver og behandlingsmiljøer (Lossius, 2012).

I forlengelsen av dette er det relevant å se på betydningen av behandlerens kjønn. I studier som undersøker sammenhengen mellom det å stå i behandling og behandlerens kjønn indikerer at brukere som mottar behandling fra behandlere av samme kjønn klarer å stå i behandling lenger sammenlignet med de som har fått behandling av behandlere av motsatt kjønn (Sterling et al., 1998). Johnsen og Yanca (2010) skriver at mannlige og kvinnelige fagpersoner foretar ulike vurderinger basert på kjønn når beslutninger skal tas. De viser til at mannlige behandlere ofte oppfatter kvinnelige brukere som mindre modne og intelligente enn hva kvinnelige behandlere gjør. Kvinnelige behandlere identifiserer i større grad et behov for emosjonell tilknytning hos kvinnelige brukere, mens mannlige behandlere ser et større behov for involvering i hjemmet og med familien. Kjønn påvirker dermed fortolkningen som gjøres innen hjelpeapparatet (Taksdal et al., 2006).

### **1.3 Studiens hensikt, mål og problemstilling**

Hensikten med denne studien er å utvikle kunnskap om hva ansatte i kommunehelsetjenesten opplever som fremmede i arbeidet med bedringsprosesser hos kvinner med ROP-lidelser, samt å identifisere de utfordringene de står overfor i sitt arbeid. Målet er å komme frem til en dypere forståelse av hva slags kunnskap ansatte i kommunehelsetjenesten bør besitte i møte med kvinner som har ROP-lidelser, og i tillegg forstå de konkrete forholdene som er involvert i arbeidet med bedringsprosesser. Med dette bakteppet er oppgavens problemstilling:

*«Hva erfarer ansatte i kommunehelsetjenesten som viktig for å fremme bedringsprosesser blant kvinner med ROP-lidelser? Og hvilke utfordringer opplever de i sitt arbeid med å fremme bedringsprosesser?»*

### **1.4 Oppgavens videre disposisjon**

Oppgaven består av seks kapitler. I det første kapitlet har jeg presentert bakgrunn for tema, gitt en oversikt over relevant forskning og oppgavens problemstilling. Kapittel to vil utdype ulike teoretiske perspektiver innenfor tverrfaglig samarbeid og samhandling, omsorgsetikk og

støtte, stigma og perspektiver på kjønn. I kapittel tre vil jeg gi en redegjørelse for oppgavens valgte forskningsdesign og metode. Jeg vil videre i kapittel fire presentere oppgavens funn og analyse, før jeg i kapittel fem vil jeg besvare oppgavens problemstilling gjennom en teoretisk og empirisk drøfting. Kapittel seks vil avrunde oppgaven med en konklusjon, styrker og svakheter med studien, samt og implikasjoner for videre praksis og forskning.

## **2 Teoretisk rammeverk**

Kapittelet vil starte med å beskrive teori om tverrfaglige perspektiver og samhandling. Deretter vil jeg ta for meg omsorgsetikk og hjelpsomme relasjoner. Videre vil jeg støtte meg på Goffmans teori om stigma, samt perspektiver på kjønn. Med hensyn til oppgavens problemstilling, har jeg til hensikt å benytte disse teoriene for å belyse og diskutere funnene som presenteres i denne oppgaven.

### **2.1 Samhandling og tverrfaglighet**

For å forstå utviklingen av tjenester for rus- og psykisk helse i kommunehelsetjenesten er det nødvendig å belyse teori om samhandling og tverrfaglighet. Teori om dette har som mål å dykke ned i og utvikle tilnærminger for å skaffe sammenhengende og samordnede tjenester til individer (Bjørkquist & Ramsdal, 2021). En trend de siste årene har vært politikernes innsats for å desentralisere tjenestetilbudet (Meld. St. 16 (2010-2011)). Dette har ført til at kommunene sitter med mer ansvar for tjenestene til brukergruppen. Likevel er samarbeid og koordinering fremdeles problematisk, både på tvers av tjenester og mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten (Bjørkquist & Ramsdal, 2021). Tverrfaglig samarbeid har fått økende betydning i organisasjonsteori, i det det fremmer samhandling på tvers av ulike faglige disipliner (Morrison & Glenny, 2011; Galvin & Erdal, 2018). Etableringen av helhetlige og koordinerte tjenester på tvers av fagområdene har imidlertid lenge vært en utfordring i flere sektorer. Til tross for et ønske om tverrfaglighet har profesjoner tradisjonelt jobbet isolert (Ramsdal, 2012).

Tverrfaglig samarbeid kan forstås som når personer med ulike faglige bakgrunner møtes i utførelsen av oppgaver, og dermed oppnår nye tilnærminger (Lingås, 2005). Tverrfaglighet i helse- og velferdssektoren defineres som en praksis der ulike profesjonelle grupper samarbeider for å levere omsorg og behandling til en felles bruker. Dette samarbeidet

involverer integrering av forskjellige faglige perspektiver, ferdigheter og kompetanse for å se tiltak for å fremme livskvalitet og helse (Ramsdal, 2019). Dette legger til rette for kunnskapsutveksling på tvers av ulike fagområder, med mål om å gi brukere bedre tjenester (Fredriksen et al., 2020). Helseutfordringer er ofte komplekse, og som følge av dette kan kompleksiteten overskrider individuelle fagpersoners kompetanse. Tverrfaglig samarbeid er en god måte å håndtere slike problemstillinger (Ramsdal, 2019).

Galvin & Erdal (2018) har utforsket hva som fører til suksess innen tverrfaglig samarbeid og de mulige barrierene som kan oppstå. De viser en ideell modell for tverrfaglig samarbeid, som krever at beslutninger blir tatt i samråd, og at deltakerne har en delt forståelse av oppgaven. De barrierene forfatterne løfter frem er manglende ressurser, gevinster som er fordelt ujevnt, samt at man ikke har tillit til hverandres kompetanse. Forfatterne påpeker imidlertid at tverrfaglig samarbeid gir ny kunnskap som bidrar til dannelsen av en kollektiv kunnskapsressurs (Galvin & Erdal, 2018). Begrepet «kollektiv kunnskapsressurs» referer til det som oppstår i et samarbeidsmiljø som resultat av diskusjoner og refleksjoner om hvordan man kan forbedre brukernes situasjon og møte deres behov (Willumsen, 2009).

Tverrfaglig samarbeid har tradisjonelt blitt framstilt i et positivt lys, med en antagelse om åpenbare fordeler (Willumsen, 2008). Imidlertid er det mangel på evidens som kan påvise om slikt samarbeid faktisk fører til bedringsprosesser som fremmer bedre helse hos brukerne. Fraværet av tilstrekkelig forskning underbygger viktigheten av videre forskning innenfor dette feltet (Morrison & Glenny, 2011). Andersson og hans kollegaer (2011) har identifisert utfordringer knyttet til innføring og opprettholdelse av tverrfaglig samarbeid i praksis. Forfatterne peker på manglende kommunikasjon mellom ansatte i tjenestene, uklarhet i roller, mangel på tillit, og konkurranse om makt og ressurser som barrierer for tverrfaglig samarbeid. De skriver at slike barrierer fører til en fragmentering mellom tjenester og som påvirker samarbeidet i negativ forstand. Videre retter kritikken mot tverrfaglig samarbeid seg mot manglende involvering av brukere i beslutningsprosesser (Lauvås & Lauvås, 2004). For å realisere likeverdighet i samarbeidet mener Lauvås og Lauvås (2004) at brukere må delta i samarbeidet. Dette innebærer å anerkjenne brukernes egen innsikt i sin situasjon som verdifull ressurs som kan bidra til en felles tverrfaglig forståelse (Lauvås & Lauvås, 2004).

En teori som inntar en fremtredende plass i denne oppgaven, er Lipsky (2010) sin teori om bakkebyråkrater. Han utforsker ansatte i helse- og velferdssektorens krevende

mellomposisjon, som referer til en situasjon der bakkebyråkratene står ovenfor en tilsynelatende uoverkommelig utfordring. De må balansere mellom å etterkomme politiske retningslinjer og krav, samtidig som de må tilby nødvendig hjelp til brukere. Lipsky søker å belyse den utfordrende situasjonen disse ansatte befinner seg i, fanget mellom politikk, og brukernes behov (Lipsky, 2010). Begrepet «bakkebyråkrater» karakteriserer dem som arbeider direkte med individer i offentlig sektor (Vabø & Vabo, 2014). Gjennom begrepet forsøkte Lipsky å belyse hvordan de politiske føringene påvirker offentlig ansatte, og omvendt (Lipsky, 2010).

Lipsky skrev om to forbedringsområder som han opplevde manglet fra den daværende eksisterende litteraturen. For det første skrev han om behovet for studier som ønsket å utforske offentlig ansattes praksis, en tilnærming kjent som «nedenfra-og-opp» i motsetning til tradisjonell litteratur som hovedsakelig fulgt en «ovenfra-og-ned»-tilnærming. For det andre ønsket Lipsky å utfordre stereotypiene om offentlig ansatte, som ofte ble forsterket gjennom politiske uttalelser og mediedekning. Han bidro til å fremme disse perspektivene ved å belyse hvordan offentlig politikk påvirket de ansatte i offentlig sektor (Lipsky, 2010).

Lipsky (2010) skrev at offentlig ansatte blir gjennom utdanning trent i å skulle møte brukernes unike behov og levere løsninger som møtte disse. Dette er et utfordrende ideal da de ansatte står overfor begrensinger grunnet ressursknapphet, og det krever derfor ofte en mer generell tilnærming til fagutøvelsen. Dette kan resultere i metoder for å håndtere brukerens behov på en empatisk måte, men det innebærer også en mulig risiko for innføring av rutinepregede prosesser preget av stereotypifisering (Lipsky, 2010).

## **2.2 Omsorg og støtte: betydningen av hjelpsomme relasjoner**

### **2.2.1 Omsorgsetikk**

Omsorgsetikk ble introdusert av sykepleieren Kari Martinsen (1990). Omsorgsetikken representerer et etisk rammeverk som utforsker omsorg, mellommenneskelige relasjoner og etiske forpliktelser. Den bygger på en forståelse av at hvert individ er unikt, og den legger vekt på betydningen av menneskelige relasjoner, noe som utfordrer oppfatningen om omsorg som en teknisk prosedyre. Martinsen (1990) identifiserer tre distinkte dimensjoner av omsorgsbegrepet. Først beskriver hun omsorg som et rasjonelt konsept, der hun utforsker hvordan mennesker er gjensidig avhengige av hverandre og derfor har et moralsk ansvar overfor de sårbare i samfunnet. Videre hevder hun at omsorg er en praksis som innebærer

aktiv og praktisk deltakelse i å lindre andres lidelser. Til slutt argumenterer Martinsen for at omsorg har en dypt etisk dimensjon. Hun fremhever behovet for å håndtere maktforhold og de relaterte ansvarsområdene som følger med omsorgsarbeid. Prinsippet om solidaritet med de sårbare er en sentral retningslinje i et aspekt av maktutøvelsen.

Innenfor omsorgsetikken har vektleggingen av den profesjonelle relasjonen vært et fremtredende tema i faglitteraturen. Flere aspekter som understrekes i denne sammenhengen er empati, forståelse, anerkjennelse og omsorg (Martinsen, 1990). Debatten innenfor omsorgsetikken har i stor grad omhandlet de etiske dilemmaene som ansatte møter i deres samspill med brukere, da de må forholde seg til kravene om effektivitet og en rasjonell tilnærming til omsorg (Martinsen, 2012). Her oppstår utfordringen i å finne en balanse mellom å skape meningsfulle relasjoner i en effektiv helsesektor, samtidig som man skal utføre de oppgavene som tjenesten forventer av hver enkelt ansatt.

Omsorgsetikken utgjør en sentral komponent i profesjonelle praktiserende møte med kvinner med ROP-lidelser. Når man interagerer med denne brukergruppen, er hovedmålet å etablere en omsorgsfull relasjon som kjennetegnes av prinsipper som respekt, dialog, etisk refleksjon og emosjonell støtte. Dette formålet er rettet mot å fremme prosesser knyttet til bedring hos disse kvinnene. En omsorgsetisk tilnærming vektlegger spesielt behovet for å konstruere en omsorgsfull relasjon som er fundamentert på grunnleggende verdier som respekt, dialog, etisk refleksjon og emosjonell støtte. Den sentrale ideen her er anerkjennelsen av hver enkelt kvinnes situasjon, verdighet og autonomi. Dette gir disse kvinnene muligheten til å føle seg verdsatt og hørt, uavhengig av deres individuelle bakgrunn og tidligere erfaringer. Omsorgsetikken tilbyr et omfattende rammeverk for å møte og støtte kvinner med ROP-lidelser ved å ta i bruk omsorgsprinsippene med en innsikt i de samfunnsmessige utfordringene som påvirker dem (Martinsen, 1990).

### 2.2.2 Hjelpsomme relasjoner og sosial støtte

Mange av de samme prinsippene som kjennetegner en vellykket relasjon innenfor omsorgsetikken, gjenfinnes i faglitteraturen som omhandler relasjonsbygging i helse- og sosialsektoren. Relasjon er noe som oppstår som et resultat av samhandling mellom individer (Levin & Ellingsen, 2015). Dens substans referer til den emosjonelle og verdimeslige

dimensjonen som viser seg gjennom samspillet. Samtalen er på sin side et konkret uttrykk for innholdet i en relasjon, og fungerer som en refleksjon av selve relasjonen (Kokkin, 1998). I Lindvigs (2021) beskrivelse av relasjoner omfatter begrepet selve forholdet, samt de erfaringene som er knyttet til den andre personens tilstedeværelse og handlinger. Relasjonen inkorporerer dermed brukerens individuelle beskrivelser av de ansatte og omvendt, som gjenspeiler selve forholdet mellom dem (Lindvik, 2021). Begrepet hjelpsomme relasjoner tar ifølge forfatteren for seg relasjoner som brukere selv oppfatter som hjelpsomme.

Lindvig (2021) forstår profesjonelle relasjoner med brukere som karakterisert av godhjertete handlinger og gjensidighet. Hun argumenterer for at ansattes handlinger har en betydelig innvirkning på profesjonelle relasjoner, og at deres hjelpsomhet kan økes ved å fremme en relasjonell likhet som med vennskap. Hun påpeker at hjelpsomme relasjoner i bofelleskap innen rusomsorgen og psykisk helsevern deler likheter med andre profesjonelle relasjoner. I forlengelsen av det utfordrer hun den utbredte forståelsen av profesjoner, ved å fremheve de ansattes personlige fordeler ved å engasjere seg i spesifikke profesjonelle relasjoner. Studien hennes viser at gjensidigheten i relasjoner er lik den grunnleggende mellommenneskelige avhengigheten som alle mennesker deler (Lindvig, 2021). Praksisen hun beskriver befinner seg i en gråsoner i forhold til de tradisjonelle tankene om profesjonalitet. Brukerne selv vurderer praksisen som hjelpsom, noe som er spesielt viktig når brukere oppfordres til å ta ansvar for egen bedringsprosess. Derfor er det av stor relevans å utforske denne praksisen i faglige sammenhenger, ifølge Lindvig (2021).

I tillegg til betydningen av hjelpsomme relasjoner mellom ansatte og brukere, er også sosial støtte av vesentlig betydning i det helhetlige omsorgsarbeidet. Sosial støtte kan vise seg gjennom ulike former, for eksempel emosjonell støtte eller instrumentell støtte. Det er uklart knyttet til defineringen av et så komplekst begrep som sosial støtte. Imidlertid er en fellesnevner at det dreier seg om en prosess der individer mottar ressurser i form av oppmuntring og hjelp for å møte sine behov. Individer har et iboende behov etter anerkjennelse og oppleve at de har en betydningsfull rolle ovenfor andre, og følelsen av trygghet oppstår gjennom gjensidig emosjonelt engasjement i relasjoner (Biong & Soggiu, 2015). Eksempler på sosial støtte er positive tilbakemeldinger ansatte gir til brukerne. Denne positive støtten lagres som en form for kapital hos den enkelte som gir en følelse av selvtilit og positive ressurser som kan brukes i stressende situasjoner og i møte med kriser. Personer med slik kapital befinner seg i en posisjon hvor de bedre kan håndtere hverdagens

utfordringer (Bø, 2003). I henhold til Fyrland (2005) understøtter sosial støtte og tilhørighet til et sosialt felleskap en direkte positiv innflytelse på generell helse. Videre hevder hun at en sterk tilhørighet til et slikt felleskap kan føre til forbedret helse og økt livskvalitet, selv når man står overfor stress og belastninger (Fyrland, 2005).

### **2.3 Perspektiver på kjønn**

Et kjønnsperspektiv innebærer å ta hensyn til aspekter knyttet til kjønn. Dette inkluderer anvendelse av eksisterende kunnskap om det enkelte kjønn og en bevisst etterspørsel etter manglende informasjon (Meld. St. 16 (2002-2003)). Videre involverer en kjønnsspesifikk tilnærming å møte de unike utfordringene som kvinner eller menn opplever. Kjønn betraktes som mer enn en egenskap ved enkeltindivider (Hammarström et al., 2013). Levin og Ellingsen (2015) forstår kjønn som en kompleks relasjon mellom individer, formet av kulturelle og ideologiske kontekster. I dette perspektivet vil kjønn være «et alltid eksisterende fenomen uansett om det er gjenstand for eksplisitt påpekning og tolkning eller ikke» (Levin & Ellingsen, 2015, s.121).

Simone de Beauvoir (1949) adresserer temaene kjønnskonstruksjon og undertrykkelse, hvor hun utforsker hvordan samfunnet formulerer og forankrer kjønnsidentiteter. Sentralt i hennes arbeid er observasjon av hvordan kvinner ofte marginaliseres og betraktes som «den Andre» i forhold til menn. Hun viet oppmerksomhet til utforskningen av kjønnsdynamikk og maktforholdene som er til stede mellom kjønnene. Hennes refleksjoner om dette temaet har vært av sentral betydning for innsikten i de maktstrukturene som former kjønnsforholdene i samfunnet. Hun betraktet makt som en grunnleggende faktor i forståelsen av hvordan kjønnsforholdene kommer til uttrykk i samfunnet. Videre er hennes studier dypt forankret i en tilnærming som ikke ser på kvinnelighet som noe universelt og generelt, men i stedet søker å forstå kvinnelighet basert på kvinners egne erfaringer og hvordan samfunnsmessige normer og strukturer påvirker deres liv (Beauvoir, 1949). Dette perspektivet tilbyr en innsikt i hvordan ansatte i kommunehelsetjenesten kan være underlagt sosiale forventinger knyttet til kvinnelighet og hvordan slike forventinger kan påvirke deres tilnærming til støtte av kvinner med ROP-lidelser.

### 2.3.1 Stigma

Ikke bare som kvinne, men som kvinne med ROP-lidelser står Erving Goffmans (1963) sin teori om stigma sentralt. Personer med ROP-lidelser har et høyt antall normbrudd knyttet til rusbruk og blir ofte stigmatisert fordi de stadig bryter samfunnets normer (Greenfield et al, 2007a). I Goffmans bok «Stigma» (1963), utforsket han sosial interaksjon mellom enkeltpersoner som ble stigmatiserte på grunn av ulike egenskaper og de som ansås som «normale». Goffman definerte stigma som en egenskap som svekker personers status og anseelse, og beskrev det som et misforhold mellom en persons oppfatning og deres faktiske identitet. Han identifiserte tre hovedkategorier av stigma. Den første omhandler fysiske og kroppslige forskjeller. Den andre omhandler karaktertrekk, som for eksempel avhengighet. Den tredje kategorien er knyttet til etniske forskjeller som nasjonalitet og religion. Goffmans begrep om stigma handler om hvordan samfunnets reaksjoner og kategorisering gir uønskede avvik fra det som anses som «normalt». Dette fører til negative reaksjoner fra grupper og skaper usikkerhet hos den enkelte. Stigma kan føre til en følelse av sosial utenforskap og utfordringer knyttet til samhandling med andre i samfunnet (Goffman, 1963).

Goffman viser til at stigmatiserte personer noen ganger oppfører seg i tråd med den merkelappen samfunnet har påført dem. Dette kan føre til at personene blir vurdert som mindre verdifulle, og det øker risikoen for at de blir behandlet på en krenkende måte. Stigmatiseringen vil kunne føre til marginalisering og ekskludering fra samfunnet (Goffman, 1963). Dette er spesielt relevant for kvinner med ROP-lidelser. Rusmisbruk og psykisk uhelse oppfattes ofte som en overtredelse av samfunnets normer, og kan føre til at den stigmatiserte opplever at en ikke hører til. Dette vil kunne redusere deres selvbestemmelse og autonomi. Personer med ROP-lidelser og et høyt antall normbrudd knyttet til rusbruk blir ofte stigmatisert fordi de stadig bryter samfunnets aksepterte normer. Stigmatisering begynner dermed å spille en rolle i denne prosessen (Greenfield et al, 2007a).

Goffman (1963) differensierer ikke kjønn i sitt arbeid, men hans teorier er likevel av sentral betydning da de undersøker hvordan samfunnet påvirker individets opplevelse av skam som følge av stigmatisering. Goffman utforsker hvordan samfunn påvirker individet når det avviker fra det som betraktes som aksepterte normer. Han skriver at personer som er utsatt for stigmatisering ofte aktivt arbeider for å skjule de egenskapene som bærer stigmaet, for å unngå en negativ sosial reaksjon. Han argumentere videre for at dette kan ha innvirkning på



individets selvforståelse. Selv om Goffman ikke spesifikt adresserer kvinners erfaringer med skam i sitt arbeid, gir hans teorier likevel et rammeverk som hjelper til med å forstå hvordan stigmatisering kan påvirke kvinner og deres følelse av skam, spesielt når de avviker fra samfunnets forventninger eller opplever stigmatisering basert på kjønns spesifikke egenskaper (Goffman, 1963). Både Goffmans og Beauvoirs litterære arbeider er forankret i en felles antagelse om at mennesket eksisterer som en del av et sosialt felleskap, og dermed blir påvirket av hverandre. Begge teoretikerne vektlegger hvordan individer blir stigmatisert av andre gjennom samspillmønstre. Dette kan knyttes til det relasjonelle mellom ansatte og kvinner med ROP-lidelser.

### **3 Metodologi**

I det følgende kapittelet vil jeg presentere en redegjørelse for de metodiske beslutningene som ligger til grunn for oppgaven. Jeg vil først presentere fenomenologi og hermeneutikk som oppgavens vitenskapeligteoretiske posisjon. Jeg vil så presentere og begrunne valget av forskningsdesign før jeg videre beskriver tilnærmingen til datainnsamling, koding og analyse som er benyttet. Videre vil jeg diskutere min egen forforståelse, refleksivitet og de etiske hensynene som har vært viktig i dette prosjektet. Til slutt vil jeg gjennomgå både styrkene og svakhetene som er knyttet til den valgte forskningsmetodologien.

#### **3.1 Vitenskapsteoretisk posisjon**

For å belyse oppgavens problemstilling, har jeg valgt å benytte en kvalitativ forskningsmetode som er forankret i et fenomenologisk og hermeneutisk rammeverk. Denne tilnærmingen er valgt på grunnlag av dens mulighet til å utforske de individuelle og subjektive erfaringene som deltakerne i denne studien har fortalt om (Kvale og Brinkmann, 2018). Gitt problemstillingens karakter, fremstår denne tilnærmingen som passende da den ønsker å utforske deltakernes erfaringer.

##### **3.1.1 Fenomenologi**

Fenomenologi kjennetegnes ved sitt fokus på personers subjektive oppfatninger av og erfaringer fra virkeligheten, og den har en sentral plass i kvalitative studier (Thoresen et al.,

2020). Edmund Husserl<sup>1</sup>, kjent som grunnleggeren av fenomenologien, beskriver nødvendigheten av en tilbakevending til saken selv, for å oppnå innsikt i den enkeltes subjektive oppfatninger av de fenomener som omgir oss. Innenfor rammene av kvalitativ metode har fenomenologien sitt fundament i teorier om den menneskelige opplevelsen, og kan betraktes som en vitenskap som utforsker hvordan individets erfaringer viser seg (Kvale & Brinkmann, 2018).

En fenomenologisk tilnærming gir muligheten til å kaste et kritisk blikk på de nyansene og mangfoldet som finnes i deltakernes erfaringer (Kvale og Brinkmann, 2018), samt forstå kjerneelementer som de opplever som sentrale for å fremme bedring i kvinnes liv. Dette blir spesielt betydningsfullt i forsøket på å utdype en forståelse av hvordan ansatte i kommunehelsetjenesten tolker og gir mening til bedringsprosesser. Gjennom dette perspektivet kan man utforske de aspektene som har dype betydninger for ansatte når de arbeider med kvinner med ROP-lidelser. En fenomenologisk tilnærming muliggjør også en utforsking av variasjoner i ulike oppfatninger (Thoresen et al., 2020), i dette tilfellet blant ulike ansatte i helsevesenet.

Fenomenologien tar også for seg konseptet «jeg-bevissthet», som Edmund Husserl kaller det (Kvale & Brinkmann, 2018). Dette begrepet tar for seg personens bevissthet om hvordan fenomener åpenbares for den enkelte, samtidig som det anerkjenner disse fenomenenes eksistens i verden. Husserls interesser omfattet særlig mellommenneskelige møter, hvor han fremmet prinsipper som åpenhet, innlevelse, empati og fravær av fordommer som avgjørende for å forstå den andre. Dette for å bli kjent med den andres egenart og særegenheter (Kvale & Brinkmann, 2018). Deltakerens jeg-bevissthet innebærer deltakernes evne til å erkjenne egne antakelser, holdninger og perspektiver når de vurderer hva som bidrar til eller hindrer bedring hos kvinner med ROP-lidelser. Dette er viktig for å unngå forutinntatte oppfatninger og forstå mer nøyaktig hvordan de opplever og tolker kvinnes opplevelser.

---

<sup>1</sup> Edmund Husserl (1859-1938) var en tysk filosof. Han anerkjennes som grunnleggeren av fenomenologien, som studerer strukturen til bevissthet, persepsjon og menneskelig erfaring. Han publiserte verk som utgjorde grunnlaget for fenomenologien som disiplin (Thoresen et al., 2021).

### 3.1.2 Hermeneutikk

Denne studien har sin forankring i en hermeneutisk tilnærming, som handler om tolkning og forståelse av menneskelig erfaring (Malterud, 2011). Dette blir spesielt relevant når ansatte reflekterer om komplekse tema som bedringsprosesser hos kvinner med ROP-lidelser, da deres forståelse kan være gjenstand for tolkning og analyse. Når man tar sikte på å undersøke menneskelige erfaringer og beskrivelser, blir bruken av tolkninger uunngåelig (Thoresen et al., 2020). Hermeneutikk kan oversettes som «fortolkningslære», og utgjør grunnlaget for å forstå og gi mening til fenomener som er gjenstand for studier. For å kunne forstå ansattes erfaringer og opplevelser kreves det en tolkning av det som blir observert og hørt (Malterud, 2017).

Å inneha et hermeneutisk perspektiv innebærer å betrakte helheten i lys av hver enkelt del. Gadamer referer til en slik prosess som den «hermeneutiske sirkelen». Dette konseptet innebærer å betrakte alle individuelle deler som utgjør en helhet, deretter tolke helheten basert på forståelsen av de enkelte delene (Thoresen et al., 2020). I denne studien søker jeg å skaffe innsikt i om hva ansatte i kommunehelsetjenesten erfarer som viktig for å fremme bedringsprosesser blant kvinner med ROP-lidelser, samt hvilke hindringer de erfarer i sitt arbeid med å støtte bedring. Min analyse, basert på en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming, har involvert en dypere og mer kritisk tolkning av tekstens underliggende meningsinnhold, med det formål å oppnå en mer nyansert forståelse (Kvale & Brinkmann, 2018). Gadamer understreker at meningsdannelse påvirkes av en forforståelse, som ikke trenger å være bevisst og jeg understreker derfor at min egen forståelse og faglige perspektiver har påvirket analysen og drøftingen, selv om det ikke har vært eksplisitt bevisst (Thoresen et al., 2020). Videre er det i denne forbindelse verdt å nevne at en bedringsprosess er en kompleks prosess som både er en sosial og personlig prosess som utvikler seg over tid. Dette gjør at bedringsprosessen ikke alene er et observerbart fenomen. På grunn av dette kan fenomener som fremmer og hindrer bedringsprosessen være utfordrende å oppdage uten tilstrekkelig innsikt og forhåndskunnskap. Gjennom bruk av en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming i denne studien, har hensikten vært å oppnå en dypere forståelse av deltakernes eget perspektiv på hva som i deres arbeid bidrar til å fremme bedringsprosesser hos kvinner med ROP-lidelser og utforske deres opplevelse av utfordringer de møter på veien i dette arbeidet.

### **3.2 Valg av forskningsdesign**

For å belyse problemstillingen var det nærliggende å ta utgangspunkt i kvalitativ metode. Et kvalitativt forskningsdesign egner seg godt for studier som ønsker å belyse ulike forståelser og fortolkninger av et fenomen (Green & Thorogood, 2018). En kvalitativ tilnærming var dermed hensiktsmessig for å belyse oppfølging av kvinner med ROP-lidelser.

Utgangspunktet er å få fram forskjeller og likheter i måter å oppfatte, håndtere og jobbe med bedringsprosesser for kvinner med ROP-lidelser i de ulike botilbudene i kommunehelsetjenesten. Studien er eksplorerende da det er erfaringene til ansatte som er grunnlaget for forståelsen av det problemstillingen undersøker (Green & Thorogood, 2018). Erfaringer og opplevelser er ikke data som kan tallfestes og et kvalitativt forskningsdesign egner seg derfor godt i denne oppgaven. Valg av kvalitative forskningsintervju ligger i at det ville gi meg mulighet til å gå i dybden og ta en del i deltakernes tanker og refleksjoner gjennom erfaringsdeling (Tjora, 2017). Jeg søker erfaringer på hva de ser som viktig for å fremme kvinnes bedringsprosesser, samt hvilke utfordringer de opplever i sitt arbeid med å støtte oppunder disse bedringsprosessene. Studien er systematisk og refleksiv og den tar sikte på å være overførbar (Malterud, 2011).

### **3.3 Utvalg og rekruttering**

Det ble gjennomført en selektiv rekrutteringsprosess av deltakere som besatt relevant erfaring innen kommunehelsetjenesten og som kunne gi innsikt i arbeidet med bedringsprosesser hos kvinner med ROP-lidelser. I Norge er det et begrenset antall botilbud som er rettet mot kvinner med ROP-lidelser. Dette utgjorde en begrensende faktor ved rekrutteringen av deltakerne. Jeg valgte å kun rekruttere deltakere fra botilbud som var dedikert til oppfølging av kvinnelige brukere. Denne seleksjonen var begrunnet i studiens spesifikke fokus på kjønns spesifikke tilnærming for bedring innenfor denne brukergruppen.

Utvelgelsen av deltakere basert på spesifikke kvalifikasjoner eller egenskaper som antas å være essensielle for å adressere studiens problemstilling faller inn under kategorien av strategisk utvalg (Kvale og Brinkmann, 2018). Deltakerne i denne studien ble selektert med hensyn til deres yrkesmessige tilknytning til kvinnespesifikke tiltak som tilbys for kvinner med ROP-lidelser. Det ble vektlagt deres spesielle kompetanse innenfor det emneområdet som skulle undersøkes (Malterud, 2017). En kvalitativ studie er ment å gi en bearbeidet analyse som utforsker et tema med en teoretisk forankring (Braun & Clarke, 2019). Målet er

at dette strategiske utvalget vil kunne bidra til ny kunnskap om hva som fremmer og hindrer bedring hos kvinner med ROP-lidelser. Det er imidlertid viktig å anerkjenne at dette strategiske utvalget ikke kan generaliseres til å representere hele brukergruppen (Green & Thorogood, 2018).

Det var ønskelig med 6-8 deltakere i studien. Ifølge Malterud (2012) er utvalgets størrelse av betydning for funnenes overførbarhet og gyldighet. For å kunne få et nyansert datamateriale med tilstrekkelig grunnlag for analyse valgte jeg å intervju syv personer. Green & Thorogood (2018) mener at når det ikke lenger fremkommer ny informasjon i intervjuene og datamaterialet man innehar er rikt og nyansert behøver man ikke ytterligere intervju. Syv personer er riktignok et lavt antall og det gir ikke tilstrekkelig metning. Når det gjelder studiens overførbarhet kan man sette spørsmål til om erfaringene fra syv personer kan være relevant utover den lokale konteksten. Deltakernes beskrevne erfaringer bør derfor ikke nødvendigvis ses som direkte relevant i andre sammenhenger. Jeg treffer dermed ingen generaliserbare slutninger i studien.

For å etablere kontakt med deltakere til studien henvendte jeg meg per telefon til ledelsen ved seks ulike botilbud rundt i landet med informasjon om studien. Ledelsen ved botilbudene videreformidlet formålet med studien til sine ansatte. Samtlige sa seg villig til å bli oppringt av meg. Jeg tok deretter kontakt med dem per telefon og spurte om jeg kunne sende dem informasjon om prosjektet, som alle bekreftet at de ville. Etter å ha fått tilsendt informasjonsbrev og informert samtykke (Vedlegg 1), tok jeg igjen kontakt og de bekreftet at de ønsket å delta. Informert samtykke ble signert og returnert per post.

Deltakerne som ønsket å delta i studien var godt kvalifiserte da alle hadde lang erfaring med kjønnsdelt oppfølging for kvinner med ROP-lidelser. Deltakerne hadde ulik fagbakgrunn og bar derfor også med seg ulik kunnskap og forståelser inn i intervjuene. Alle deltakerne oppfylte studiens inklusjonskriterier som var å ha jobbet klientnært i minst ett år, være over 18 år, begge kjønn, og å snakke norsk. Jeg ønsket i utgangspunktet ikke å intervju kollegaer da en allerede eksisterende relasjon trolig ville påvirke hva deltakerne kom til å dele i intervjuet, og på hvilken måte. Rekrutteringsprosessen viste seg imidlertid å være vanskeligere enn antatt og det ble derfor et bevisst valg om å rekruttere to deltakere fra min daværende arbeidsplass. Disse deltakerne ble rekruttert på samme måte som de andre,

gjennom leder og var to personer som stod meg mer perifert. Av hensyn til deltakernes anonymitet presenterer jeg ikke deltakere ytterligere.

### **3.4 Datainnsamling**

Alt datamaterialet ble fremskaffet gjennom intervjuer. Studiens datainnsamling foregikk fra august 2022 til desember 2022. Jeg vurderte at semistrukturerte dybdeintervju ville være en god måte å skaffe data på og at dette var en godt egnet fremgangsmåte da det åpner for en større mulighet for å utdypning og refleksjon rundt de ulike spørsmålene (Tjora, 2017). Et semistrukturert intervju ville fange deltakernes erfaringer knyttet til oppgavens problemstilling og derfor formålstjenlig å benytte. I et semistrukturert intervju har man spørsmål og tema som er planlagt for å gå i dybden på de ulike temaene (Green & Thorogood, 2018). Dette gir også mulighet for å stille oppfølgingsspørsmål. Som intervjuer vil man med en slik metode i større grad kunne ha en åpen tilnærming hvor man i løpet av intervjuet kan velge å vektlegge det deltakerne ser som viktig (Kvale & Brinkmann, 2018).

Jeg utarbeidet en intervjuguide (Vedlegg 4) som inneholdt seks hoveddeler for å finne svar på oppgavens problemstilling. Denne ble diskutert med begge veiledere før og etter første intervju. Jeg startet intervjuene med innledende spørsmål før jeg gikk over til temaene og hovedspørsmålene. Temaene jeg hadde valgt ut på forhånd var tilnærming til brukergruppen, ROP-kvinnens behov, bedringsprosesser og kjønnsperspektiv. Underveis fikk deltakerne oppklaringsspørsmål og til slutt muligheten til å tilføye andre ting som vi ikke hadde kommet innom underveis (Tjora, 2017). Fire av intervjuene ble gjort over telefon, mens tre ble gjennomført fysisk. Det var i utgangspunktet ønskelig å gjennomføre alle intervjuene fysisk, men da flere av deltakerne var bosatt ulike steder i landet måtte jeg velge det som var hensiktsmessig. Jeg gjorde et testintervju over telefon for å forsikre at lyd kvaliteten var tilstrekkelig, samt for å forberede meg på hvordan et telefonintervju ville bli. Jeg opplevde at noe av helheten og dybden i intervjuene som foregikk over telefon ble borte i forhold til intervjuene som foregikk fysisk.

Dagen før intervjuene fant sted forsikret jeg meg om at deltakerne fremdeles ønsket å delta i studien. Før lydopptaket ble startet fikk deltakeren en nøye introduksjon av studien og hvordan intervjuet ville foregå. Kvale og Brinkmann (2018) fremhever betydningen av å skape en intervjusituasjon som er både betryggende og avslappende for deltakerne. Jeg presiserte at det var deres erfaringer og meninger jeg søkte, ikke svarene de tenkte var riktig

sett i forhold til deres ledes eller mitt syn. Videre gjennomgikk jeg min rolle som intervjuer, hvor jeg spesifiserte min rolle som lyttende og minst mulig deltakende, men at jeg ville lede dem inn på tema jeg så som relevant for studien (Malterud, 2012). Ettersom jeg var kollega med to av deltakerne var det især viktig å tydeliggjøre hvilken rolle jeg hadde. Videre ble deltakerne forklart at det var deres opplevelser jeg søkte, også negative opplevelser og erfaringer. De første intervjuene jeg gjennomførte var jeg svært knyttet til intervjuguiden, men opplevde at etter hvert som jeg ble trygg i rollen ble mer løsrevet fra denne som også førte til bedre intervju. Etter at jeg hadde gjennomført to intervjuer ble noen av formuleringene av spørsmålene i intervjuguiden tilpasset for å få mer utfyllende svar fra de andre deltakerne.

Intervjuene ble gjennomført brukte jeg en diktafon for å ta lydopptak av intervjuene. Ved å ta i bruk en diktafon kunne alt fokus rettes mot deltakerne slik at jeg kunne konsentrere meg om det som ble sagt (Tjora, 2017). Alle deltakerne fikk formidlet at de ble tatt lydopptak av og hvordan dette ville bli oppbevart i henhold til personvernregler ved UiO.

### **3.5 Dataanalyse**

Studiens dataanalyse er gjennomført med utgangspunkt i Braun og Clarkes sin seks-trinns modell (2006). Deres tematiske analysemetode er en ofte brukt tilnærming i kvalitative analyser. I en slik tilnærming ser man på ulike mønstre og tema i ens datamaterialet hvor temaene viser viktige fellestrekk i studien. Man vil på denne måten kunne identifisere, analyse og rapportere mønstre i datamaterialet og da prøve å forstå meningen i datamaterialet. Denne analysemetoden søker å beskrive mønstrene på tvers av dataen i datamaterialet. Metoden er kompleks ved at den har detaljerte beskrivelser, samtidig som den har en teoretisk frihet som gjør at det er en fleksibel tilnærming (Braun & Clarke, 2006).

Trinn en: Å gjøre seg kjent med datamaterialet

Datamaterialet bestod av syv intervjuer. For å bli kjent med datamaterialet og som en del av den analytiske fremgangsmåten ble alle intervjuene transkribert ordrett, som vil si at man skriver lydopptaket om til skrift (Kvale og Brinkmann, 2018). For å få et eierforhold til datamaterialet ønsket jeg å transkribere alle intervjuene selv. Ifølge Malterud (2017) styrker dette den vitenskapelige kvaliteten på analysearbeidet. Gjennom å lytte til lydopptakene fra intervjuingene og transkribere innholdet i Word kunne jeg få en gjengivelse av det som ble sagt. Ved å oversette datamaterialet fra talespråk til skriftspråk fikk jeg altså strukturert

datamaterialet til den videre analysen og jeg fikk en god oversikt (Kvale og Brinkmann, 2018). Jeg transkriberte verbatim, som vil si at alt av pauser, latter og pauseord som «ehh» er tatt med. Noen av deltakerne hadde dialekter og slang. Dette ble utelatt og alt ble transkribert på bokmål. Baksiden med dette er at noen av detaljene kan forsvinne (Tjora, 2017). Underveis som jeg transkriberte ble intervjuene aidentifisert. Noen av deltakerne opplevdes som utydelig i deler av intervjuet, derfor gjennomgikk jeg opptakene flere ganger for å forsikre meg om nøyaktigheten i transkriberingen av det som ble sagt. Etter jeg hadde hørt intervjuene i sin helhet skrev jeg ned momenter fra intervjuet jeg så som spesielt interessant for oppgavens problemstilling. Jeg hørte over intervjuet med transkriberingen foran meg for å forsikre meg om at transkriberingen var korrekt. Med dette fikk jeg også sjekket at jeg hadde forstått det deltakeren ønsket å formidle (Braun & Clarke, 2006).

#### Trinn to: Generere de første kodene

I dette trinnet begynte jeg å kode datamaterialet. Koding av data handler om å sette ord på sentrale poeng i datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Jeg har kodet induktivt og hvor jeg laget en tabell med to kolonner hvor jeg hadde den transkriberte teksten i den ene og satt inn koder i den andre. Å kode induktivt vil si at man koder teksten uten å tolke innholdet (Tjora, 2017). Kodene ble gjort til korte setninger eller ordsammenstillinger som representerte hva deltakerne hadde sagt. Braun and Clarke (2006) skriver at kodingen vil kunne identifisere data som er meningsfull for det en studerer. Kodingen gjorde at jeg fikk systematisert datamaterialet og fremhevet viktige moment. Denne prosessen var dynamisk, og jeg måtte hele veien gå fram og tilbake mellom kodingen og datamaterialet for å se at kodene beskrev det deltakerne faktisk sa. Ved å legge til koder i datamaterialet kunne jeg se hva svarene handlet om, som hjalp meg til å analysere resultatene av intervjuene (Braun & Clarke 2006, 2019).

Tabell 2: Eksempel på kodet data.

|   |   |
|---|---|
| <p>I: Hvordan da?</p> <p>D: Altså, hvis du viser et lite tegn til sårbarhet så blir du plukket ifra hverandre av de andre i rusmiljøet, og utnyttet. Det er sånn survival of the fittest. Veldig sånn tydelig. Den som bruser mest med fjærene...</p> | <p>sårbarhet fører til utnyttelse</p> <p>forvridde status og hierarki</p> |
|---|---|



|   |   |
|---|---|
| <p>Det er ganske forvridd status og hierarki på ting. Men hvis du klarer å oppnå respekt, Vi snakker, i gåseøyne, frykt, da har du en posisjon på en måte. Men hvis du er en som vakler, da er du fort det bytte. Og forskjell på kvinner og menn sånn generelt er jo at kvinner er mer følelsesstyrt, mens menn er mer logiske og rasjonelt skrudd sammen.</p> | <p>oppnåelse av frykt gir posisjon</p> <p>Sårbarhet gjør en til bytte.</p> <p>Kvinner er mer følelsesstyrt.</p> <p>Menn er logisk og rasjonell.</p> |
|---|---|

#### Trinn tre: Plassere koder i kategorier

I dette trinnet sorterte jeg kodene i ulike kategorier. Slik Braun og Clark foreslår laget jeg en tabell og la kategorier horisontalt og den enkelte deltaker vertikalt. Sett opp imot forskningsspørsmålet sorterte, analyserte og kombinerte jeg kodene. Dette gjorde det mulig å identifisere mulige felles overordene kategorier. Jeg plasserte kodene i de kategoriene det passet best inn (Braun & Clarke, 2006).

#### Trinn fire: Utvikling av tema

For å se sammenheng og mønster i kategoriene ble all det kodende datamaterialet i hver kategori gjennomgått. I starten hadde jeg mange koder og flere måtte etter hvert forkastes da noen gikk over i hverandre. Oppgaven tar for seg arbeid med bedringsprosesser for kvinner med ROP-lidelser og oppfølging av denne brukergruppen er kompleks og mange av prosessene med hjelpetiltak foregår samtidig. Jeg observerte her en gjensidig overlapping mellom flere kategorier. Kategoriene ble på dette tidspunktet vurdert opp imot hvorvidt de dannet et sammenhengende mønster som var tilstrekkelig som tema i den videre analysen.

#### Trinn fem: Definere og navngi tema

Ut ifra kodingen og kategoriseringen jeg hadde gjort kom jeg frem til noen tema. Tema er mønstre som er fremtredende i datamaterialet som belyser fenomenet som studeres (Braun & Clarke, 2006). I analysearbeidet opplevde jeg at det skjedde en utvikling underveis i arbeidet om hva det var egentlig deltakerne fortalte meg og temaene ble først klare for meg når jeg så mønstrene i kategoriene. Underveis i analyseprosessen har jeg måtte gå tilbake og lese igjennom datamaterialet før det ble kodet for å være sikker på at jeg med de valgte temaene har klart å fange meningsinnholdet i datamaterialet. Ved å gjentatte ganger gå fram og tilbake

mellom de ulike trinnene i har jeg kunne fått bekreftet en gyldighet i de valgte temaene (Braun & Clarke, 2006). Analyseprosessen førte til at jeg satt igjen med tre tema; Tverrfaglighet og samordning av tjenester, en relasjonell tilnærming til kvinner med ROP-lidelser, og kvinner og rus.

Trinn seks: Skrive ut resultat

I trinn seks ble resultatene skrevet ut. Her skrev jeg frem datamaterialet på en slik måte at de ble satt i en kontekst og gjort en mening ut av. Dette er mer enn en beskrivelse av datamaterialet, men en overbevisende fortelling. Datamaterialet underbygges og støttes av sitater og mine sammenfatninger. Det som ligger mellom linjene i datamaterialet blir presentert i form analysen, som illustrerer historien oppgaven ønsker å fortelle (Braun & Clarke, 2006). Resultatene presenteres i sin helhet i kapittel fem.

### **3.6      Forskningsetiske vurderinger**

Å beherske kvalitativ forskning er mer enn å beherske intervjuene ifølge Kvale og Brinkmann (2018). De viser til en prosess som innebærer refleksjon over praksis, etiske elementer og om overføringsverdien mellom intervjuene og kunnskapen som produseres. Det er altså flere elementer som spiller inn og dermed vil jeg i det påfølgende diskutere forskningsetiske vurderinger, herunder min egen forforståelse, rolleforståelse, informert samtykke og konfidensialitet (Kvale og Brinkmann, 2018).

Prosjektet ble sendt til personvernombudet for forskning (Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste, NSD (vedlegg 2). Prosjektet ble godkjent. Det ble videre godkjent av kvalitetssikringsutvalget på Universitet i Oslo (UiO masteroppgavekomite). I henhold til sikring av taushetsbelagt informasjon og konfidensialitet har ingen data om deltakerne blitt formidlet på en slik måte at de er gjenkjennbare. Konfidensialitet handler om enigheten om hva som kan gjøres med data gitt av deltakerne i studien. En tar stilling til hvilken informasjon som skal være tilgjengelig for hvem, og det skal foreligge en enighet med deltakerne på dette (Kvale & Brinkmann, 2018). Å finne balansen i det å ivareta deltakernes integritet og samtidig opprettholde vitenskapelig troverdighet har vært viktig i alle ledd i prosessen.

Deltakerne i studien fikk tilsendt et informasjonsskriv med informasjon om studien og alle signerte et samtykkeskjema (Vedlegg 1). Et informert samtykke handler om å ivareta

deltakernes autonomi og sikre at deltakeren ikke skades som følge av studien. Dette vil si at deltakerne i studien har blitt orientert om hva som er studiens design, hensikt og formål, og mulige risikoer og fordeler det er ved å delta (Thagaard, 2018). Videre innebærer informert samtykke at deltakerne har fått informasjon om muligheten til å trekke seg fra studien på ethvert tidspunkt og at deltakelsen er frivillig (Kvale & Brinkmann, 2018). Jeg var spesielt bevisst deltakernes konfidensialitet i prosessen hvor jeg valgte ut sitater som skulle bli brukt i resultatdelen. Alt datamaterialet ble lagret i Tjenester for Sensitive Data (TSD) for å sikre datamaterialet. Videre ble koblingsnøkkel brukt, der deltakernes personopplysninger ble erstattet med en kode. Denne koden ble lagret sikkert på en dedikert liste, adskilt fra de øvrige forskningsdataene. Det er kun undertegnede og veileder som har hatt tilgang til denne.

I kvalitativ forskning blir den som gjennomfører studien en aktiv deltaker i arbeidet med å hente ut datamaterialet og man er dermed heller ikke nøytral i forhold til det som skal studeres. Dette er viktig å være bevisst da det kan påvirke prosessen og det krever kontinuerlige etiske vurderinger (Malterud, 2017). Jeg har i løpet av perioden prøvd å inneha et kritisk blikk til den kvalitative metoden hvor jeg har stilt spørsmål til flere av aspektene i prosessen med innhenting av datamaterialet.

I prosessen med intervjuene opplevde jeg at jeg i de første intervjuene gikk noe fort frem. Dette tenker jeg var som følge av min nærhet til feltet (Thagaard, 2018). Jeg ble dette bevisst gjennom refleksjon med veileder og integrerte denne erfaringen i de påfølgende intervjuene. Kvale og Brinkmann (2018) skriver om viktigheten av at intervjuerens kvalifikasjoner innebærer å mestre samtalemessige ferdigheter. Jeg har reflektert over om jeg har klart å kommunisere godt nok med deltakerne i intervjuene. Etter hvert intervju skrev jeg ned feltnotater og refleksjoner jeg gjorde meg. Etter jeg hadde skrevet disse ned la jeg dem bort. Dette ble et verktøy for å være meg selv bevisst min egen forforståelse og refleksjoner i tillegg til at det gav meg et mer utfyllende bilde av intervjusituasjonene (Braun and Clarke, 2006). Noe jeg her har funnet vanskelig har vært å presentere resultater som er løsrevet fra intervjuets helhet. Med dette mener jeg at da resultatene er analysert i lys av min tolkning og forståelse er det en risiko for at deltakerne opplever en fremmedgjøring av datamaterialet. Jeg har imidlertid strebet etter å gjennomføre en analyse så helhetlig som mulig.

I et intervju kom det fram at deltakeren også hadde egen brukererfaring som ROP-pasient. Jeg reflekterte om dette var erfaringer som burde blitt ekskludert fra intervjuet. Jeg så det som noe

problematisk da det var de ansattes erfaring jeg søkte, ikke et brukerperspektiv. Jeg valgte imidlertid å ta det med da det gav et rikere perspektiv. Ankerpunktet i denne avgjørelsen lå i at alle har ulike bakgrunner og erfaringer og det ville blitt feil å skulle ekskludere på dette.

#### 4.5.2 Forforståelse

Det at jeg de siste årene har jobbet spesifikt med kvinner med ROP-lidelser har medvirket til valg av tema for masteroppgaven. Jeg har i løpet av studietiden kunnet koble tema opp mot studieløpet i masteroppgaven og dermed fått muligheten til å undersøke dette mer inngående. Også kunnskapen jeg har tilegnet meg under studier har preget forforståelsen min. Det omfatter blant annet viktigheten av psykososial oppfølging av rusmiddelavhengige. Inngående kunnskap om sosiale ulikheter i samfunnet, spesielt for kvinner, har medvirket til min interesse for bedringsprosesser hos kvinner med ROP-lidelser.

Min forforståelse kan ha gjort at jeg har gått inn med forutinntattheter om kvinner med ROP-lidelser og etablerte forventninger om hvilke svar deltakerne ville komme med og hva tolkningen av analysen vil vise. Det at jeg har jobbet så nært kvinner med ROP-lidelser de siste årene har hatt mye å si for hvilke forskningsspørsmål og spørsmål i intervjuguiden jeg har valgt, i tillegg til at dette har vært fremtredende i gjennomføringen av intervjuene og tolkningen av dem.

Ettersom jeg selv jobber i feltet så jeg en risiko for at deltakerne ville svare basert på de antakelsene de måtte ha om hva jeg var ute etter. Jeg har undret meg over hvordan min egen erfaring og kunnskap om oppgavens problemstilling har påvirket mine egne forventninger til hva jeg ville finne. Tema bedringsprosesser for ROP-kvinner er imidlertid komplekst og stort, og jeg tenker det derfor har vært viktig at det nettopp har vært en tilstrekkelig nærhet til tema for å kunne gripe om deltakernes erfaringer. Jeg har på grunn av denne nærheten kunne ta del i en felles forståelse mellom deltakeren og meg (Thagaard, 2018). Hadde ikke en slik nærhet vært etablert kan det tenkes at man ikke hadde klart å forstå deltakernes utsagn. Til tross for en slik nærhet kan dette likevel være en risiko. Min nærhet til faget kan imidlertid gjøre at jeg ser sammenhenger jeg ellers ikke hadde sett. Jeg har derfor måtte vært svært bevisst på hvordan dette ikke skal farge tolkningene og konklusjonene jeg trekker i studien (Kvale og Brinkmann, 2018).

### 3.6.1 Betraktninger om forskerrollen - refleksivitet

I kvalitative studier er refleksivitet og transparens viktige kvalitetskriterium og jeg har i dette metodekapittelet forsøkt å beskrive forskningsprosessen så grundig som mulig. Kvalitative studier åpner ikke for mulighet til reproduksjon på samme måte som kvantitative studier (Kvale & Brinkmann, 2018), og transparens blir derfor viktig i oppgave som dette.

Transparens handler om å ha en åpenhet i forskningsprosessen for å skape tillit til resultatene. Transparens gjør det mulig å gjenskape studien ved å følge den samme metodikken som bidrar til å bekrefte oppgavens pålitelighet. Ved at jeg har forsøkt å være så transparent som mulig gir jeg andre muligheten til å kritisk vurdere både studiens metode og resultat (Braun & Clarke, 2019).

Min subjektivitet har påvirket forskningsprosessen og studiens resultat gjennom både min intensjonalitet og forforståelse (Thoresen et al., 2020). Også studiens forskningsspørsmål er inspirert av mine forkunnskaper, bakgrunn, verdier og erfaringer. Ut ifra praksiserfaringer som sosionom, og mange møter med kvinner med ROP-lidelser, har jeg blitt nysgjerrig på hva det er vi som jobber i hjelpeapparat spesifikt gjør for å hjelpe disse kvinnene til å mestre livene sine bedre. Disse møtene har gitt meg noen tanker om at man gjør mye for å møte disse kvinnene i deres kaotiske hverdag, men det er lite forskning som forteller oss hva av dette som faktisk fungerer. Med bakgrunn i praksiserfaringer har jeg blitt nysgjerrig på hvordan et tverrfaglig helsevesen kan møte kvinner med ROP-lidelser for å bidra til at de får en noe enklere hverdag. Jeg undres om tiltak gjort av ansatte på rusinstitusjoner bidrar til økt livskvalitet. Mine møter med kvinner med ROP-lidelser og med helsevesenet har hatt betydning for innfallsvinkelen jeg har valgt for denne studien. I tillegg har det påvirket de forskningsmessige perspektivene jeg har valgt i studien. Jeg har forsøkt gjennom hele forskningsprosessen å være selvbevisst mine forhåndskunnskaper ved å stille meg så nøytral som mulig, også i analysen mens jeg har fordypet meg i datamaterialet. I henhold til Thoresen med flere (2020) vil det aldri være mulig å bli helt nøytral, men ved å erkjenne dette blir det mulig å kritisk undersøke egen posisjon.

En refleksiv holdning skal være gjennomsyret av åpenhet og nysgjerrighet gjennom hele forskningsprosessen, også i utformingen av både intervjuguide og intervjuer (Braun & Clarke, 2019). Bevisstheten om at ingen intervju er nøytralt kan man tenke seg at det at deltakerne visste at jeg var sosionom og arbeidet med kvinner med ROP-lidelser gjorde at de ordla seg

annerledes og tok opp ting og tema de kanskje ellers ikke ville gjort hadde det vært noen som ikke hadde bakgrunn fra feltet (Kvale og Brinkmann, 2018). Denne maktdynamikken er viktig å løfte. Jeg har måtte være oppmerksom på at min tilstedeværelse har kunnet påvirket hvilke svar som har kommet fra deltakerne. Deltakerne fikk imidlertid forklart min rolle både i skrivet om informert samtykke, samt når selve intervjuet skulle finne sted. Videre har både kodingen, kategoriseringen og identifiseringen av tema blitt påvirket av hvem jeg er. Det faktum at jeg er kvinne, med menn i deltakergruppen kan videre ha hatt betydning for hvilke erfaringer de har delt, og hvordan jeg har tolket disse. Jeg har vært dette bevisst og forsøkt å reflektere over hvordan jeg har forstått datamaterialet og på bakgrunn av det valgt ut tema, og sett om det har vært problematisk opp mot oppgavens problemstilling (Braun & Clarke, 2019).

### **3.7 Metodediskusjon**

Kvalitativ metode har flere styrker og svakheter. Å beherske kvalitativ forskning er mer enn å beherske intervjuene ifølge Kvale og Brinkmann (2018). En styrke er dens dybdeforståelse av komplekse fenomener, da den tar for seg deltakernes perspektiver og erfaringer i dybden (Green & Thorogood, 2018). Videre gir metoden fleksibilitet som kan tilpasses forskningskonteksten og deltakerne som for eksempel ved å tilpasse intervju spørsmålene underveis. Dette åpner for at man kan dykke dypere i spesifikke interesseområder. Kvalitativ metode tillater deltakerne å kunne dele sine erfaringer med egne ord og med det få fanget ulike synspunkter. Dette perspektivet bidrar til en inkluderende forskningsprosess (Kvale & Brinkmann, 2018). Videre gir Braun and Clarke (2006) sin metode for analyse mulighet for at man kan tolke fleksibelt ved at man erkjenner at data kan være gjenstand for ulike betydninger. Metoden gir rom for fleksibilitet i analysen av data som gjør den anvendelig for ulike forskningskontekster og ulike datatyper, som gjør den til et allsidig verktøy for analyse. Tematisk analyse som er forankret i selve datamaterialet gjør det mulig å ha en tilnærming hvor man kan identifisere tema som fremtrer direkte fra datamaterialet uten at det foreligger teoretiske rammer til grunn.

Kvalitativ metode og analysemetoden til Braun og Clarke (2006) har riktignok også noen begrensninger. Min subjektivitet og tolkning kan ha påvirket funnene. Forskningsprosessen er derfor godt beskrevet i dette kapitlet for å vise hvordan jeg har forsøkt å minimere min innflytelse på forskningsprosessen. En svakhet som bør tas i betraktning er studiens begrensning med kun syv deltakere. Flere deltakere kunne ha bidratt til en rikere og mer

nyansert data (Malterud, 2012). Enda en forbedring med studien kunne vært brukt at triangulering og deltakersjekk, men dette var ikke gjennomførbart innenfor denne masteroppgavens tidsramme. Videre er kvalitativ forskning tids- og ressurskrevende. Innsamling, transkribering og analyse av datamaterialet har krevet mye tid. Metoden har den svakhet at den har manglende retningslinjer som kan påvirke påliteligheten til funnene, samtidig som det skal sies at metoden har et rammeverk (Braun & Clarke, 2019). Enda en svakhet med metoden er at den reduserer kompleks data til tema, som i noen tilfeller kan forenkle nyansene i deltakernes erfaringer. To ulike forskere som studerer det samme kan komme frem til ulike konklusjoner og tolkninger. Her har det derfor vært viktig for meg at hele analyseprosessen har vært godt beskrevet i metodekapittelet i tillegg til min forforståelse og bakgrunn. Ved å engasjere meg gjennom refleksivitet og gjøre gode refleksive drøftinger underveis i prosessen har jeg kunnet navigere i dynamikken som har oppstått under intervjuene og i de andre delene av forskingsprosessen. En slik selvbevissthet har gjort det mulig å være transparent om min mulige innflytelse på forskningen. Jeg har gjennom prosessen vært klar over disse styrkene og svakhetene og med det tatt bevisste beslutninger underveis for å følge god forskningspraksis (Braun & Clarke, 2019).

#### **4 Presentasjon av funn**

De ansatte i kommunehelsetjenesten beskrev betydningen av tverrfaglig samarbeid og god koordinering mellom ulike tjenesteleverandører som essensielt for å kunne gi adekvat oppfølging til kvinner med ROP-lidelser. De understreket viktigheten av å etablere sterke og tillitsfulle relasjoner med kvinnene som et grunnleggende element for å kunne tilby effektiv hjelp. Denne tilnærmingen inkluderte stabilitet i relasjonene og initiativer for å legge til rette efor deltakelse i meningsfulle aktiviteter som en del av oppfølgingsprosessen. Videre fremhevet deltakerne at kvinnes opplevelser av stigma og diskriminering både i samfunnet generelt og i deres møte med helsepersonell utgjorde en betydelig barriere for bedring. Å anerkjenne og adressere de kjønns spesifikke utfordringene som kvinner med ROP-lidelser møter, ble fremhevet som avgjørende for å fremme bedringsprosessene deres. Denne studien identifiserte tre sentrale hovedtema: 1) tverrfaglighet og samordning av tjenester, 2) en relasjonell tilnærming til kvinner med ROP-lidelser, og 3) kvinner og rus.

## 4.1 Tverrfaglighet og samordning av tjenester

### 4.1.1 En tverrfaglig tilnærming

Oppfølging av kvinner med ROP-lidelser krever en helhetlig tilnærming som ivaretar deres sammensatte behov. Deltakerne pekte på tverrfaglighet som svært viktig for kvinnenens bedringsprosesser, da tverrfagligheten sikrer at kvinnene får helhetlig helsehjelp. *«De trenger hjelp på så mange området i livet. De er helt avhengig at et system som bidrar inn med helhetlige og tverrfaglige tjenester»* (Andreas). Tilsvarende sa Nora:

*«Jeg tror det er viktig å få fram at kvinner med ROP-lidelser trenger en tett og tverrfaglig oppfølging for å bli bedre og for å få det best mulig. Noen som på en måte kan se de og det kjønnen de har. Og hvordan det ser ut kan jo være veldig forskjellig ifra kvinne til kvinne, hva de har behov for».*

Flere deltakere uttrykte videre at de samarbeider godt med kollegaer på botilbudene og at de har fokus på å bruke hverandres kompetanse. Dette øker bredden i tilnærmingen til kvinnene, hvor deltakerne vektla viktigheten av å kunne møte dem på deres utfordringer både av psykososial og medisinsk art:

*«Man tenker litt forskjellig. Vi vernepleiere jobber litt med hendene på ryggen og tilrettelegger for at folk skal klare mest mulig selv, mens sosionomene har kanskje litt mer sånn det formelle på en måte med søknader og sånn. Det har ikke vi hatt så mye om på skolen».* (Pernille)

Tilsvarende beskriver Andreas det slik:

*«Vi utfyller hverandre veldig. Hun som er sykepleier, har jo veldig god peiling på alt som har med det medisinske å gjøre (...). Hun tenker veldig mye på det individuelle sant, med deres helse, med hvordan de har det, mens jeg som sosionom tenker mer på systemet. Jeg kjenner systemet, jeg vet hva de har rett på, jeg vet hvordan man tar kontakt og får ting til der. Hun som er vernepleier, har jo fordelene med at hun har litt av begge deler. Så vi utfyller hverandre veldig»*

Flere av deltakerne pekte på at tverrfagligheten gir mulighet for utvikling av skreddersydde tjenester som tar hensyn til de særegne behovene kvinner med ROP-lidelser har. Flere av



deltakerne nevnte at man kan samle kompetanse og ressurser og gi kvinnene integrerte behandlingsplaner som møter deres samtidige rus- og psykiske lidelser, samt traumer og kjønns spesifikke utfordringer. Dette ble løftet av tre av deltakerne som spesielt viktig for bedring da en slik tilnærming anerkjenner den sårbarheten kvinnene står ovenfor.

Deltakerne fremhevet at man gjennom ulike profesjoner bærer ulike perspektiver som er nyttig i møte med kvinnene som står i komplekse utfordringer. To av deltakerne fortalte at man gjennom gode tverrfaglige og integrerte tjenester får identifisert og adressert underliggende utfordringer i stedet for å behandle kvinnenens problemer isolert.

Flere nevnte at de ønsker seg flere ulike profesjoner ved botilbudene selv om man allerede har samtlige. *«Jeg tenker at det skulle vært et sted der man fikk absolutt alt man trengte av medisin, lege, oppfølging, gynekolog, sykepleier og psykologer»* (Pernille). Dette var et ønske om ytterligere tverrfaglighet enn det botilbudene hadde per i dag. Spesielt sykepleiere nevnes som en viktig profesjon å ha ved botilbudene: *«De (kvinnene) er en gruppe som ofte på en måte glemmer egenpleie»* (Ida). Det understrekes i denne sammenheng blant flere av deltakerne at man ønsker seg flere sykepleiere for å ivareta kvinnenens helse. Dette forteller noe om viktigheten av å ha en tverrfaglige tjenester med ulike roller i tjenesteytingen som bidrar til at ikke alt faller på én. Likeledes ble det fremhevet et sterkt ønske om at det også var psykologer til stede:

*«Og så tror jeg ofte også at beboerne ikke har lyst til å dele alt med oss fordi at vi er på en måte alt for dem. Og at de psykologtankene eller liksom de indre tankene kan kanskje ofte bli litt sånn slitsomme, fordi da at de skal bo og hele tiden være påminnet at de som er på jobb vet liksom veldig mye om dem. Jeg tror det kan være vanskelig for dem».* (Ida)

Flere av deltakerne ga uttrykk for at tverrfagligheten i tilbudene for brukergruppen ikke er organisert god nok slik det er i dag og de hevdet at dette er direkte hemmende for brukernes bedringsprosesser. *«Så føler man seg veldig hjelpeløs fordi at det er ikke et apparat rundt som kan møte det de trenger da, og deres behov. Og det er en stor utfordring i denne gruppen, synes jeg»* (Ida). I denne forbindelse viste flere av deltakerne til at rusomsorgen og psykisk helsevern bygges ned, noe som går ut over ROP-pasientene som ikke får forsvarlige tjenester på bakgrunn av at de ikke er prioritert budsjettene. Pernille uttrykte sin frustrasjon over dette:

«Men jeg synes ikke på en måte ut fra de målene vi har, som er satt fra politikerne, og hva vårt mandat er, at det samsvarer ikke med det vi har av midler». Ida mente tilsvarende «Man legger jo ned istedenfor å bygge opp. Det henger ikke helt på greip hvordan regjeringen velger å gjøre det». Deltakerne mente dette var svært uheldig da det nettopp er tverrfagligheten i de ulike tjenestene som gjør at man kan gi brukerne helhetlige og gode tilbud. I forlengelsen av dette fortalte Ida;

*«Jeg skulle ønske det var litt mer åpenhet og litt mer diskusjon, litt mer samlet fakta på hvordan bedring skjer, da. Høre på brukerne selv, hører på de som jobber med det, og finne et tilbud som matcher det, ikke bare holde på som de har gjort i alle år, på en måte. Som ikke viser noe særlig bedring da. Det synes jeg er fryktelig frustrerende».*

#### 4.1.2 Samhandling på tvers av tjenestene

Deltakerne i studien fremhevet at tjenestene må være mer enn bare tverrfaglige; de må også legge til rette for sømløs samhandling mellom ulike tjenester for å kunne tilby brukerne adekvat oppfølging. Disse deltakerne beskrev både positive og negative erfaringer knyttet til samarbeidet mellom ulike tjenesteinstanser, som inkluderte blant annet NAV, fastleger, FACT-team<sup>2</sup>, LAR-behandlere, psykisk helsevern og DPS. De understrekte betydningen av slikt samarbeid i den individuelle oppfølgingen for å opprettholde kontinuitet i helsehjelpen. Deltakerne var samstemte i at effektiv samhandling på tvers av tjenestene resulterte i en helhetlig og skreddersydd tjeneste for brukerne, som igjen muliggjorde bedre mestring av livssituasjonen. Likevel kom det frem at samarbeid på tvers av tjenestene ofte var preget av betydelige utfordringer. Ida delte din frustrasjon over samhandlingen med NAV som et eksempel på slike utfordringer:

*«Mange vil jo ikke engang delta på møter av de som sitter på økonomi, fordi det er så delt fra ruskonsulent til hvis du sitter med økonomien, da. Bolig er jo også NAV som bestemmer sånn på sikt, da, så jeg opplever jo ofte at vi blir en sånn mellomposisjon av litt sånn, ja, mellom beboeren og NAV-systemet, egentlig».*

---

<sup>2</sup> FACT er en samarbeidsmodell som knytter sammen spesialisthelsetjenestene og kommunen, Denne modellen er designet for å tilby aktive, samtidige og omfattende tjenester til personer som sliter med alvorlige psykiske utfordringer, rusproblemer, og eventuelt også voldsproblemer (KORUS, u.å)

Gjennomgående blant alle deltakerne løftes samhandlingen mellom rusomsorgen og psykisk helsevern. Alle deltakerne uttrykte frustrasjon over dårlig samarbeid hvor pasientene kastes mellom dem, til tross for at de har samtidige rus- og psykiske lidelser. De fortalte at brukerne behandles for enten eller, og deltakerne mener at dette samarbeidet er hemmende for pasientene.

*«Det er jo ikke særlig lett fordi disse brukerne er upopulære, også i psykiatrien. Så det er ikke noe tvil om at de er gitt opp av psykiatrien. Hadde jeg hatt halvparten av disse symptomene så hadde jeg blitt langt inn på to ukers opphold fordi det vil lønne seg samfunnsøkonomisk i jobb. Mens de folkene her klatrer rundt i taket uten å bli lagt inn. Så det er ingen tvil om at det er et tungt samarbeid». (Hanna)*

Helene samstemmer i at brukerne er upopulære *«Det er som at du ikke er verdt en dritt. 'Vi vil ikke ha deg for du er psykotisk. Nei, vi vil ikke ha deg for du ruser deg for mye'. Og sånn går det»*. Det var bred enighet mellom deltakerne at dette samarbeidet er dårlig fungerende og at tilbudet kvinnene får er svært fragmentert. *«Alt må gå sånn skikkelig til helvete før man får hjelp»* (Helene). Deltakerne var enige om at samarbeidet er en forutsetning for å kunne gi god oppfølging til brukerne: *«Jeg tror så mye kunne vært gjort da hvis man bare hadde bedre samarbeidsmåter og at det hadde vært flere tilbud for rus og psykiatri»* (Ida).

Flere av deltakerne reagerte på at man ikke blir tatt på alvor når man tar kontakt med samarbeidspartnere, som for eksempel NAV og psykisk helsevern.

*«Altså helt seriøst så venter jo vi på at folk skal bli dårligere så vi kan kunne legge de inn (...) Jeg tenker jo liksom hvis det er naboen din i bygården du bor i så er jo grunnen til at du ikke har gjort noe tidligere er fordi du har vært redd for at 'kanskje jeg ikke skal blande meg', mens her er det ikke fordi vi ikke blander oss, her er det fordi vi vet at hvis vi ringer politiet så blir det bare mas, de vil ikke komme. Så det er et veldig dårlig samarbeid». (Hanna)*

Til tross for en gjennomgående enighet om utfordringer i samhandlingen på tvers av tjenestene til brukergruppen så nevnes FACT blant flere av deltakerne som en samarbeidspartner det ofte fungerer godt med: *«FACT har jo gjort overgangen mellom psykiatri og rusomsorg lettere for en del av oss, da. En del av oss som jobber i rusomsorgen mener jeg da. Fordi det er på en måte et slags bindeledd»*. (Hanna)

Flere av deltakerne sa på litt ulike måter at de ønsker en informasjonsutveksling mellom tjenestene for å få sømløse overganger mellom tjenestene som gis, for fremme langsiktig bedring hos kvinnene:

*«Taushetsplikten stopper jo oss også, så det er mye vi ikke vet egentlig. Vi jobber hos oss og spesialisthelsetjenestetjenesten jobber med sine system. Hadde vi hatt felles system kunne vi ha unngått å jobbe dobbelt og vi kunne vært med samstemt i oppfølgingen vi hadde gitt». (Oscar)*

## **4.2 En relasjonell tilnærming til kvinner med ROP-lidelser**

### **4.2.1 Når kontakt gir vekst**

Relasjonens betydning ble fremhevet av flere årsaker. For det første formidlet deltakerne at gjennom etablering av relasjoner med kvinnelige brukere kunne de oppnå innsikt i sykehistorie, rusmiddelbruk, psykiske symptomer, og psykososiale forhold. Denne innsikten anså de som avgjørende for å kunne skreddersy oppfølgingen og møte de individuelle behovene som den enkelte kvinne måtte ha. Ida reflekterte over hvordan fagpersoner ofte danner forhåndsoppfatninger om hvilken type hjelp kvinnene bør motta basert på hvordan de har lært å kjenne kvinnenens historie. Videre understrekte Ida at personalet aktivt streber etter å inkludere kvinnenens perspektiver i beslutningsprosesser angående deres egen oppfølging. Likevel påpekte hun at dette til tider kunne være utfordrende, spesielt når brukeren hadde høyt rusinntak og begrenset innsikt i egen sykdomstilstand: *«Det er ikke alltid sånn at en person som er syk vet hva som er best for seg»*. Imidlertid var hun tydelig på at det er viktig å respektere brukerens rett til å forme eget liv, og hun understreket at *«Det er beboernes liv, det er jo ikke vi som skal bestemme hva som er best for en annen»*.

Deltakerne beskrev relasjonsarbeid som en naturlig del av deres tilnærming *«Så at vi driver med relasjonsarbeid her det trenger vi ikke å si fordi menneskets hjerte slår, det er like naturlig»* (Hanna). Alle deltakerne hevdet at relasjonen til brukeren var av betydning for hvorvidt man kom i posisjon til å kunne iverksette hjelpetiltak og arbeide med kvinnenens bedring. *«Jeg tenker det er alfa og omega for å få til noe som helst. Det er liksom grunnmuren i det å få lov til å hjelpe»* (Pernille). Helene hevdet at *«Hvis vedkommende blir trygg på deg, og dere blir kjent, så tror jeg man kan få til mer»*. Oscar trakk det enda lenger og hevdet at

man ikke får gitt hjelp uten en relasjon som utgangspunkt; «at du over tid danner en relasjon, og uten det i bunn så kommer du egentlig ingen vei».

Videre vil man gjennom relasjon til brukeren kunne identifisere mestringsstrategier og muligheter fremfor problematferd, noe som er viktig i arbeidet om en bedre fungering i det daglige, ifølge deltakerne.

*«Det å forstå hva som er mestringsstrategier er kjempeviktig i møte med disse kvinnene, for, ikke sant, ideen om at all atferd har en grunn, så er det bare å få kodet det, og så hjelpe de med å 'okay, jeg skjønner hva du mener, men vi må prøve å få det til å funke litt'». (Hanna)*

Det kommer frem en felles verdiforankring hos deltakerne i arbeidet som gjøres med beboerne. Gjennom flere av intervjuene fremkommer det en gjentatt betydning av å se den enkelte som likeverdig og det trekkes fram som en viktig verdi i arbeidet med kvinnene:

*«Men jeg møter dem som likeverdige mennesker som alle andre. Ikke prate ned, ikke tenke at de ikke kan få til noe som du får til. De er syke, de har en ruslidelse som hemmer veldig. De har hatt et langt og turbulent liv, men de får ting til, de trenger bare litt tid og hjelp. Og det er aldri for sent. Så det å vise dem at alt er mulig» (Andreas).*

Vennlighet og nysgjerrighet er verdier Ida særlig trekker frem:

*«Så prøver vi jo å møte dem med vennlighet og nysgjerrighet for å på en måte finne ut hvem de er og kanskje også være nysgjerrig på det de opplever som er vanskelig, da. Om det er en psykoselidelse eller om det er sånn vanskelig adferd, da». Videre løftet Hanna fram det å ta folk på alvor som viktig: «Det går på det her med å ta folk på alvor, det å bære håpet, ikke gi opp, det å se etter mestringsstrategier». (Hanna)*

Ida trakk frem at man blir en av deres nærmeste: «Ja, selv om vi er helsepersonell så blir vi jo ofte noen av deres nærmeste. På både godt og vondt». Noe Andreas samtykker i: «Vi er der for dem når de trenger det, fordi de har ikke så veldig mange i livet sitt som er der for dem». Hanna er imidlertid noe mer restriktiv i måten hun omtaler relasjonen til kvinnene på, og viser

til viktigheten av å beholde en profesjonell avstand ved at hun kaller det en arbeidsrelasjon: «Jeg er jo veldig opptatt av at relasjonen har to deler; mitt forhold til beboeren og beboerens forhold til meg. Og så er jeg også opptatt av å kalle det en arbeidsrelasjon fordi vi er ikke venner». Deltakeren mener at dette er viktig å være seg bevisst da den profesjonelle rollen innebærer at man har et spesielt ansvar i relasjonen. Oscar mente også at dette oppleves som en vanskelig problemstilling:

*«Grensen mellom å være profesjonell og det å ha lyst til å gjøre mer og si mer enn det du kan fordi du er, ja ... Jeg synes det er egentlig veldig vanskelig. For dette er jo ikke en person jeg skal ha med meg resten av livet. Jeg skal være en sånn støtte ved siden av, foran og bak. Men jeg står ikke så det blir for tett heller. Så det er mye man ikke kan si og gjøre».* (Oscar)

Også Nora snakket om viktigheten av det profesjonelle ansvaret i relasjonen til brukerne, men åpnet likevel mer opp enn Hanna for det å være personlig:

*«Jeg gir også litt av meg selv. Jeg er opptatt av at vi ikke skal stå der å vite alt om dem og så kan de ingenting om oss. Så jeg deler litt av meg selv også og det setter de veldig pris på sier dem».*

Flere av deltakerne tar i forbindelse med relasjonsarbeid opp tid som en vesentlig suksessfaktor for å komme i posisjon til brukerne. «Vi får en god relasjon ved at vi viser at vi har tid til dem» (Nora). Å komme inn på brukergruppen beskrives som krevende på bakgrunn av brukergruppens tidligere møter med hjelpeapparatet: «Alle har en historie med mange brutte relasjoner og dårlige erfaringer med hjelpesystemet. Dårlig tillit. Så veldig mye av det går jo også på å bygge opp de relasjonene» (Andreas). Ida samtykker «Og mange har jo på en måte blitt gitt opp av systemet mye, som man kan se en refleksjon av det på en måte». På bakgrunn av dette fortalte deltakerne at de trenger tid – tid til å bygge relasjon.

*«De har så mange vonde relasjoner bak seg så bare det å få litt kontakt, litt og litt liksom og så til slutt få lov å få litt innpass. Vi har jo et mandat på ett år og det har de blitt mye strengere på. Før var det ikke så strengt. Det er mye som skal etableres på ett år. Vi trenger tid».* (Pernille)

*«Jeg opplever jo at det har god effekt på å bygge den gode relasjonen da, som gjør at man får til resultater til slutt, selv om det tar lang tid ... Det tar jo år før de begynner å bli trygge på oss. Og det gjenspeiler jo hvor og vanskelige relasjoner er for dem, da». (Ida)*

For de fleste av deltakere hadde relasjonsbygging vært utfordrende på flere måter. Veien til en god relasjon ble beskrevet av flere av deltakerne som lang da de opplevde at kvinnene ofte tester grenser. *«Men en gang de kommer så tester de mye grenser. For å, eller som jeg forstår det da, for å finne ut hvor de har oss på en måte. Sjekke hvor langt de kan strekke grensa»* (Ida). Helene forklarte dette med at mange av kvinnene er paranoide og skeptiske til at noen i det hele tatt vil dem vel, noe som delvis kan skyldes tidligere erfaring med hjelpeapparatet. Eller som Nora presiserte: *«Mange av de er jo bare vant til å bli tråkket på, de har ikke blitt verdsatt eller blitt validert for den de er og det er klart at da kommer «piggene» ute»*. Også de øvrige deltakerne tematiserte relasjonene til kvinnene som krevende: *«I det ene øyeblikket er du den beste hjelperen hun har hatt noensinne, i det andre øyeblikket så er du fienden, da, på en måte»* (Andreas). Hanna peker på at brukergruppens utfordrende atferd og vanskeligheter med å skape relasjoner er en del av arbeidet mot deres bedring:

*«En del av de kvinnene som vi møter kan ikke gå i butikken fordi de klarer ikke å stå i kø. Ikke sant, det er så mange ting som gjør at livet er helt umulig å leve. Et avslag som liksom ender med vold og hyling og skriking og vi må ha det med. Så de tingene tenker jeg er kjempeviktig i arbeidet med å skulle hjelpe dem i deres bedring. Jobbe med disse tingene». (Hanna)*

Alle deltakerne gav beskrivelser som fortalte at de er klar over at hjelpen de utfører kan utfordre følelsene til kvinnene og at relasjonsarbeidet derfor blir krevende. Det ble beskrevet av samtlige av deltakerne som at det er en utfordrende del av jobben og at det er slitsomt å stå i andres kriseliv; *«Vi blir jo eksponert for veldig mye mørkt»*. (Pernille)

#### 4.2.2 Tilrettelegging for deltakelse i meningsfull aktivitet

Hos alle deltakerne ble meningsfulle aktiviteter løftet frem som viktige i kvinnenens liv av flere grunner. Ida pekte på viktigheten av at kvinnene hadde meningsfulle aktiviteter for å ha andre impulser i livet som dreier seg om andre ting enn rus og psykisk uhelse. Gjennom

aktiviteter mente Ida at man kan ta dem ut av det som er vanskelig, selv bare for en kort periode. Helene viste til hvordan de tilrettelegger for aktiviteter ved botilbudet og nevnte blant annet aktiviteter som svømming, strikking, yatzy, cafebesøk, maling, yoga, trening og kino. Nora fortalte at de ønsker å etterstrebe normalitet og at aktivitetene bidrar til dette. «*Vi prøver å ha litt aktiviteter, sant. At vi går turer, gjør normale ting. Vi har hatt noen turer på kino, for eksempel, for å gjøre noe som alle andre gjør. Og det har vært stor suksess*». Hun la til at hun opplever at aktivitetene legger til rette for samhold og for at kvinnene får snakke med noen andre utenfor rusmiljøet; «*De får pratet med noen som er utenfor miljøet, ikke bare fra miljøet*».

Fire av deltakerne fortalte at fravær av meningsfulle aktiviteter fører til at kvinnene ruser seg mer. Som Andreas påpekte: «*Man begynner å kjede seg, hodet begynner å spinne, og da begynner de å ruse seg*». Hanna fortalte at etter hvert som mange får riktige medisiner og jaget etter rus ikke lenger er like tidskrevende blir det til at man kjeder seg mer fordi man er mer hjemme. Når det da er lite å finne på så resulterer dette igjen i mer rusbruk. Aktivitetene blir derfor gode og sunne distraksjoner som retter oppmerksomheten bort fra negative tanker og destruktiv atferd, og lar kvinnene få fordype seg i noe som gir glede, hevder deltakerne. Nora bygger videre på dette og fortalte at de meningsfulle aktivitetene bidrar til å bygge oppunder en følelse av retning og stabilitet i kvinnenes hverdag. Det understrekes av Andreas at det er noe som for denne brukergruppen ofte kan være vanskelig og at det derfor blir spesielt verdifullt for dem. To av deltakerne mente at man gjennom å bruke mer tid på aktiviteter som oppleves meningsfull kan kvinnene oppleve sunne mestringsmekanismer. I intervjuene kom det frem at de i de fleste tiltakene ikke har muligheten til å legge til rette for meningsfulle aktiviteter og at dette oppleves frustrerende for de ansatte. «*Vi har jo ressurser, men ikke enorme ressurser til å gjøre ting, massevis av ting utenfor huset, for eksempel*» (Hanna). Andreas understreket: «*Vi kan gjøre aktiviteter sammen, men vi kan ikke ha to faste treningsdager i uken, for da går det utover andre ting. Hadde vi hatt tiden og mulighet hadde vi selvsagt gjort det*». Deltakerne ytrer ønske om å legge til rette for å bygge nye interesser, men at det grunnet minimumsbemanning er vanskelig å kunne følge kvinnene til ulike aktivitetstilbud. Hanna fortalte at dette resulterer i at det ofte blir kortspill og tv man kan tilby av aktivitet på botilbudet. Ida løftet samme problemstilling og viste til at det for mange er spesielt utfordrende å dra alene til et nytt aktivitetstilbud første gang, og at de derfor innledningsvis trenger tilstedeværelsen og støtten fra personalet.



Pernille fortalte at hun bruker samhandlingen mellom seg og bruker i aktiviteter som en viktig del i sin tilnærming til bruker for å bygge relasjon. *«De beste samtalene jeg har fått er når man sitter på t-banen. Så ut av huset, en til en. Eller i flokk. Vi har jo noen ganger dratt på kino og det gjør jo vanvittig mye med relasjonene».*

## **4.3 Kvinner og rus**

### **4.3.1 Stabilisering**

Stabilisering er et tema som blir fremhevet som sentralt for å skape en varig bedring hos kvinnene, ifølge flere av deltakerne. I dette tema er Hanna spesielt engasjert. Det er tydelig at der er et tema som vekker interesse og mening hos henne. Hun forklarer at viktigheten omkring dette handler om at ved å ta tak i kritiske elementer i kvinnenens liv vil stabilisering bane veien for at de kan ta fatt på sin bedringsprosess, med større stabilitet, motstandskraft og nødvendige verktøy for å oppnå bedring. Hun fortalte om viktigheten av stabilitet for å kunne arbeide med de andre aspektene i livene deres;

*«Folk blir veldig mye bedre når livet blir mer stabilt, derfor tenker jeg at de tingene henger veldig tett sammen. Og etter hvert når livet er mer stabilt så ruser man seg mindre, og da får man tid til å ta tak i uhensiktsmessige mestringsstrategier, man får tatt tak i helsa si. Så tror jeg ikke målet for de damene her er å bli rusfrie, kanskje det er det, det er i hvert fall ikke noe jeg tenker på. Men jeg tenker jo på å få et mer stabilt liv da, det er en veldig bedring. Så skal de leve med kaoset sitt, kanskje. Noen av de her kan leve ganske greit, men mange skal jo venne seg til kaoset sitt og ikke alt skal mestres med rus, da» (Hanna)*

Hun fulgte opp med at stabilisering fordrer et hjelpeapparat som har tett oppfølging av brukerne;

*«Det som kjennetegner oppfølgingen her på huset det er at den er veldig tett. Uten at vi nødvendigvis trenger å være så tett på personen, men er tett på livet. Også er den systematisk. Sånn at vi har veldig tett individuell oppfølging på hver, men også systematisk ved det at vi ser alle symptomer og setter det i system» (Hanna).*

Den tette oppfølgingen bidrar ifølge deltakerne til at kvinnene kan få en mer stabil hverdag som de i seg selv understreker er en viktig bedring. Spesielt ble stabilisering av medisiner, bolig og økonomi løftet fram som svært viktig av deltakerne. Andreas fortalte om en av kvinnene som har hatt et opphold hos dem og hvordan stabilisering av medisiner har vært viktig for henne;

*«Så det ble jo mer stabilt når hun flyttet opp til oss da for et halvt år siden. Vi har fått til depotmedisinering, kontakt med hjemmetjenesten og den slags da. Av alt så har hun har fått det litt mer stabilt sånn medisineringsmessig da. Denne stabiliseringen har vi sett som en uttrykkelig bedring for henne. Ja, for det var veldig ofte psykotiske episoder før. Så hvordan det kom til uttrykk hos henne sånn funksjonsmessig så var det store forskjeller. Hun evner ikke alt som nødvendigvis andre evner, da, men nå klarer hun mye mer» (Andreas).*

Hanna mente det imidlertid ikke holder at riktig medisinering er ivaretatt; *«Det er en trekant, det holder ikke at bare to av de er på plass, alle tre må på plass»*. Helene viste til at kvinnenes bosituasjon må stabiliseres ved at de får et tak over hodet som kan gi kvinnene et sikkert og trygt miljø; *«Bolig er så viktig da. Bare det i seg selv skaper en form for trygghet. Noe eget. Det gir verdighet»*. I denne sammenheng fortalte Helene videre at en umiddelbar sikkerhet for mange av kvinnene innebærer en bolig som er bemannet. Nora delte tilsvarende tanker omkring dette;

*«Mange opplever det som tryggere å komme til et botiltak der det er bemannet. Noen som er der og følger de opp på dagtid. Jeg tror det har mye å si. For de kan slippe litt den garden og være redde, for at noen skal komme å ta dem. Og så kan vi begynne der, ikke sant. Det tar jo tid»*.

Gjennom et bemannet botiltak kan ansatte hjelpe med å håndtere kriser og bidra til stabiliserende intervensjoner for å redusere mulig skade forbundet med rusinntak og psykisk uhelse. Dette kan skape et grunnlag for videre støtte som kan bygges på hevder deltakerne. Hanna understrekte imidlertid at en bolig må være av slik art at man kan bo i den over tid og som man ikke kan miste fordi man har en utagering for at det skal vær stabilt nok.

Da deltakerne tematiserer stabilisering av økonomi viser de til inntekt som er varig og høy nok til at penger ikke blir et evig jag. «Og så må penger på plass sånn at det ikke blir en evig jakt etter penger. Det må være forutsigbart og helst nok penger (...). Det holder på en måte ikke med sosialpenger». (Hanna)

En av deltakerne fortalte at kvinnene ofte lider av helseproblemer knyttet til rusbruken; organskader, infeksjoner, underernæring og svekket immunforsvar. Å få stabilitet i kvinnes helseproblemer er avgjørende for å kunne oppnå ytterligere bedring hevder flere deltakerne. I denne sammenheng trekker Oscar fram ernæring som et viktig tiltak:

*«Ernæring henger jo sammen med helsen din sånn generelt. Og abscesser som de fleste har og, sår som ikke gror hvis de ikke får i seg ernæring, så stopper det opp. Og ja.. Og mange har jo lite matlyst og da er det jo klart viktig med ernæring».*

Likeledes mener samtlige av deltakerne at den psykiske helsen til kvinnene må stabiliseres ved å adressere akutte symptomer som i stor grad påvirker kvinnens funksjon. Her løftes riktig medisinerings frem som svært sentralt. Helene var i denne sammenheng spesielt opptatt av hvordan stabilisering gir kvinnene et rom til å puste ut ifra de kaotiske aspektene som det rusbruk og psykiske helseplager medfører. Samtidig påpeker hun at rusen er en hensiktsmessig mestringsstrategi for kvinnene

*«Rusen er jo en venn for noen, for å døyve en smerte, eller ett eller annet, utenfor seg selv, eller fra omverden. Så psykiatrien, du kommer ikke unna det. Det hører sammen, sånn jeg ser det. Og hva som kom først, som regel er man ikke født med et rusproblem, det er jo en tillært greie. Eller man erfarer at det er godt å ruse seg» (Helene)*

Selv om stabilisering pekes på av deltakerne som viktig så understreker to av deltakerne til at stabilisering ikke er det samme som tilfriskning; «Så skal de leve med kaoset sitt kanskje. Noen av de her kan leve ganske greit, men mange skal jo venne seg til kaoset sitt og at ikke alt skal mestres med rus da» (Hanna).

#### 4.3.2 Å møte kvinner som kvinner

Deltakerne reflekterte over betydelige forskjeller i tilnærmingen til arbeid med kvinner med ROP-lidelser sammenlignet med menn med ROP-lidelser. Det ble fremhevet at kvinners komplekse livssituasjon gir opphav til ulike utfordringer som må håndteres for å fremme bedring. En av deltakerne påpekte at det å være kvinne, spesielt for kvinner med ROP, innebærer unike utfordringene, inkludert problematikk knyttet til prostitusjon, voldelige kjæresteforhold og morsrollen. Deltakerne var enige om at en forutsetning for å kunne tilby effektiv hjelp til kvinner i deres bedringsprosesser var å integrere et kjønnsperspektiv i oppfølgingen. Dette innebar, ifølge deltakerne, å anerkjenne og adressere de spesifikke utfordringene som kvinner med ROP-lidelser står overfor. For eksempel ble det diskutert betydningen av å ta hensyn til morsrollen, der det ble påpekt at en fraværende morsfigur ofte blir betraktet som svært uakseptabelt i denne konteksten.

*«Veldig mange av damene har jo dårlig selvtillit, de har opplevd mye drit, de har opplevd seksuelle overgrep, de har opplevd dårlige forhold, mange av dem har barn og har vært igjennom det å føde et barn, og bli tatt fra det barnet. Det er mange av dem som sliter og har traumer etter det. Så vi har veldig mye mer fokus på det kvinnelige perspektivet da, kan du si». (Andreas)*

På spørsmål om hva deltakerne legger i et kjønnsperspektiv svarer de at dette innebærer å ta hensyn til hvordan de forholder seg til de ulike kjønne rollene som kvinnene har. Ved å være dette bevisst vil man kunne jobbe mer spesifikt med kvinnenens problematikk mente Ida. Hun fortsetter med å fortelle at ved å fjerne de utfordringene det innebærer å ha menn og kvinner samlet på ett botilbud vil lette arbeidet mot en bedring for kvinnene. Fraværet av menn vil i seg selv legge til rette for bedring hevder hun. Ida sa det imidlertid er en todelt problemstilling, da samfunnet for øvrig ikke er kjønnsdelt, og at det kan være vanskelig å skulle møte en hverdag med menn når man skal tilbake til samfunnet etter noen år på botilbud med bare kvinner. Flere av deltakerne tok imidlertid til ordet for nytten av å ha rene kvinnetilbud for å skjerme dem, blant annet Nora:

*«De har traumer og som tidligere har vært misbrukt, sant, av ulike menn, både i miljøet eller tidligere i livet. Så det er mange som har problemer med det å slappe ordentlig av der du bor hvis det er menn der i tillegg».*

Flere av deltakerne pekte på det problematiske ved å ha blandede botilbudene da rusmiljøet er lite og man fort kan ende å bo med mishandleren sin på et botilbud der man i utgangspunktet skal være ivaretatt. Samtlige av deltakerne snakket om viktigheten av å kunne skåne kvinnene fra å bli utnyttet av mennene. «Disse kvinnene trenger all den tiden som de har her til å lege seg selv og få ro og hvile, og det får de ikke når det er masse menn» (Hanna).

*«Fordelene, tenker jeg, er at kvinnene trenger et sted å skjermes fordi de ofte er nødt til å være tøffe. Vi ser hvert fall det. Våre kvinner de trenger et skjermet sted der hvor det er lite besøk. Noen kan liksom ringe inn og sette opp besøk på tider de vet at de ikke kan det og så sier de etterpå at 'ja jeg ringte bare fordi jeg var med han, jeg visste at dere kom til å si nei'». (Pernille)*

For at kvinnene skal kunne fokusere på egne bedringsprosesser viste Andreas i denne sammenheng til viktigheten av at kvinnene føler seg trygg på intuisjonen. Kvinner i rusmiljøet er svært utsatt for overgrep og han viste til viktigheten av at kvinnene ikke skal være redd for dette i sitt eget hjem. Hanna fortalte i denne sammenheng at overgrep er noe man ved kvinnetiltak vil man være ekstra oppmerksom på; «Jeg vil identifisere det som har skjedd og så må vi jobbe med at hun har vært i et forhold hvor hun ble voldtatt mye».

Deltakerne fortalte videre om sine erfaringer med at kvinner endrer atferd når det er menn til stede. Behovene til kvinnene undertrykkes ved menns tilstedeværelse: «Hvis det er sånne blandingsinstitusjoner med menn og kvinner, så ser vi at kvinnene endrer adferd. De blir mye mer, i hvert fall min erfaring da, de blir ofte mer på tilbudssiden, de får litt mer sånn seksuell adferd» (Andreas). De mente dette handlet om at kvinnene får ting av mennene og at dette fører med seg et hierarki. Deltakerne viste til at når det kommer besøk av menn så pynter de seg. Flere fortalte at det er vanskelig for mange av kvinnene å slappe av rundt menn med bakgrunn i traumer med misbruk. En observasjon som ble fremheves av deltakeren Andreas, var at mange av kvinnene rapportere utfordringer knyttet til delte toalett med menn. Samtidig bemerket deltakerne at mange av kvinnene var avhengige av mennene i rusmiljøet for beskyttelse, og at de ofte hadde vanskeligheter med å sette egne grenser. Deltakerne argumenterte for at det var av stor viktighet å beskytte kvinnene, og dermed problematiserte botilbudene blandet med både menn og kvinner. Med bakgrunn i de vanskelige

mannsrelasjonene tok flere av deltakerne opp viktigheten av at kvinnene lærer at det finnes gode mannsfigurer:

*«Å ha en mannlig person i livet sitt som ikke er i miljøet. Stort sett alle de kjenner er jo i miljøet og det kan være veldig utfordrende, for de har jo sine utfordringer også. Det er mye vold, det er mye overgrep. De har ofte dårlig tillit til menn. De har en ide om at veldig mange menn er stygge og iboene slemme, og veldig maskuline. Så jeg tror de har veldig godt av å se en som de ikke er vant til å se da, kan du si. En som kan snakke med dem om deres seksualitet og som kan være en stabilitet og trygghet, også i hjelpesystemet» (Andreas).*

Flere av deltakerne mente det er viktig at det jobber menn på skjermede botilbud for å hjelpe kvinnene til å opparbeide seg tillit til menn. *«Så tenker jeg litt sånn i et traumeperspektiv; hvis man har veldig mye vonde opplevelser med menn fra før av, så kan det jo være greit å lære at det finnes noen bra menn der» (Helene).* Det er likevel ikke ønskelig med kun mannlige ansatte, fordi kvinnene tar i bruk mestringsstrategier når de skal bli kjent med de mannlige ansatte, typisk gjennom flørting:

*«Vi ser at en del av mestringsstrategiene deres har de med seg i møte med menn som jobber her. Også veldig typisk mestringsstrategi er å bli kjent med menn gjennom å flørte med dem. Men vi tar utgangspunkt i at de mennene som jobber her står i det og tåler det, og avviser det på en grei måte. I samfunnet ellers vil jo det ofte bli utnyttet, hvor det kan ende fatalt» (Hanna).*

#### 4.3.3 Stigma, fordommer og diskriminering

Stigma ble løftet frem blant nesten alle deltakerne som en viktig faktor for hinder i kvinnenes bedring. Deltakerne beskrev det noe ulikt, men stigma hevdet de dreide seg om å bli sett ned på i samfunnet, ikke bare som en mislykket kvinne, men også rusavhengig og mislykket som mor. Dette stigma hevdet deltagerne også var etablert i helsetjenestene. Deltakerne problematiserte at stereotypiene bekreftes av helsepersonell og at kvinnene ses ofte som ofre for eget strev.

*«Noen tenker at 'nei, de har valgt bort livet sitt' eller 'de klarte ikke å ta vare på barnet sitt', eller ... Det er liksom stigma på stigma på stigma da. Og det tror jeg speiler gjennom noen ganger. Og det er jo veldig trist, men det er dessverre sånn det er» (Ida).*

Deltakerne påpekte at dette stigma som brukergruppen møter er med på å gjøre tilfriskningen deres vanskelig. Ikke bare blir de møtt av fordommer i samfunnet, men også av helsepersonell – de som skal hjelpe dem. Deltakerne fortalte at kvinnene er avhengig av å møte på rett person i hjelpeapparatet, hvis ikke står man i fare for å ikke bli tatt på alvor. Ida pekte på at også selv i akuttsituasjoner så oppleves ROP-kvinner å være lavest på rangstigen, da de ofte blir avvist i møte med hjelpeapparatet.

*«Når vi ringer for eksempel for å få hjelp i en akuttsituasjon, så blir man da liksom ikke møtt. Du hører nesten at de hever øyenbryn og du hører det i tonefallet. Og det tenker jeg er fordi det er en gruppe som blir sett ned på». (Ida)*

Deltakerne beskrev et stigma i samfunnet som speiler igjennom i samfunnsdiskursen. De hevdet dette handler om at folk vet lite og at man tenker at rusavhengighet er en selvforskyldt diagnose. På bakgrunn av kvinnenes atferd er også mange redde for dem, ifølge deltakerne. Samtlige fortalte at de opplever at kvinnene er vant til å bli sett ned på, verdsatt eller validert. Nora hevder at det av den grunn er forståelig at de innehar mye aggresjon og sinne. Likevel hevdet to av deltakerne at man i dag er kommet noe lenger, hvor rusavhengighet er anerkjent som en lidelse

*«Jeg tror at vi som samfunn er kommet lenger. Vi skal ikke bare straffe kriminelle, vi skal rehabilitere dem. Alle er jo en del av samfunnet og det å være rusavhengig er en lidelse, en sykdom. Så det å anerkjenne at det faktisk er en sykdom har nok hjulpet mye» (Andreas).*

Ida trakk i denne sammenheng opp rusreformdebatten som nylig har preget dagsorden som eksempel på hvor stigmatisert gruppen er; *«sånn som rusreformdebatten som har vært nå da, man ser jo hvor delt samfunnet faktisk er, og hvor lite opplyst folk er»*. Videre pekte hun på viktigheten av å se mennesket bak sykdommen;

*«At man ser det litt mer samlet da og som en sykdom, ikke alltid som et valg, som mange fremdeles sitter igjen med. Men også å se mennesket bak. At det er en vanskelig situasjon og det er liksom så mange veier for å komme dit».*

Flere av deltakerne pekte på viktigheten av at kvinnene har et sted hvor de blir møtt med fravær av stigma, hvor de kan få utfolde seg som mennesker og ikke mennesker av annen rang. *«Folk er så overfladiske og så kategoriske, så de skal møte vennlighet her hos oss»* (Hanna).

## **5 Diskusjon**

Studiens funn vil i dette kapittelet drøftes ut fra deltakernes erfaringer, relevant teori og tidligere forskning. Her løftes hvordan tverrfaglig samarbeid legger til rette for en integrert tilnærming og utfordringene knyttet til dagens samhandling mellom tjenestene, da spesielt mellom kommunehelsetjenesten og psykisk helsevern. Videre vil kapittelet ta for seg relasjoners rolle inn i arbeidet mot bedring for kvinner med ROP-lidelser, og hvordan meningsfulle aktiviteter bidrar inn dette arbeidet. Til slutt løftes viktigheten av å tilby oppfølging som tar for seg kjønns spesifikke utfordringer, samt ansattes mulighet til å motvirke stigma da dette utgjør en betydelig barriere for bedring.

### **5.1 Tverrfaglig tilnærming – samarbeid om helhetlig omsorg**

Deltakerne i denne studien løftet tverrfaglighet som viktig for bedringsprosesser hos kvinner med ROP-lidelser, da dette sikrer at kvinnene får helhetlig helsehjelp. Da studien undersøkte kjønnsperspektivets plass i arbeidet mot bedring kom det frem at kvinnes komplekse helseutfordringer overskrider kompetansen til individuelle fagpersoner. Det var tydelig at deltakerne så det som nyttig å ha tjenester som er tverrfaglige slik at man fikk identifisert underliggende utfordringer i stedet for å behandle kvinnes problemer isolert. Dette stemmer godt overens med eksisterende litteratur som viser at kvinner med ROP-lidelser har behov for helhetlig omsorg som tar hensyn til både deres psykiske helseutfordringer og deres rusavhengighet (Gråwe, 2014), og det er derfor viktig at hjelpeapparatet har kompetanse innen begge fagområdene (Galvin & Erdal, 2018). På den annen side kan man imidlertid undre seg over om flere fagpersoner inn virker mot sin hensikt og isteden bidrar som en barriere i arbeidet mot bedring. Det er dokumentert at personer med ROP-lidelser mottar i snitt mellom seks og ti tjenester fra ulike hjelpeinstanser (Hustvedt et al., 2020), og man kan



stille spørsmål til hvor hensiktsmessig det er med så mange hjelpere, spesielt sett i lys av de tydelige utfordringene knyttet til dagens samhandling mellom flere av dem (Biong & Soggiu, 2015; Ramsdal, 2019).

Til tross et sterkt ønske om et godt tverrfaglig samarbeid fremkom det i funnene at samarbeid mellom tjenestene, spesielt rusomsorgen i kommunehelsetjenesten og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten, er vanskelig. Tverrfaglig samarbeid legger til rette for en integrert tilnærming, der ulike faggrupper kan samarbeide for å gi kvinnene god oppfølging (Ramsdal, 2012), men det er et tydelig funn i denne studien at de ansatte i dag jobber isolert. Løken (2021) viser til en etablert tradisjon for å arbeide atskilt, og skriver at denne praksisen er utfordrerne å endre. Man kan likevel undre seg over hvorfor man ikke får til et tverrfaglig samarbeid når dette er et så uttalt ønske. Øverbø (2023) identifiserer mange de samme utfordringene som Ramsdal (2012) og Løken (2021), og argumenterer for at selv om det er et ønske om samarbeid og gode hensikter, så fører manglende forståelse og klarhet i hverandres roller til at brukerne ikke får nødvendig hjelp. Dette pekes også på av Andersson og hans kollegaer (2011) som en utfordring, og manglende kommunikasjon og uklarhet i roller danner barrierer som fører til en fragmentering mellom tjenestene og som påvirker samarbeidet i negativ forstand. Deltakerne i denne studien pekte på at de opplevde tjenestene som fragmenterte, men de sa lite om sin egen rolle i samarbeidet og ingenting om sin kjennskap til andre tjenester, utenom FACT. De pekte imidlertid på FACT som en samarbeidspartner det ofte fungerte godt med, og beskrev at tiltaket har gjort overgangen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten lettere. FACT er en samarbeidsmodell utviklet for å knytte sammen kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten til mennesker med ROP-lidelser (KORUS, u.å). Med det kan man tenke seg at Øverbø (2023) sine slutninger om viktigheten av kjennskap til hverandres tjenester er noe av bakgrunnen for at samarbeidet med FACT fungerer godt, da det har en fot i «begge leirer».

Tverrfaglig samarbeid har tradisjonelt blitt framstilt i et positivt lys, med en antagelse om åpenbare fordeler (Willumsen, 2008), men for å kunne møte de individuelle behovene hos den enkelte, bør også kvinnen selv være en del av en tverrfaglig beslutning. Deltakerne løftet utfordringer knyttet til kvinnenens involvering i oppfølgingen ved botilbudet og pekte på at de ansatte kunne danne forhåndsoppfatninger om hvilken type hjelp kvinnene burde motta, uten å ha involvert kvinnen selv. Kritikken mot tverrfaglig samarbeid tar for seg en slik manglende involvering av brukere selv i beslutningsprosesser (Lauvås & Lauvås, 2004). Kvinnene må

integreres i samarbeidet hvis det skal realiseres likeverdighet i det tverrfaglige samarbeidet, som er fremhevet som svært sentralt i recovery (Kidd et al., 2017; Lindvik, 2021). Dette innebærer å anerkjenne brukernes egen innsikt i situasjonen som en verdifull ressurs som kan bidra til en bredere tverrfaglig forståelse (Lauvås & Lauvås, 2004). Studiens funn forteller imidlertid at til tross ønske om å inkludere kvinnenens perspektiver i beslutningsprosesser, kan det til tider kan være utfordrende hvis kvinnen har et høyt rusinntak og begrenset innsikt i egen sykdomstilstand.

Studios funn indikerer at botilbudene i kommunehelsetjenesten er tydelig påvirket av organisatoriske begrensninger, og at det er mangel på ressurser og tid for å gi tilstrekkelig oppfølging av kvinner med ROP-lidelser. Knapphet på bemanning ble beskrevet av deltakerne til å begrense deres evne til å gi nødvendig hjelp til kvinnene, noe som opplevdes som en barriere. Dette kan ses i sammenheng med Lipsyks teori om bakkebyråkrater, som her blir relevant for å undersøke hvordan kommunalt ansatte opplever samarbeid med spesialisthelsetjenesten, da både ansatte i kommunehelsetjenesten og ansatte i spesialisthelsetjenesten kan regnes for å være bakkebyråkrater (Lipsky, 2010). Deltakerne er bakkebyråkrater i det de må balansere politiske retningslinjer og samtidig håndtere kvinner i komplekse livssituasjoner (Lipsky, 2010). Funnene tematiserer samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten både på individnivå og på systemnivå. I rollen som kommunalt ansatte skal deltakerne implementere politikk, samtidig som de skal fungere som hjelpere, noe de fremhever som en utfordring. I samsvar med Lipskys (2010) argumenter står de overfor vanskelige prioriteringer og innenfor rammene av begrensede ressurser må de jobbe mellom brukernes ønsker og forventninger, samt botilbudenes krav og retningslinjer. Disse utfordringene er sammenfallende med Sjøfjell og Sælør (2023) sine funn fra recoveryorienterte bofellesskap for personer med ROP-lidelser, hvor de fant at systemiske rammebetingelser oppleves som en barriere for recovery. Også Ramsdal (2018) hevder tilsvarende og skriver at retningslinjer på systemnivå betraktes som strukturelle hindringer. Blant funnene i denne studien ser man at fraværet av samhandling blir tydelig gjennom at tilbudet til kvinnene oppleves som svært fragmentert. Kommunenes autonomi i organiseringen av tjenester, og dermed også mangfoldet i ulike organisering, kan tenkes å føre til betydelige utfordringer knyttet til samhandling og det er nærliggende å tenke at de ulike organiseringene vil kunne påvirke vektleggingen av tjenestene.

Man har forsøkt gjennom nasjonale retningslinjer å forbedre samhandlingen mellom tjenestene ved å gi føringer for organiseringen av samarbeidet. Samarbeidet mellom rusomsorgen og psykisk helsevern oppleves likevel som krevende av flere deltakere, noe som også bekreftes i litteraturen (Ramsdal, 2012). Alle deltakerne uttrykte frustrasjon over manglende samarbeid, der kvinnene blir kasteballer mellom de to tjenesteområdene, til tross for at ROP-lidelsen tosidighet. Deltakerne beskrev at kvinnene mottar oppfølging enten for rusavhengighet eller psykiske lidelser, og dette ble oppfattet som hemmende. Det kan stilles spørsmål ved om dagens organisering av rusomsorgen og psykisk helsevern, og implementering av nasjonale retningslinjer på feltet, er tilstrekkelig for å fremme det tverrfaglige samarbeidet, eller om organiseringen skaper hindringer for samarbeid. Basert på studiens resultater om opplevelsen av dårlig samarbeid kan man anta at det vil være formålstjenlig med ytterligere initiativer for å forbedre samhandlingen, da spesielt mellom psykisk helsevern og rusomsorgen. Studien avdekker en forskjell mellom retningslinjer og den faktiske praksisen knyttet til samhandling mellom tjenestene for kvinner med ROP-lidelser. Resultatene indikerer at samhandlingspraksisen mellom tjenestene for kvinner med ROP-lidelser er utilfredsstillende, som også avdekket av Helsetilsynet (2019). Det kan stilles spørsmål til om kunnskapen på feltet ikke er tilstrekkelig for å gi gode retningslinjer på samhandling praksis (Jones et al., 2008).

## **5.2 Relasjoner som et fundament**

Resultatene fra min studie styrker argumentet om at hjelpsomme relasjoner utgjør en avgjørende faktor i arbeidet mot bedring, noe som er fremhevet av flere forfattere (Kvam et al., 2019; Ness et al., 2021; Lindvig, 2021; Martinsen, 1990). Funnene antyder at kvinnenes bedringsprosesser både er en personlig og sosial reise, med mål om å skape et meningsfylt liv. En del av dette innebærer at kvinnene søker meningsfulle relasjoner. Det relasjonelle aspektet blir sentralt, da deltakerne i studien opplevde at de utgjorde en integrert del av dette. Deltakerne fortalte om det relasjonelle arbeidet som en naturlig del av deres tilnærming i å støtte brukernes bedringsprosesser. Biong og Soggiu (2015) peker på at et slikt arbeid mot bedring innebærer å bidra til endringer i brukeren holdninger, inspirere til tro og håp om et meningsfullt liv. Dette utgjør kjernen av recovery, som i tillegg understreker betydningen av å tro på muligheter, opprettholde håp og kreve respekt for egne rettigheter (Borg og Karlsson, 2019). Innenfor rammene av recoveryorienterte praksiser skal relasjonen mellom den ansatte og bruker preges av et samarbeid mot felles mål, av empati og varme (Evjen et al., 2018), samt en opplevelse respekt, forståelse og å bli behandlet som et medmenneske (Gonzalez,

2021; Kidd et al., 2017). Deltakerne i studien formidlet en tilsvarende tilnærming til kvinnene, men med bruk av andre ord; tillit, likeverdighet og forståelse. Med dette kan man argumentere for viktigheten av å utvikle og opprettholde hjelpsomme og støttende relasjoner, da disse relasjonen kan være avgjørende for kvinnens vei mot bedring (Ness et al., 2021; Lindvig, 2021)

Gjennom meningsfulle samtaler med kvinnene fortalte deltakerne at de søker å etablere en relasjon som kan legge grunnlaget for ønsket endring og ifølge Kidd med flere (2017) og Borg og Kristiansen (2004) kan dette samspillet bidra til bedring. Dette understreker betydningen av støttende relasjoner i bedringsprosessen, der likeverdige relasjoner skaper grunnlag for kvinnenes bedring. Relasjonen blir viktig for at kvinnene skal kunne dra nytte av hjelpen (Edland-Gryt & Skatvedt, 2012). Det kan tenkes at dette er spesielt sentralt for kvinner med ROP-lidelser, da mange bærer med seg tidligere brudd i relasjoner og sosial ekskludering (NKROP, 2015; Edland-Gryt & Skatvedt, 2013). Deltakerne fortalte at flere av kvinnene var skeptiske til at noen ville dem vel, og forklarte dette med at det delvis kunne skyldes tidligere erfaringer med hjelpeapparatet. Å etablere en tillitsfull relasjon kan derfor være en nøkkelkomponent for å gjenopprette troen på bedring hos den enkelte (Lindvig, 2021; Brekke et al., 2018).

Deltakerne reflekterte over forskjeller i en relasjonelltilnærming til arbeid med kvinner med ROP-lidelser sammenlignet med menn med ROP-lidelser. Brekke (2003) viser til en tendens der kvinner i større grad enn menn er orientert mot relasjoner. Dette antyder at kvinner kan ha stor nytte av gode relasjoner, men samtidig risikere å neglisjere egne grenser og behov (NOU 1999). Skutle (1999) karakteriserer kvinnenes rusinntak som en strategi for å håndtere vanskelige relasjoner. Dette fører til en negativ spiral der rusen fungerer som en hindring for vekst gjennom relasjoner. I denne konteksten blir de ansattes evne til å vise empati vesentlig for etablering av hjelpsomme relasjoner. Deltakerne pekte på at kvinnene deltar i et miljø preget av mistillit og tillitsproblemer, noe som kan forsterke felles utfordringer, som underbygges av Skutle (1999). Å bygge en relasjon kan da tenkes å bli avgjørende, da det gir dem en trygghet til å dele sine svakheter og styrker, noe som kan lette bedringsprosessen.

Kari Martinsens (1990) omsorgsfilosofi blir relevant i denne diskusjonen og i møte med kvinner med ROP-lidelser. Hennes tilnærming legger vekt på relasjonens rolle, med dens empati og nærhet. Dette perspektivet forankres i ideen om at omsorg ikke kun dreier seg om

tekniske ferdigheter, men like mye om det mellommenneskelige mellom den ansatte og bruker (Martinsen, 1990). Deltakerne fortalte at de bidro i kvinnenes bedringsprosess ved å fungere som en støtte og bistå i utviklingen av gode mestringsstrategier. De fortalte videre at tilgjengelig hjelp og vennlighet fra dem som ansatte, var avgjørende faktorer for en etablering av en hjelpsom relasjon. Dette er sammenfallende med Martinsens tilnærming, og av Lindvig (2021) sin forståelse av relasjoner, som hun karakteriserer av hjelpsomme handlinger og gjensidighet. Deltakere i studien pekte på at de gir kvinnene muligheten til å føle seg verdsatt og hørt, uavhengig av deres symptomer og lidelser. En omsorgsfilosofi som den utviklet av Martinsen og en forståelse av hjelpsomme relasjoner av Lindvig (2021) kan tenkes å få ansatte i kommunehelsetjenesten til å se utover symptomene på lidelsene og at de fremmer en helhetlig tilnærming som tar hensyn til den komplekse livssituasjonen til kvinner med ROP-lidelser står i. Disse funnene løfter spørsmål om hvordan man kan styrke relasjoner i botilbud for å tilrettelegge for bedring hos kvinner med ROP-lidelser (Topor et al., 2018b). Dette fordrer ikke bare hjelpsomme relasjoner, men også implementering av tjenester som tar hensyn til kvinnens individuelle behov, ifølge deltakerne. Det belyser viktigheten av å styrke hjelpeapparatets evne til å etablere og opprettholde hjelpsomme relasjoner som et fundament for bedringsprosesser hos kvinner med ROP-lidelser (Lindvig, 2021).

Borg og Topor (2014) fremhever at hjelp fra ansatte i bedringsprosesser ikke primært knyttes til profesjonalitet eller faglig kompetanse. De understreker i stedet betydningen av handlinger som går utover den tradisjonelle hjelperollen og det som vektlegges er hjelperens ekstra innsats for brukeren. Deltakerne i denne studien hadde varierte meninger angående avgrensningen mellom å være for nærgående og å opprettholde en profesjonell distanse. Noen av deltakerne hevdet at man ble en kvinnenes nærmeste, mens andre deltakere pekte på viktigheten av å beholde en profesjonell avstand, som ble begrunnet med den profesjonelles ansvar i relasjonen. Lindvig (2021) argumenterer for at det er essensielt for de ansatte å kunne opprettholde en nærhet, da relasjoner som deler likhetstrekk med vennskap kan fungere som en motivasjonskilde for både kvinnene og ansatte, og oppmuntre dem til å yte ekstra innsats for hverandre. Hun påstår videre at erfaringsutveksling kan gjøre kontakten genuin (Lindvig, 2021), en vinkling noen av deltakerne i denne studien understreket som viktig i relasjonen. Imidlertid ble det påpekt av noen av deltakerne at slike relasjoner kan sette den ansatte i en vanskelig situasjon, og balansen mellom å være for nær og for distansert kan bli utfordrende. På den ene siden risikerer ansatte å bli sårbare når de deler erfaringer, og dilemmaer kan oppstå dersom den ansatte kritiseres for å være uprofesjonell i hjelperollen. På den annen

side har forskning vist at ansatte som viser ekte omsorg for brukere blitt sett som betydningsfulle i en recoveryprosess (Borg & Topor, 2014). Med det bør ansatte overveie avstand i forholdet til kvinnene og samtidig erkjenne at å dele private aspekter ikke trenger å innebære å være uprofesjonell.

### **5.3 Verdien av meningsfulle aktiviteter**

Studien antyder at deltakelse i ulike aktiviteter spiller en betydelig rolle i bedringsprosessen for kvinner med ROP-lidelser. Deltakerne fortalte at de ønsket at kvinnene benyttet seg av tilbudene de hadde, da de hevdet at de meningsfulle aktivitetene bidro til at en følelse av normalitet, retning og stabilitet for kvinnene. Dette kan ses opp mot Brekkes (2018) studier som viser til at brukere får mulighet til å oppleve ulike impulser i livet, som ikke er relatert til rusavhengighet eller psykisk uhelse gjennom meningsfulle aktiviteter. Deltakerne fremhevet eksempler på slike aktiviteter som turer, spill, trening, kinobesøk, og yoga. Gjennom tilrettelegging av deltakelse i ulike aktiviteter får kvinnene muligheten til å uttrykke seg kreativt, intellektuelt eller fysisk og ifølge Topor med flere (2018a) fungerer det som et verktøy for vekst og gir kvinnene anledning til å utforske styrker som kan bidra til økt selvtillit.

Deltakerne i denne studien påpekte at fraværet av meningsfulle aktiviteter kan føre til økt rusmisbruk blant kvinnene. De forklarer dette med at etter hvert som kvinnene stabiliseres og får riktige medisiner blir jaget etter rus ikke lenger er like tidskrevende. Dette resulterer i at kvinnene kjeder seg fordi de er mer på botilbudet, som fører til mer rusbruk. Dermed kan aktivitetene argumenteres for å være sunne distraksjoner, som hjelper kvinnene med å rette oppmerksomheten bort fra negative tanker og destruktiv atferd. Muligheten til å engasjere seg i aktiviteter bidrar også til personlig utvikling og innenfor trygge rammer kan kvinnene oppleve mestringsfølelse (Ness et al., 2014). Ness med flere (2014) peker på at dette bidrar til økt glede og forbedret livskvalitet. Dermed kan aktivitet ikke bare sees som distraksjon, men også som en sentral komponent i den helhetlige bedringsprosessen for kvinner med ROP-lidelser.

I tråd med funnene fra Ness med flere (2014) mente deltakerne i studien at å inkorporere mening i hverdagen gir kvinnene muligheten til forbedret stabilitet i livet. Opplevelsen av å leve et meningsfylt liv er sentralt i en bedringsprosess da det gir en følelse av å være verdifull, som er sentralt i recovery (Borg & Karlsson, 2019). Samtidig skaper dette en opplevelse av

normalitet. Ved at ansatte aktivt engasjerer kvinnene i meningsfulle aktiviteter og oppmerksomheten mot kvinnenes ressurser kan man tenke at dette bidrar til å fremme kvinnenes autonomi i beslutningsprosesser. Aktiviteter involverer ofte sosial interaksjon med andre, og dette kan gi kvinnene muligheten til å etablere kontakt med andre som deler lignende interesser og kanskje også lignende erfaringer. Sett opp imot viktigheten av relasjoner for kvinnenes bedringsprosesser (Borg & Kristiansen, 2005; Biong & Soggiu, 2015.), vil aktiviteter bidra til en utvidelse av det sosiale nettverket, og skape en følelse av tilhørighet i et felleskap. Det pekes imidlertid på av Sjøfjell og Sælør (2023) at den enkeltes psykiske helse kan bli en barriere for å delta på slike i et slikt relasjonelt felleskap. Man kan denne utfordringen kan forstås som et eksempel på kritikken av recovery i det at det konsentrerer seg om individet og ikke tilstrekkelig tar hensyn til de sosiale og kontekstuelle forholdene (Sjøfjell & Sælør, 2023; Topor et al., 2020). Deltakerne i denne studien løftet ikke dette som et problem, men heller at det for mange av kvinnene var utfordrende å dra alene til et nytt aktivitetstilbud første gang, og at de derfor trenger tilstedeværelsen og støtten fra ansatte. Grunnet mangel på ressurser og minimumsbemanning løftet deltakerne det som vanskelig å kunne følge kvinnene til ulike aktivitetstilbud. Dette utfordrer muligheten for varierte og personlig tilpassede aktiviteter, noe som kan tenkes å være uheldig i en bedringsprosess.

#### **5.4 Å bli møtt på kvinnespesifikke utfordringer**

Funnene fra denne studien indikerer at kvinner med ROP-lidelser møter komplekse og sammenvevde utfordringer som krever at blir møtt for å oppnå bedring. Bedringsprosesser for denne gruppen krever derfor sammensatte tiltak som går utover tradisjonelle behandlingsmetoder (NKROP, 2015). Det antydes at kvinner med ROP-lidelser kan ha unike behov som skiller seg fra menn, og disse behovene bør tas i betraktning i oppfølgingen. Deltakerne i studien var samstemte i oppfatningen om at for å kunne tilby effektiv støtte til kvinnene i deres bedringsprosesser, er det avgjørende å ha et kjønnsperspektiv i oppfølgingen. Dette innebærer, ifølge deltakerne, å anerkjenne og målrettet møte de spesifikke utfordringer som kvinner med ROP-lidelser står overfor. Dette underbygges i litteraturen som forteller at kvinner med tilgang til et behandlingsmiljø der de kan isoleres fra menn har en positiv effekt når det gjelder reduksjon i rusinntak og økt psykisk mestring (Lossius, 2012).

Lossuis (2012) skriver at i de fleste botilbud i Norge for kvinner med ROP-lidelser er en kjønnsespesifikk tilnærming enten helt fraværende eller bare delvis implementert. Deltakerne understrekte betydningen av at kvinnene opplever trygghet i botilbudene og fremhevet viktigheten av at botilbud utelukkende er for kvinner, da kvinner i rusmiljøet ofte er utsatt for overgrep. Det er dokumentert at kvinner med rusavhengighet ofte har en bakgrunn preget av overgrep og traumer, spesielt knyttet til seksuell mishandling (Wormnes & Skutle, 2005). Disse erfaringene utgjør en vesentlig del av kvinnes behov. Noen studier antyder at kvinner opplever ubehag når det gjelder å diskutere slike sensitive problemstillinger i nærvær av mannlige medpasienter (Lossius, 2012; Kulinari et al, 2014). Gjennom et bemannet botiltak kan ansatte hjelpe med å håndtere kriser og bidra med stabiliserende tiltak og møte kvinnene på disse problemstillingene. Det kan dermed tenkes at egne botilbud for kvinner blir betydningsfullt.

Videre fortalte deltakerne om en dynamikk med et maktforhold mellom menn og kvinner i rusmiljøet, som ble tydelig i botilbudene med begge kjønn til stede. Det er en anerkjent realitet, beskrevet av Mellingen (2012), at kvinner ofte er nederst i hierarkiet i rusmiljøet, hvor de er utsatt for utnyttelse og misbruk. Som vist til over er relasjoner av betydelig viktighet når det gjelder å fremme bedringsprosesser (Haver et al., 2001) og det å bo i et botilbud kun for kvinner representerer en mulighet for kvinnene til å etablere nye og sunne relasjoner. Likevel er det viktig å ha med seg at også kvinner kan ha visse fordommer mot hverandre, som potensielt kan føre til konflikt. Dette belyser behovet for en tilnærming som tar hensyn til kvinners utfordringer, der kjønnsespesifikke behov tas med. Man kan med det stille seg spørsmål til hvorfor vi da har så få kjønnete botilbud i Norge.

Det har vært begrenset med motstand mot bruken av kjønnsespesifikke botilbud i litteraturen jeg har funnet. Det kan tenkes at det delvis handler om at det finnes få slike botilbud. Alle deltakerne i denne studien tok til orde for botilbud kun for kvinner. Samtidig løftet en av deltakende at samfunnet for øvrig ikke er kjønnsdelt, og at det kan være vanskelig å skulle møte en hverdag med menn når man går ut fra botilbudet og skal delta i samfunnet. Til tross for innvendinger mot kjønnsespesifikke botilbud er det ikke alle kvinner som vil kunne dra nytte av et tilbud kun for kvinner. Lossius (2008) mener i denne sammenheng at vurderingen av kjønnsespesifikke tilbud bør ses i lys av kvinnens erfaringer og utfordringer.



Innenfor forskning på kjønn har det blitt påpekt hierarkiske kjønnsforhold, der menn vanligvis befinner seg over kvinner og patriarkatet har stått sentralt i forskningen (Beauvoir, 1949). Simone de Beauvoirs filosofiske tilnærming kan gi en bredere forståelse av hvordan man kan støtte denne gruppen kvinner. Når det gjelder bedringsprosesser hos kvinner med ROP-lidelser, kan Beauvoirs filosofi understrekes av hennes vektlegging av handlefrihet og viktigheten av å anerkjenne kvinnes individualitet, samt å gi dem muligheten til å delta aktivt i sine egne bedringsprosesser, som står sentralt i recoverytenkning (Borg & Karlsson, 2019; Brekke et al., 2017). Dette krever imidlertid sosial støtte og ressurser som muliggjør at kvinnene kan ta slike valg og de ansatte vil dermed være en sentral ressurs (Bø, 2003).

I forlengelsen av det blir det sentralt å se på den ansattes kjønn i oppfølgingen av kvinnene ved botilbudene. Deltakerne i studien tematiserte viktigheten av å være bevisst på behandlerens kjønn når man jobber med kvinner som bakgrunn i traumer med misbruk fra menn. Skutle (1999) peker på viktigheten av å skreddersy oppfølgingen i samsvar med den enkelte kvinnes behov. Han skriver videre at rusavhengige kvinners tilknytning til menn ofte er fraværende som et resultat av tidligere destruktive forhold. Dette kan tenkes å komplisere etableringen av relasjonene mellom menn og kvinner i institusjonelle settinger som botilbud er. Med bakgrunn i de vanskelige mannsrelasjonene tok flere av deltakerne opp viktigheten av at kvinnene lærer at det finnes gode mannsfigurer og derfor argumenterte for viktigheten av at det jobbet menn på botilbudene. Dette er sammenfallende Furuholmen og Andersen (2007) som hevder at tilstedeværelsen av positive rollemodeller kan bidra til å bryte ned kvinnes destruktive forestillinger om menn. Deltakerne understreket imidlertid at det ikke ønskelig med kun mannlige ansatte da kvinnene ofte kan ta bruk mestringsstrategier når de er i kontakt med mannlige ansatte, typisk gjennom flørting.

I forlengelsen av dette reflekterer Ellingsen og Levin (2015) over betydningen av kjønn i relasjoner og argumenterer for at kjønn påvirker hvordan ansatte arbeider med brukere. Johnsen og Yanca (2009) refererer til forskning som indikerer at mannlige og kvinnelige ansatte foretar ulike vurderinger basert på kjønn. De påpeker at mannlige ansatte kan ha en tendens til å oppfatte kvinner som mindre modne og mindre kompetente enn menn, og at kvinnelige ansatte anerkjenner et større behov for oppfølging relatert til brukerens emosjonelle tilknytning i større grad enn menn. Dette kom ikke frem som et funn i denne studien. Betraktet i lys av Brekkes (2002) argument om at kvinner i større grad er orientert mot relasjoner enn menn, kan Johnsen og Yancas forskning forklares ved at de ansatte selv er

kvinner og derfor vektlegger emosjonell tilknytning som et mer betydningsfullt behov enn deres mannlige kolleger. Dette antyder at hjelpeapparatets holdninger knyttet til kjønn kan påvirke oppfølgingen av kvinnene. Kokkin (1998) som hevder at holdninger kommer til uttrykk i samspillet mellom bruker og ansatt, støtter denne antakelsen ved å understreke at holdninger knyttet til kjønn ikke nødvendigvis forsvinner i denne konteksten.

## **5.5 Stigma og skam – sentrale hindringer**

Et sentralt funn i denne studien er at skam og stigma utgjør nært forbundene faktorer i bedringsprosesser for kvinner med ROP-lidelser. Stigma ble fremhevet av deltakerne som en betydningsfull hindring for kvinnenens bedring og de fortalte at dette fremkommer i form av sosial nedvurdering, ikke bare som mislykkede kvinner, men også som rusavhengige og utilstrekkelige som mødre. Dette beskrives tilsvarende av Brække (2002) hvor kvinner med rusavhengighet ofte er blitt betraktet som avvikende fra normen og har blitt møtt med negative sanksjoner som følge av deres avhengighet. Stigmatisering skaper ifølge Elstad og Johannsen (2017) følelser av skam og utenforskap og det påvirker den enkeltes helse. Deltakerne pekte i denne studien på viktigheten av at kvinnene hadde et sted hvor de blir møtt med fravær av stigma og at botilbudene skulle være et slikt sted. Gjennom samspill i meningsfulle aktiviteter og relasjoner fortalte deltakende at det var en viktig del av deres arbeid å bidra til at kvinnene kjente på en følelse av normalitet. Ness med flere (2014) viser til at slike interaksjoner kan føre til en endring av selvbilde, og gjennom praktisering av omsorg slik Martinsen (1990) beskriver, kan de ansatte i botilbudene bidra til at skammen ikke forsterkes ved å bekrefte kvinnens iboende verdighet (Martinsen, 1990). Som hjelpere blir det dermed av betydning å forstå de ulike nyansene og konsekvensene av skamfølelsen.

Coombes og Wratten (2007) hevder det har rådet forutinntatte holdninger og negative oppfatninger i helsevesenet om denne gruppen som har resultert i begrenset grad av brukermedvirkning i egen behandling. Dette er sammenfallende med resultatene i denne studien som peker på et helsevesen og samfunn som betrakter kvinnenens ROP-lidelser som avvikende fra sosialt aksepterte normer. I tråd med Goffmans (1963) teori kan en merkelapp knyttet til rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse undergrave en kvinnes identitet. Deltakernes beskrivelser av kvinnenens opplevelser av skam var knyttet til stigmatisering av kvinnenens atferd og de delte erfaringer om at kvinnene var vant til å oppleve nedvurdering. Deltakerne løftet imidlertid hvordan deres sosiale støtte kan bidra til å motvirke dette stigmaet. Resultatet av sosial støtte fra de ansatte kan med det tenkes å bidra til å styrke

kvinnenes selvtillit og spille en rolle i håndteringen av skam som en integrert del av bedringsprosessen, i følge Greenfield med flere (2013).

Goffmans rammeverk gir innsikt i hvordan ansatte kan arbeide for å redusere stigma og forbedre omsorgen for kvinner med ROP-lidelser ved å fremme en ikke-diskriminerende tilnærming. At kvinnene har en rusavhengighet gjør dem annerledes, og den psykiske lidelsen forsterker annerledesheten. Denne kompleksiteten går utover individuelle utfordringer og kan føre til manglende anerkjennelse på både individ-, gruppe- og samfunnsnivå ifølge Ellingsen og Skjefstad (2015). Funnene i denne studien viste at dette har negative følger for kvinnenes selvoppfatning og psykososiale fungering. Denne kombinasjonen bidrar til en forsterkning av deres rolle som avvikere, samtidig som de sosiale båndene svekkes (Evjen et al., 2018). Det kan tenkes at dette kan påvirke kvinnenes selvoppfatning negativt, da kvinner ofte internaliserer skyldfølelse (NOU 1999:13). En konsekvens av en slik marginalisering er en forsterkning av kvinnenes rolle som avvikere, med svekkede sosiale bånd og redusert støtte fra samfunnet. Denne forsterkede avvikerrollen antas å være en betydelig hindring for bedring da den kan påvirke kvinnenes selvfølelse og evne til å ta initiativ til endring (Næss, 2001). Dette ble også beskrevet av deltakerne hvor kvinnene er avhengig av å møte på rett person i hjelpeapparatet, hvis ikke står man i fare for å ikke bli tatt på alvor. Når samfunnet, også helsevesenet, betrakter kvinner med ROP-lidelser gjennom et stigmatiserende prisme, kan det føre til selvstigma, sosial isolasjon og en opplevelse av avvising. Det kan derfor sies å være sentralt at ansatte i kommunehelsetjenesten besitter kunnskap om målgruppen for å unngå å opprettholde og øke marginalisering, samt være oppmerksom på hvordan man kan tilpasse oppfølgingen i botilbudene for å unngå å forsterke eksisterende stigmatisering (Tøssebro & Berg, 2015).

Resultatene fra denne studien antyder at stigmatisering av disse kvinnene utgjør en betydelig utfordring både for kvinnene selv og ansatte i kommunalt psykisk helse- og rustjenester. Funnene viser at ansatte må aktivt streve for å bekjempe stigma i samhandling med det øvrige hjelpeapparatet. Litteraturen underbygger deltakerens uttalelser som sier at det tradisjonelt har blitt ansett som utfordrende å imøtekomme brukergruppens komplekse behov, og at det har rådet forutinntatte holdninger og negative oppfatninger om denne gruppen (Coombes & Wratten, 2007). Studien har ikke tatt for seg hvordan kvinnene selv blir påvirket av dette, men det er rimelig å anta at dette fører til isolasjon og redusert selvfølelse, som Elstad og Johannsen (2017) peker på som et resultat av en slik stigmatisering. Som kvinne kan man

være særlig utsatt for dette i følge Gråwe (2014). Dette understreker behovet for at ansatte reflekterer over sine faglige og moralske ståsteder i forhold til kvinner med ROP-lidelser, og på hvilken måte disse holdningene kommer til uttrykk i interaksjon med kvinnene.

De Beauvoirs (1949) kritikk av samfunnets normative forventninger til kjønnene utdyper forståelsen av stigmatiseringen som kvinner med ROP-lidelser kan erfare. Kvinnene møtes med diskriminering som bygger på stereotypiske forestillinger om kvinnelighet. De Beauvoirs tilnærming gir et rammeverk for å utfordre disse og arbeide mot et mer inkluderende samfunn som respekterer kvinnes autonomi. Selv om De Beauvoirs ikke har sagt noe spesifikt om kvinner med ROP-lidelser understreker hennes tilnærming betydningen av å arbeide for at kvinnene får muligheten til å definere sin egen identitet, uavhengig av begrensningene pålagt av samfunnsmessige stereotyper. Dette innebærer å legge til rette for autonomi, og med det kunne forme egne bedringsprosesser uten å bli dømt eller hindret av kjønns spesifikke begrensninger. Dette reiser spørsmål til hvordan samfunnet kan redusere stigmatisering av kvinner med ROP-lidelser gjennom en mer bevisst tilnærming til kjønnsrelaterte forventninger. De Beauvoirs perspektiv utfordrer det eksisterende kjønnsnormative rammeverket og peker på behovet for en forandring i holdninger og praksis (1949).

Til slutt understrekte denne studiens funn viktigheten av å forstå hvordan tidligere forskning og samfunnets stereotyper har formet oppfatningen av kvinner med ROP-lidelser. Et betydningsfullt aspekt i forbindelse med forskning på marginaliserte grupper er hvordan tilskrivelsen som marginalisert har tradisjonelt vært koblet til en oppfattelse av å være en passiv deltaker. Dette gjenspeiles i tidligere litteratur som beskriver rusavhengige kvinner som dobbeltavhengig, hvor avhengigheten til rusmidler blir overlappet av en avhengighet til en mann som regulerer kvinners rusatferd (Skutle, 1999). Denne stereotypien har bidratt til å opprettholde en passiv rolle for kvinnene, deres evne til å påvirke egen livssituasjon undervurderes, og de blir betraktet som avhengig av eksterne hjelpere (Lalander, 2003). Dermed reiser denne studien viktige spørsmål om hvordan ansatte i kommunehelsetjenesten, og samfunnet som helhet, kan bidra til å bryte ned disse stereotypiene, redusere stigma og skape en mer støttende og inkluderende kommunehelsetjeneste. Det blir tydelig at en helhetlig oppfølging som tar hensyn til både individuelle behov og samfunnsmessige strukturer, er nødvendig for å fremme bedring for kvinner med ROP-lidelser.

## **6 Konklusjon**

Denne studien har sett på hva syv ansatte i kommunehelsetjenesten ser som viktig for å fremme bedringsprosesser for kvinner med ROP-lidelser, samt hvilke utfordringer de står ovenfor i sitt arbeid. Studiens funn reflekterer den komplekse livssituasjonen kvinner med ROP-lidelser står ovenfor, og understreker behovet for en integrert og tverrfaglig tilnærming i tjenestene. Resultatene indikerer at ansatte i kommunehelsetjenesten opplever å ha en betydelig innvirkning på bedringsprosessene til disse kvinnene, samtidig som organisatoriske og systemiske hindringer begrenser deres evne til å gi god hjelp. Resultatene peker på at bedringsprosesser hos kvinner med ROP-lidelser viser seg gjennom samspill på ulike nivåer - mellom kvinnene og ansatte på individnivå, samt i form av samhandling mellom ulike tjenester. Disse nivåene påvirker hverandre gjensidig der organiseringen av tjenestene legger rammer for samspillet mellom kvinnene og de ansatte, og på samme måte påvirker samhandlingen mellom kvinnene og ansatte endringer på det mellommenneskelige planet. Videre avdekker studien et behov for helhetlige tjenester som håndterer både rusavhengigheten og den psykiske lidelsen samtidig. Dette krever et samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for å tilby integrerte tjenester som kan styrke kvinnes bedringsprosesser. Til slutt understreker studien nødvendigheten av å anerkjenne de spesifikke behovene til kvinner, som er avgjørende for deres bedringsprosesser. Dette inkluderer å ha botilbud med en kjønns spesifikk tilnærming som adresserer problemstillinger som knytter seg til morskap, relasjoner, og selvopfatning.

### **6.1 Styrker og svakheter**

Dette er en liten studie med begrensninger grunnet et lavt antall deltakere (n=7), men intervjuene er likevel nyanserte og rike på data. Det er verdt å merke seg at en økning i deltakernummeret kunne ha bidratt til økt validitet. Studien gir inngående beskrivelser av erfaringer til ansatte i kommunehelsetjenesten, men det er mulig at deltakerne kan ha hatt en begrenset kritisk refleksjon over eget arbeid. Et aspekt som kan betraktes både som en svakhet og en styrke i studien gjelder den nære koblingen min med to av deltakerne, som har vært mine tidligere kollegaer. På den ene siden kan vår relasjon det ha påvirker deltakernes svar og ført til mulig forutinntatthet. På den annen side kan dette ha gitt en verdifull inngangsport til informasjon som kanskje ikke ville ha blitt delt med en fremmed forsker.

Som Braun og Clarke (2006) har påpekt, bør man bruke triangulering som en metode for å styrke påliteligheten av funnene. Dette ble ikke gjort grunnet oppgavens tidsbegrensinger. Å

inkludere deltakersjekk og observasjon som ytterligere metodisk tilnærming ville kunne bidratt til en dypere innsikt og styrket funnene. Observasjon ville ha tillatt direkte observasjon av de ansattes tilnærminger og samspill med kvinnene, uten at disse ble filtrert gjennom deltakernes tolkninger. Ved å kombinere intervjuer med observasjon, kunne sammenhenger mellom deltakernes rapporterte erfaringer og observerte handlinger ha blitt undersøkt. Imidlertid var en slik omfattende tilnærming utenfor rammene av denne oppgavens omfang og tidsramme. Videre står kvalitativ forskning ovenfor utfordringer med hensyn til både relevans og overførbarhet av funn. Dette er knyttet til hvorvidt funnene kan generaliseres og være relevant utover den spesifikke konteksten hvor den ble gjennomført (Braun & Clarke, 2006). Forforståelsen min har sannsynligvis hatt innvirkning på utvelgelsen av relevant litteratur og vitenskapelige artikler for denne studien. Videre har valget av tematisk analyse, som analysemetode i oppgaven vært en styrke, ettersom denne metoden er svært fleksibel. Som nevnt under metodekapittelet krever denne fleksibiliteten en nøye beskrivelse av metoden med hensyn til dens relevans.

## **6.2 Implikasjoner for praksis og videre forskning**

Denne oppgaven bidrar til å fylle deler av et kunnskapshull om hva som kan gjøres i arbeidet i kommunehelsetjenesten for å fremme bedringsprosesser hos kvinner med ROP-lidelser. Det er imidlertid begrenset med forskning som tar for seg kvinnespesifikke utfordringer hos kvinner med ROP-lidelser og hvordan ansatte i helse- og omsorgstjenester kan handtere disse på en tilfredsstillende måte. Tilbudene til kvinnene er i så måte lite evidensbaserte. Denne studien kan belyse de komplekse faktorene som påvirker bedringsprosesser og kan bidra til å utvikle gode tilnærminger som kan imøtekomme behovene til kvinner med ROP-lidelser. Det er flere mulige retninger for fremtidig forskning som bør vurderes. Studiens funn indikerer behovet for studier som kan belyse hvilke faktorer som fremmer bedring over tid hos kvinner med ROP-lidelser. Eksempel på dette kan være forskning som finner hvilke støttetiltak som er mest nyttig for målgruppen, hvor en slik tilnærming også kan bidra til utvikling av mer effektive tjenester. I tillegg ville det vært verdifullt å utforske perspektivet til kvinnene selv. Dette innebærer å undersøke hva de oppfatter som fremmer og hindrer deres egen bedringsprosess. Videre er det relevant å utforske deres opplevelser av å bo på kjønnsdelte botilbud og hvordan dette påvirker deres erfaringer. Det bør også vurderes å forske ytterligere på hvordan strukturelle rammeverk og retningslinjer påvirker kvinner med ROP-lidelser, samt grundigere studier av kvaliteten på de ulike tjenestene som tilbys.

## 7 Litteraturliste

Følgende litteraturliste og løpende referanser i tekst er i 7. utgave av APA-stilen (APA 7th).

- Almvik, A., & Borge, L. (2014). *Å sette farger på Livet: Helhetlig psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Andersson, J., Ahgren, B., Bihari Axelsson, S., Eriksson, A., & Axelsson, R. (2011). Organizational approaches to collaboration in Vocational Rehabilitation – an international literature review. *International Journal of Integrated Care*, 11(4). <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.670>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Anthony, W. A. (2000). A recovery-oriented service system: Setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 159–168. <https://doi.org/10.1037/h0095104>
- Askeland, I.R & Jareg, K (1995). *Kvinnelige voldsutøvere – en fenomenologisk studie av kvinner som bruker vold mot sine mannlige partnere*. Universitetet i Oslo.
- Beauvoir, S. de. (1949). *The second sex*. H. M. Parshley, Trans. Vintage Books.
- Biong, S., & Soggiu, A.-S. (2015). «her tar de tingene i henda og gjør noe med det» - om recovery-orienteringen i en kommunal Rop-Tjeneste. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 12(1), 51–60. <https://doi.org/10.18261/issn1504-3010-2015-01-06>
- Bjørkquist, C. & Ramsdal, H. (2021). Det nye paradigmet. i rus- og psykiske helsetjenester – utfordringer og muligheter. I C. Bjørkquist & H. Ramsdal (Red.), *Statlig politikk og lokale utfordringer: Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse* (s. 281–299). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.140.ch14>
- Borg, M. & Karlsson, B. (2019). *Recovery – tradisjoner, fornyelser og praksis*. Gyldendal Akademisk.
- Borg, M. & Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Kommuneforlaget.
- Borg, M., & Davidson, L. (2008). The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, 17(2), 129–140. <https://doi.org/10.1080/09638230701498382>
- Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(5), 493–505. <https://doi.org/10.1080/09638230400006809>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589–597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). *Successful qualitative research a practical guide for Beginners*. SAGE Publications Ltd.
- Brekke, E., Lien, L., Davidson, L., & Biong, S. (2017). First-person experiences of recovery in co-occurring mental health and substance use conditions. *Advances in Dual Diagnosis*, 10(1), 13–24. <https://doi.org/10.1108/add-07-2016-0015>
- Brekke, V. E. (2002). *Himmel og helvete: Om kvinner og rus*. (1.utg) Akribe Forlag.
- Brunette, M. F., Asher, D., Whitley, R., Lutz, W. J., Wieder, B. L., Jones, A. M., & McHugo, G. J. (2008). Implementation of integrated dual disorders treatment; A qualitative analysis of facilitators and barriers. *Psychiatric Services*, 59(9), 989-995. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.9.989>
- Bø, I (2003). *Hva betyr det for ungdom å oppleve sosial støtte?* Stavanger: Senter for atferdsforskning.
- Carl, C. & Egeland, R. (2021). *Jobbpsykologi – kunnskap, trygghet og mot til å lede deg selv og andre*. Cappelen Damm.
- Coombes, L., & Wratten, A. (2007). The lived experience of community mental health nurses working with people who have dual diagnosis: A phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(4), 382–392. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01094.x>
- Cruce, G., Öjehagen, A., & Nordström, M. (2011). Recovery-promoting care as experienced by persons with severe mental illness and substance misuse. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10(5), 660–669. <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9780-9>
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11–19. <https://doi.org/10.1037/h0099565>
- Edland-Gryt, M., & Skatvedt, A. H. (2013). Thresholds in a low-threshold setting: An empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders. *International Journal of Drug Policy*, 24(3), 257–264. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.08.002>
- Ellingsen, I.T, & Skjefstad, N.S. (2015). Anerkjennelse, myndiggjøring og brukervedvirkning. I I.T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L.C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid. En grunnbok* (s. 97–111). Oslo: Universitetsforlaget.
- Elstad, T. A & Johannsen. G.S. (2017). Mental health, participation, and social identity. I A. H. Eide, S. Josephsson, & Vik, K. (Red.), *Participation in health and Welfare Services: Professional Concepts and lived experience*. (1.utg.). London: Routledge.



- Evjen, R., Øiern, T. & Kielland, K.B. (2018). *Dobbelt opp. Om ruslidelser og psykiske lidelser*. (4.utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Folkehelseinstituttet, (2019). *Ti store folkehelseutfordringene i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde?* Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2019/ti-store-folkehelseutfordringer-i-norge.-hva-sier-analyse-av-sykdomsbyrde>
- Fredriksen, S.T.D., Kassah, B. L. L. & Tingvoll, W.A. (2020). Utfordringer i tverrfaglig samarbeid. Kommunal helse- og omsorgstjeneste samt kommunalt barnevern. I B. L. L. Kassah, H. Nordahl-Pedersen & W.-A. Tingvoll (Red.), *Handlingsrom for profesjonalisert velferd: Kommunale tjenester for helse, omsorg og barnevern* (S. 27-45). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Furuholmen, D., & Andresen, A. S. (2007). *Fellesskapet som metode miljøterapi og evaluering I behandling av stoffmisbrukere* (3.utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Galvin, K., & Erdal, B. (2018). *Tverrfaglig samarbeid i praksis*. Kommuneforlaget.
- Gelso, C. (2013). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and Practice. *Psychotherapy Research*, 24(2), 117–131. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.845920>
- Goetz, T.G., Becker, J.B. & Mazure, C.M. (2021). Women, opioid use, and addiction. *The FAEB Journal*. 2021;35. <https://dx.doi.org/10.7302/113>
- Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. London: Penguin Books.
- Gonzalez, M. T. (2021). Relasjonsarbeid – sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I M. T. Gonzalez (Red.). *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (1.utg., s.57-66). Gyldendal Norsk Forlag.
- Green, J., & Thorogood, N. (2018). *Qualitative Methods for Health Research*. SAGE.
- Greenfield, S. F., Back, S. E., Lawson, K., & Brady, K. T. (2010). Substance abuse in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(2), 339–355. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.01.004>
- Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K., Lincoln, M., Hien, D., & Miele, G. M. (2007b). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(1), 1–21. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.05.012>
- Greenfield, S. F., Cummings, A. M., Kuper, L. E., Wigderson, S. B., & Koro-Ljungberg, M. (2013). A qualitative analysis of women's experiences in single-gender versus mixed-gender substance abuse group therapy. *Substance Use & Misuse*, 48(9), 750–760. doi:10.3109/10826084.2013.787100
- Greenfield, S. F., Trucco, E. M., McHugh, R. K., Lincoln, M., & Gallop, R. J. (2007a). The Women's Recovery Group Study: A stage I trial of women-focused group therapy for

- substance use disorders versus mixed-gender group drug counseling. *Drug and Alcohol Dependence*, 90(1), 39–47. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.02.009>
- Gråwe, R. W. (2014). *Mestring av Alvorlige Psykiske Lidelser: Et Gruppebasert lærings- og mestringsprogram: Brøsetmodellen - et program I På vei til et bedre liv-Serien*. Fagbokforlaget.
- Gråwe, R. W. (Red.). (2016). *Kombinerte behandlingstiltak for personer med samtidig rus- og psykisk lidelse*. Fagbokforlaget.
- Hakobyan, S., Vazirian, S., Lee-Cheong, S., Krausz, M., Honer, W. G., & Schutz, C. G. (2020). Concurrent disorder management guidelines. systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 9(8), 2406. <https://doi.org/10.3390/jcm9082406>
- Hammarström, A., Johansson, K., Annandale, E., Ahlgren, C., Aléx, L., Christianson, M., ... Verdonk, P. (2013). Central gender theoretical concepts in health research: The state of the art. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68(2), 185–190. <https://doi.org/10.1136/jech-2013-202572>
- Hansen, I.L.S., & Grødem, A.S. (2012). *Samlokaliserte boliger og store bofellesskap. Perspektiver og erfaringer i kommunene*. (Fafo-rapport 2012:48). Fafo. <https://www.fafo.no/en/publications/fafo-reports/samlokaliserte-boliger-og-store-bofellesskap>
- Haver, B., Dahlgren, L., & Willander, A. (2001). A 2-year follow-up of 120 Swedish female alcoholics treated early in their drinking career: Prediction of drinking outcome. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25(11), 1586–1593. <https://doi.org/10.1097/00000374-200111000-00006>
- Haver, B., Dahlgren, L., & Willander, A. (2001). A 2-year follow-up of 120 Swedish female alcoholics treated early in their drinking career: Prediction of drinking outcome. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25(11), 1586–1593. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2001.tb02165.x>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedepartementet. (2004). Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven. (I-8/2004) [Rundskriv]. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-82004/id445634/>
- Helsedirektoratet. (2012). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling. (Nasjonal faglig retningslinje IS-1948). Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-roplidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROPlidelser%20E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-roplidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROPlidelser%20E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/) /attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:b815d0887ae8ede1dff16fd16e4337e063ae0aaa/Utredning,%20behandlin

[g%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROPlidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](#)

- Hjemsæter, A. J., Bramness, J. G., Drake, R., Skeie, I., Monsbakken, B., Benth, J. Š., & Landheim, A. S. (2020). Levels of mental distress over 18 years after entering treatment for substance use disorders: A longitudinal cohort study. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 37(4), 352–364. <https://doi.org/10.1177/1455072520947249>
- Hustvedt, I. B., Bosnic, H., Håland, M.E. & Enoksen, E.A. (2020). *BrukerPlan – Kommuneundersøkelse 2019*. Stavanger: Helse Stavanger,
- Ingram, I., Kelly, P. J., Deane, F. P., Baker, A. L., Goh, M. C., Raftery, D. K., & Dingle, G. A. (2020). Loneliness among people with substance use problems: A narrative systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 39(5), 447–483. <https://doi.org/10.1111/dar.13064>
- Jellestad, F. K. (2012). Hjernen og rusavhengighet. I K. Lossius (Red.). *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Johnson, L. C., & Yanca, S. J. (2010). *Social Work Practice: A generalist approach*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Jones, A., Hannigan, B., Coffey, M. & Simpson, A. (2018). Traditions of research in community mental health care planning and care coordination: A systematic meta-narrative review of the literature. *PLoS One*, 13(6), e0198427. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198427>
- Jære, L. (06.juni, 2019) *Boligen er viktig for helsa til psykisk syke*. Forskning.no <https://www.forskning.no/partner-psykiske-lidelser-rus-og-avhengighet/boligen-er-viktig-for-helsa-til-psykisk-syke/1345123>
- Kidd, S. A., Davidson, L., & McKenzie, K. (2017). Common factors in Community Mental Health Intervention: A scoping review. *Community Mental Health Journal*, 53(6), 627–637. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0117-8>
- Kokkin, J. (1998). *Profesjonelt sosialt arbeid* (1.utg.). Tano Aschehoug.
- Kommuneloven. (2018) *Lov om kommuner og fylkeskommuner* (LOV-2018-06-22-83). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-22-83>
- KORUS, (u.å.). *ACT og FACT*. Hentet 14.august. 2023 fra <https://korus.no/verktoy-og-kartlegging/act-og-fact>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervjuet* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvam, E.A., Oddli, H.W., Landheim, A. (2019): *Anker i normalitet – betryngsprosesser hjå menneske med rus og psykisk lidning*. Tidsskrift for norsk psykologforening nr 3/2019.

Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2019/03/anker-i-normalitet>

- Lalander, P. (2003). *Hooked on heroin*. Oxford: Berg.
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi*. Universitetsforlaget.
- Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services*, 62(12), 1470–1476. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001312011>
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual Framework for personal recovery in Mental Health: Systematic Review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Levin, I. & Ellingsen, I.T. (2015). Relasjoner i sosialt arbeid. I I.T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L. C. Kleppe (Red.). *Sosialt arbeid. En grunnbok*. (s.112-123). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lindvig, G. R. (2021). *Hjelpsomme relasjoner i bofelleskap- Et bidrag til kunnskapsbasert praksis*. [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Agder.
- Lindvig, G. R., Larsen, I. B., Topor, A., & Bøe, T. D. (2019). ‘It’s not just a lot of words’. A qualitative exploration of residents’ descriptions of helpful relationships in supportive housing. *European Journal of Social Work*, 25(1), 78–90. doi:10.1080/13691457.2019.1682523
- Lingås, L. G. (2005). *Ansvar for likeverd. Etikk i tverrfaglig arbeid med habilitering og rehabilitering*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lipsky, M. (2010). *Street Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Service*. (2.utg.). Russell Sage Foundation.
- Lossius, K (Red.). (2012) *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Løken, T. D. (2021). Rekruttering og deltakelse i kvalitativ forskning: Tjenestemottakere og pårørende som deltakere. I C. Bjørkquist & H. Ramsdal (Red.), *Statlig politikk og lokale utfordringer: Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse* (s. 43–62). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.140.ch3>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative Metoder I Medisinsk Forskning: En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Martinsen, K. (1990). *Omsorg i sykepleien: en moralsk utfordring*. Oslo: Tano
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Akribe.
- Matsumoto, A., Santelices, C., & Lincoln, A. K. (2021). Perceived stigma, discrimination, and mental health among women in publicly funded substance abuse treatment. *Stigma and Health*, 6(2), 151–162. <https://doi.org/10.1037/sah0000226>
- Meld. St. 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003-/id196640/?ch=8>
- Meld. St. 16 (2010-2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/>
- Meld. St. 7 (2015-2016). *Likestilling i praksis – Like muligheter for kvinner og menn*. Barne- og familiedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20152016/id2456562/?ch=5>
- Mellingen, S. (2012). *A woman left lonely: En studie av kvinner og alkohol, avhengighet og relasjon i behandling*. KoRus Vest Bergen. <https://www.korusbergen.no/nyheter/publikasjoner/a-woman-left-lonley-2012/>
- Morrison, M., & Glenly, G. (2012). Collaborative inter-professional policy and practice: In search of evidence. *Journal of Education Policy*, 27(3), 367–386. <https://doi.org/10.1080/02680939.2011.599043>
- Muchimba, M. (2020). Age of substance use initiation and sexual violence victimization among female adolescents. *American Journal of Health Behavior*, 44(6), 840–847. <https://doi.org/10.5993/AJHB.44.6.8>
- NAPHA. (2013). *Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling*. (Rapport nr. 4/2013). Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. <https://napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidigrusmisbruk og psykisk lidelse. (2019, 28. november). *Deler erfaringer fra praksis*. Hentet fra <https://rop.no/aktuelt/deler-erfaringer-fra-praksis>
- Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidigrusmisbruk og psykisk lidelse. (2019, 28. november). *Fortsatt sprik i tilbudet til ROP-pasienter*. Hentet fra <https://rop.no/aktuelt/fortsatt-sprik-i-tilbudet-til-rop-pasienter/>
- Ness, O., Borg, M., & Davidson, L. (2014). Facilitators and barriers in dual recovery: A literature review of first-person perspectives. *Advances in Dual Diagnosis*, 7(3), 107–117. <https://doi.org/10.1108/add-02-2014-0007>
- Nesvåg, R., Knudsen, G. P., Bakken, I. J., Høy, A., Ystrom, E., Surén, P., Reneflot, A., Stoltenberg, C., & Reichborn-Kjennerud, T. (2015). Substance use disorders in schizophrenia, bipolar disorder, and Depressive Illness: A registry-based study. *Social*

- Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(8), 1267–1276.  
<https://doi.org/10.1007/s00127-015-1025-2>
- NOU 1999:13. (1999). *Kvinnens helse i Norge*. Sosial- og helsedepartementet.
- NOU 2023:5. (2023). *Den store forskjellen – Om kvinnens helse og betydningen av kjønn for helse*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Oslo kommune. (2020). *Byrådets strategiske plan for Rusfeltet i Oslo*. Byråd for arbeid, sosiale tjenester og mangfold. [https://tjenester.oslo.kommune.no/ekstern/einnsyn-fyllager/filtjeneste/fil?virksomhet=976819853&filnavn=vedlegg%2F2018\\_06%2F12576\\_20\\_1\\_1.pdf](https://tjenester.oslo.kommune.no/ekstern/einnsyn-fyllager/filtjeneste/fil?virksomhet=976819853&filnavn=vedlegg%2F2018_06%2F12576_20_1_1.pdf)
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pettersen, K., & Rudningen, G. (2014). *Samspill eller svarteperspill? En studie av ansvarsfordeling og gråsoner mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for mennesker med ROP-lidelser med voldsproblematikk*. (AFI-rapport 10/2014). Hentet fra <https://www.ks.no/contentassets/6cd57589212c45b6b5d06ccbdbeeeald/rapport.pdf>
- Pinderup, P. (2018). Challenges in working with patients with dual diagnosis. *Advances in Dual Diagnosis*, 11(2), 60–75. <https://doi.org/10.1108/add-11-2017-0021>
- Polden, E. (2017) 'Rop-Pasienters problematiske Møte Med Behandlingssystemet', *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(3), s. 227–233. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-03-08>
- Ramsdal, H. (2012). From steering to public action? An analysis of four welfare state reforms in Norway. I A. van Zanten, H. Ramsdal, J. Barroso, L. M. Carvalho & R. Freeman (Red.), *Knowledge, policy, and regulation – public action in health and education*. Lisbon: University of Lisbon.
- Ramsdal, H. (2019). Tverrfaglige team – hvordan lykkes? I C. Bjørkquist & M. Jerndahl Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (s. 95–117). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.66.ch4>.
- Ramsdal, H. N. (2018). Fagpersoners recovery – Mellom Ansvarsfraskrivelse og ansvarsoversvømmelse. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 15(4), 374–377. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-04-11>
- Ravndal, E., Sociol. Cand., & Vaglum, P. (1994). Research note: Treatment of female addicts: The importance of relationships to parents, partners, and peers for the outcome. *International Journal of the Addictions*, 29(1), 115–125. <https://doi.org/10.3109/10826089409047372>
- Reneflot, A., Asarø, L.E., & Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. (Rapport 2018). Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>



- Semb, R., Borg, M., & Ness, O. (2016). Tilpasning eller tilbaketrekning? - Tilhørighetsstrategier blant unge voksne med rus- og psykiske helseproblemer. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 19(3), 204–220. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-03-01>
- Sjåfjell, T. L., & Sælør, K. T. (2023). «Det Eneste Sikre er at alt er usikkert.» utforsking av recovery-orientert arbeid i et botilbud for personer med ROP-lidelser. *Nordic Journal of Wellbeing and Sustainable Welfare Development*, 2(2), 37–52. <https://doi.org/10.18261/njwel.2.2.4>
- Skatvedt, A. (2017). The importance of “empty gestures” in recovery: Being human together. *Symbolic Interaction*, 40(3), 396–413. <https://doi.org/10.1002/symb.291>
- Skutle, A. (Red.). (1999). *Kvinner, relasjon og rus: en kjønnsbasert forståelse*. Bergen: Stiftelsen Bergensklinikkene.
- Sosialtjenesteloven. (2009). *Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen* (LOV-2009-12-18-131). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131>
- Sterling, R. C., Gottheil, E., Weinstein, S. P., & Serota, R. (1998). Therapist/patient race and sex matching: Treatment retention and 9-month follow-up outcome. *Addiction*, 93(7), 1043–1050. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.93710439.x>
- Taksdal, A., Breivik, J., Ludvigsen, K. & Ravneberg, B. (Red.). (2006). *På randen av å bo. Erfart kunnskap om livet og flyttingene mellom psykiatri, rusomsorg, gater, hospiter og egne boliger*. (Rokkansenteret nr. 1/2006). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/krd/tid/2006/0017/ddd/pdfv/284339-randen.pdf>
- Thagaard, T (2018). *Systematikk og innlevelse – en innføring I kvalitative metoder*. Vigmostad & Bjørke AS.
- Thoresen, L., Rugseth, G. & Bondevik, H. (2020). *Fenomenologi I helsefaglig forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Gyldendal akademisk.
- Topor, A., Borg, M., Mezzina, R., Sells, D., Marin, I., & Davidson, L. (2006). Others: The role of family, friends, and professionals in the recovery process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9(1), 17–37. <https://doi.org/10.1080/15487760500339410>
- Topor, A., Bøe, T. D., & Larsen, I. B. (2018a). Small things, micro-affirmations and helpful professionals everyday recovery-orientated practices according to persons with mental health problems. *Community Mental Health Journal*, 54(8), 1212–1220. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0245-9>
- Topor, A., Skogens, L., & von Greiff, N. (2018b). Building Trust and Recovery Capital: The professionals’ helpful practice. *Advances in Dual Diagnosis*, 11(2), 76–87. <https://doi.org/10.1108/ADD-11-2017-0022>

- Trulsson, K. (2003). Masculine and feminine in a melting pot – a gendered perspective on substance abuse. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 20(1), 5–19.  
<https://doi.org/10.1177/145507250302000107>
- Tøssebro, J., & Berg, B. (2015). Sosiale forskjeller, avvik og samfunn. I L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (s. 227-243). Universitetsforlaget.
- Vabø, M., & Vabo, S. (Red.). (2014). *Velferdens organisering*. Universitetsforlaget.
- Willumsen, E. (2009). Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse- og sosialsektoren. I *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. E. Willumsen (Red.). Universitetsforlaget.
- Wormnes, E., & Skutle, A. (2005). *Pandoras Boks: Kvinner, kjærlighet til rus og håpet*. Bergen: Stiftelsen Bergensklinikkene
- Øverbø, E.B (2023, 19. november). *Hvorfor svikter samarbeidet om pasienter?* Hentet fra <https://www.forskning.no/arbeid-helsetjenester-hogskulen-pa-vestlandet/hvorfor-svikter-samarbeidet-om-pasienter/2280119>
- Aakerholt, A., Veia, A., & Tønnesen, B.L. (2016). *Hjelp til å bo: oppfølging i bolig til personer med rus- og psykisk lidelse*. Gyldendal akademisk.



## **Oversikt over vedlegg**

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 3: Godkjenning fra Masterkomiteen MOK, UiO

Vedlegg 4: Intervjuguide

Vedlegg 5: Veiledningsavtale

# Vil du delta i forskningsprosjektet

## *Veien mot bedring – En kvalitativ studie av helsepersonells erfaring med hva som hemmer og fremmer bedringsprosesser hos kvinner med samtidig rus- og psykiatrilidelse*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse erfaringer gjort av helsepersonell for å bidra til utvikling av praksisnær kunnskap om hva som hemmer og fremmer bedringsprosesser hos kvinner med rus- og psykiatrilidelse (ROP). I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene med prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Denne studien er et masteroppgaveprosjekt som har et overordnet mål om å belyse hva som hemmer og fremmer bedringsprosesser hos kvinner med ROP-lidelser. Kvinner med ROP-lidelser er ingen homogen gruppe, men noen karakteristiske problemstillinger går igjen og gruppen har ofte behov for langvarige og sammensatte tjenester. Studien søker erfaringer hos ansatte i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for å kunne belyse hva som er viktig for helsepersonell å ha med i sin tilnærming til kvinner med ROP i kommunehelsetjenesten. Oppgavens problemstilling lyder;

*«Hva hemmer og hva fremmer bedringsprosesser hos kvinner med ROP-lidelse?»*

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

Universitetet i Oslo (UiO) ved det medisinske fakultet er ansvarlig for forskningsprosjektet. Veiledere for oppgaven er Lena Fauske (Hovedveileder) og Linda Nesse (bi-veileder).

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

Vi ber deg om å delta i studien, fordi du arbeider med kvinner med ROP. Studien vil intervju seks personer fra ulike kjønnsdelte institusjoner i kommunehelsetjenesten.

Inklusjonskriteriene for studien er; må ha jobbet klientnært i minst ett år, være over 18 år, begge kjønn, snakker norsk.

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

Du vil bli intervjuet om dine opplevelser og erfaringer fra å ha arbeidet med kvinner med ROP-lidelser og deres bedringsprosesser. Du vil bli intervjuet av masterstudent Kaia Herleiksplass ved UiO. Intervjuet vil foregå fysisk i et lokale begge parter er blitt enig om og vil vare i ca. 60 minutter.

Vi ber deg om å møte til et intervju hvor vi ønsker at du forteller dine erfaringer med kvinner med ROP, om deres bedringsprosesser og din tilnærming og oppfølging av dem. Intervjuet blir tatt opp på lydfil. Opptaket fra intervjuet vil bli gjennomgått, nedskrevet ordrett og

avidentifisert. Når resultatene skal skrives og publiseres vil man være påpasselig med å utelate all informasjon fra intervjuene som kan være identifiserende for den enkelte deltaker.

Deltakelse i denne studien vil ikke medføre noen risiko for deg som person. Det vil ikke utføres inngripende spørsmål eller undersøkelser i løpet av studien. Du vil heller ikke ha noen spesielle fordeler av å delta i denne forskningen, annet enn at erfaringer fra prosjektet vil kunne komme kvinner med ROP-lidelser til gode, samt annet helsepersonell som arbeider med gruppen.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Du har rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og korrigere eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

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

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

Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn, fødselsnummer eller andre identifiserende opplysninger. Dine personopplysninger vil erstattes med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data. Det er kun undertegnede og veiledere som har tilgang til denne. Dataen fra intervjuet forblir lagret i en intern, sikker datalagring ved UiO og vil slettes i sin helhet når prosjektet er ferdigstilt. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i masteroppgaven når denne publiseres.

### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes mai 2024. Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som det er beskrevet under formålet med prosjektet. Resultatene vil leveres som en del av masteroppgaven til Universitet i Oslo. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra relevante myndigheter. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger slettes. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norsk senter for forskningsdata har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Universitetet i Oslo ved Kaia Herleiksplass (masterstudent), mobil 97077377, epost [kaia@herleiksplass.com](mailto:kaia@herleiksplass.com)
- Universitetet i Oslo ved Lena Fauske (*hovedveileder*), mobil 91345672, epost [lena.fauske@medisin.uio.no](mailto:lena.fauske@medisin.uio.no)
- Norges miljø- og biovitenskapelige universitet ved Linda Nesse (*bi-veileder*), 41613687, epost [linda.nesse@nmbu.no](mailto:linda.nesse@nmbu.no)
- Personvernombudet ved UiO, Roger Markgraf-Bye, epost [personvernombud@uio.no](mailto:personvernombud@uio.no)

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

Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

*Prosjektansvarlig*  
(Forsker/veileder)

*Masterstudent*  
Kaia Hatletvedt Herleiksplass

-----

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Veien mot bedring – en kvalitativ studie av helsepersonells erfaring med hva som hemmer og fremmer endringsprosesser hos kvinner med samtidig rus- og psykiatrilidelse*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

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

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

# Godkjenning fra NSD



[Meldeskjema](#) / [Veien mot bedring - en kvalitativ studie av helsepersonells erfaring...](#) / Vurdering

## Vurdering av behandling av personopplysninger

|                        |                       |             |
|------------------------|-----------------------|-------------|
| <b>Referansenummer</b> | <b>Vurderingstype</b> | <b>Dato</b> |
| 997830                 | Standard              | 02.06.2022  |

### Tittel

Veien mot bedring - en kvalitativ studie av helsepersonells erfaring med hva som hemmer og fremmer bedringsprosesser hos kvinner med samtidig rus- og psykiatrilidelse

### Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

### Prosjektansvarlig

Lena Fauske

### Student

Kaia Herleiksplass

### Prosjektperiode

15.06.2022 - 15.06.2024

### Kategorier personopplysninger

Alminnelige

### Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 15.06.2024.

[Meldeskjema](#)

### Kommentar

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

### VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

### TAUSHETSPLIKT

Deltagerne i prosjektet har taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres uten at det fremkommer opplysninger som kan identifisere pasienter/brukere.

### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

### LOVLIG GRUNNLAG

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

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

### PERSONVERNPRINSIPPER

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

om:

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

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

## Godkjenning fra Masterkomiteen, MOK

**UiO • Det medisinske fakultet**  
Universitetet i Oslo

Prosjektansvarlig/hovedveileder: Lena Fauske  
Evt. Intern prosjektansvarlig: Lena Fauske  
Masterstudent: Kaja K. Herleiksplass

Dato: 23.06.2022

Kontaktperson: Hedda Eik

### Svar på søknad om godkjenning av masteroppgaveprosjekt og veileder

*Prosjekt: Veien mot bedring- en kvalitativ studie av helsepersonells erfaringer med hva som fremmer og hemmer bedringsprosesser hos kvinner med samtidig rus og psykiatrilidelser*

Vi viser til søknad datert 01.06.2022 om godkjenning av ovennevnte masteroppgaveprosjekt ved Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap, Universitetet i Oslo. Søknaden er vurdert av Masteroppgavekomiteen ved Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap i møte 13.06.2022.

### Faglig vurdering

Slik komiteen ser det er dette et relevant og gjennomførbart prosjekt. Vi ber likevel kandidaten reflektere gjennom det å rekruttere ved egen arbeidsplass

### Forskningsetisk vurdering

Ok

### Vedtak

Prosjektet godkjennes og kan settes i gang. Veiledningsavtalen godkjennes.

Lykke til med prosjektet.

Med hilsen

Hilde Bondevik  
Avdelingsleder, professor

Christine Råheim Borge  
Leder masteroppgavekomiteen, postdoktor



**Institutt for helse og samfunn**  
Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap  
Postadr.: Postboks 1089 Blindern, 0317 Oslo  
Besøksadr.: Forskningsveien 3a, Harald  
Schjelderups hus, inngang 2

Telefon: 22 84 53 78  
Telefaks: 22 84 53 83  
postmottak@medisin.uio.no  
www.med.uio.no/helsam  
Org.nr.: 971 035 854



## Intervjuguide

Veien mot bedring – En kvalitativ studie av helsepersonells erfaring med hva som hemmer og fremmer bedringsprosesser hos kvinner med samtidig rus- og psykiatrilidelse

## Intervjuguide

### Introduksjon

- Hva kjennetegner kvinnene som får oppfølgingen hos dere?
- Din kontakt med kvinner med ROP-lidelser?
  - o Hvilke oppgaver
  - o I hvilke form og grad har du kontakt med dem?

### Behov

- Hvilke behov melder kvinnene om?
  - o Hvordan opplever du at du får møtt disse?
- Hvilken oppfølging tenker du denne gruppen har behov for?
- Samsvarer kvinnenenes behov og oppfølgingen som gis?
- Er det behov du ikke har kunnet imøtekomme? Eksempler på dette?
- Kan du fortelle hvilken erfaring du har med brukermedvirkning her hos dere?

### Tilnærming til brukergruppen

- Hva legger du vekt på i møte med en kvinne med ROP-lidelse?
  - o Hva har fungert?
  - o Hva har ikke fungert?
  - o Hva er dine tanker om hvorfor det er slik?
- Hvordan arbeider dere for å støtte kvinner med ROP-lidelser?
- Har dere ulike profesjoner hos dere? Hvis ja, hvordan kommer dette til uttrykk?
  - o Har representanter for de ulike profesjonene ulike måter å forholde seg til/tilnærme seg brukerne på?
- Er det noen mangler i tilbudet som gis? I så fall hvilke?
- Hvis dere hadde hatt ubegrenset med midler, kan du si noe om hvordan oppfølgingen hadde vært da?

### Bedringsprosesser

- Når du tenker på bedring, hva legger du i det?
- Hva er dine erfaringer med bedringsprosesser hos kvinner med ROP?
- Hva mener du er fremmede for kvinner med ROP sine bedringsprosesser?
  - o Betingelser som må være på plass for å kunne fremme disse faktorene? Eventuelle utfordringer knyttet til disse?
  - o Hva har du erfart som de viktigste tiltakene for å hjelpe kvinner med ROP?
  - o Egenskaper personalet som kan hjelpe kvinnene å få det bedre?
- Hva mener du er hemmende i forhold til kvinner med ROP sine bedringsprosesser?
  - o Er det noen forhold i tilbudet dere gir som kan hemme og/eller fremme bedringsprosesser hos kvinnene?
  - o Noe som gjør det krevende å jobbe med bedringsprosesser til kvinnene?
  - o Hva mener du kan gjøres for at oppfølgingen skal bli bedre?

### Kjønnsperspektivet

- Hva legger du i et kjønnsperspektiv?

- Kvinner er nedprioritert i helsevesenet – Hva med her?
- Hvilke tanker har du om kjønnsperspektivet når det gjelder rus?
- Hvordan opplever du at kvinner med ROP blir møtt i kommunale rus- og psykiske helsetjenester?
- Hva er dine erfaringer og tanker rundt kjønnsdelt oppfølging?
  - o Fordeler og ulemper?
  - o Hvorfor tror du det tas i bruk i så liten grad?

#### Avslutning

- Hva tenker du er spesielt viktig å få fram i en studie som denne?
- Er det noe jeg ikke har spurt om du tenker er viktig for problemstillingen?

# Veiledningsavtale



## UiO : Institutt for helse og samfunn Det medisinske fakultet

### VEILEDNINGSAVTALE – MASTEROPPGAVE

Avdeling for helsefag

Veiledning inngår som en obligatorisk del av arbeidet med masteroppgaven og er en forutsetning for å innlevere oppgaven til sensur (jf. § 2-5 (7) Forskrift om studier og eksamener ved Universitetet i Oslo). Inngåelse av veiledningsavtale er derfor obligatorisk for alle som er tatt opp på et masterprogram ved Universitetet i Oslo.

Avtale om veiledning skal inngås etter bestått eksamen (prosjektplan) i emne HELSEF4301 Forskningsforberedende kurs og gjøres i forbindelse med kvalitetssikring og godkjenning av mastergradsprosjekt. I tillegg skal studenten semesterregistrere seg, bekrefte utdanningsplan og betale semesteravgift hvert semester frem til innlevering.

Avtalen fylles ut av student og veileder(e). Alle involverte må gjøre seg kjent med avtalens rammer og retningslinjer (s. 2) og signere avtalen.

#### Student

|                                |                                   |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| Navn: Kaia Herleiksplass       |                                   |
| Adresse: Haakon Tveters vei 86 | Postnummer og sted: 0686 Oslo     |
| Telefon: 97077377              | E-postadresse: kaia@herleiksplass |

#### Masteroppgaveprosjekt

|  |
|--|
| Tittel: <i>Veien mot bedring - En kvalitativ studie av helsepersonells erfaring med hvordan som fungerer og fremmer bedringsprosesser hos kvinner med samtidig mis- og psykiatridiagnose</i> |
|--|

#### Hovedveileder

|  |   |
|--|---|
| Navn: Lena Fauske  | Stilling/tittel: <i> forskningsamanuensis / forsker</i> |
| Arbeidssted: <i>UiO Helsefag / Oslo Universitetsyktelhus</i> |   |
| Postadresse: <i>Ullem skoleveien 70</i>                      | Postnummer og sted: <i>0379 Oslo</i>                    |
| Telefonnummer: <i>913 45 672</i>                             | E-postadresse: <i>lena.fauske@medisin.uio.no</i>        |

#### Eventuell biveileder

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| Navn: Linda Nesse                | Stilling/tittel: <i>psykiater / universitetslege for p.h.d</i> |
| Arbeidssted:                     |  |
| Postadresse:                     | Postnummer og sted:  |
| Telefonnummer: <i>41 61 3687</i> | E-postadresse: <i>linda.nesse@nmbu.no</i>                      |

#### Avtalt tidsfordeling (totalt 20 veiledningstimer)

|                   |                |
|-------------------|----------------|
| Hovedveileder: 10 | Biveileder: 10 |
|-------------------|----------------|

## Rammer og retningslinjer

Avtale om veiledning inngås etter bestått eksamen i emne HELSEF4301 Forskningsforberedende kurs og i forbindelse med kvalitetssikring og godkjenning av mastergradsprosjekt.

Veiledningsavtalen er en formalisering av et samarbeid mellom student, veileder/e og Avdeling for helsefag. Studenten tilbys totalt 20 timer veiledning. Ekstern veileder/e blir honorert for 1 time for-/etterarbeid til hver veiledningstime, totalt 40 timer for hver student. Samlet honorar til ekstern veileder/e utbetales normalt når veiledningen er avsluttet og masteroppgaven er sensurert og etter satser fastsatt av Universitetet i Oslo.

### Partens ansvar i veiledningsforholdet

Veileder plikter å sette seg inn i Etsiske retningslinjer for veiledere ved UiO:  
<http://www.uio.no/om/regelverk/etiske-retningslinjer/etiske-retningslinjer-veiledere.html>.

Veileder forplikter seg til å være forskningsansvarlig for masteroppgaven og påse at alle søknader/tillatelser i henhold til faglig forsvarlighet og forskningsetikk foreligger.

Veileder og student plikter å utforme en realistisk og forpliktende fremdriftsplan, der alle vesentlige elementer i utforming, gjennomføring og ferdigstillelse av prosjektet inngår.

Veileder og student plikter i samarbeid å sende avdelingen en fremdriftsrapport halvveis i masteroppgavearbeidet.

Veileder og student plikter å holde hverandre løpende orientert og i god tid gi beskjed om lengre fravær etc. slik at dette kan tilpasses planen for arbeidet.

Dersom veileder finner at studenten ikke overholder sine forpliktelser på en tilfredsstillende måte, eller veiledningsforholdet blir problematisk, kan veileder på dette grunnlag be om å bli løst fra veiledningsoppgaven.

Dersom studenten finner at veiledningen er utilfredsstillende kan han/hun etter søknad be om å få godkjent ny veileder. Avdelingen treffer avgjørelse i saken.

Dersom både veileder og student under arbeidet med masteroppgaven, finner at det av faglige grunner bør oppnevnes ny veileder, skal de henvende seg til avdelingen.

Avdeling for helsefag plikter å orientere seg om studentens progresjon og å bistå veileder og student i saker knyttet til veiledningsforholdet.

### Opphavsrett til masteroppgaven




Masteroppgaven er studentens eiendom, men kan benyttes av universitetet i undervisnings- og forskningsformål så fremt studenten ikke har begrenset bruken av materialet (klausering).

### Arkivering og registrering av veilederavtalen

Avtalen (original) med godkjent masterprosjekt og prosjekthettkrivelse arkiveres ved Avdeling for helsefag.

*Student og veileder/e er enige om ovennevnte punkter. Det er både veileder(e)s og studentens ansvar at avtalen følges.*

### Signaturer

|                |   |
|----------------|---|
| Dato:          | 19.05.2022  |
| Student:       |  |
| Hovedveileder: |  |
| Biveileder:    |  |

**Avtalen godkjennes av Avdeling for helsefag i forbindelse med søknad om prosjektgodkjenning:**

<https://www.uio.no/studier/emner/medisin/helsefag/HELSEF4300/godkjenning-masterprosjekt-veiledning.html>