

Mailén Lorentsen

# Tilrettelegging for innvandrere i rusbehandling

Implementing adjustments for immigrants in substance use treatment

Bacheloroppgave i sosialt arbeid

Veileder: Anne Juberg

Mai 2021



Mailén Lorentsen

# **Tilrettelegging for innvandrere i rusbehandling**

Implementing adjustments for immigrants in substance use treatment

Bacheloroppgave i sosialt arbeid  
Veileder: Anne Juberg  
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap  
Institutt for sosialt arbeid



**NTNU**

Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

Denne oppgaven handler om innvandrere sine behov i rusbehandling, og tilrettelegging i lys av målet om likeverdig behandling i helsetjenestene. Problemstillingen er: Hvilke opplevelser har innvandrere med rusbehandling, og hvordan kan behandlingen tilrettelegges for å imøtekomme denne gruppens behov? Dette drøftes metodisk gjennom bruk av eksisterende litteratur på feltet.

Flere rapporter og forskningsartikler viser at innvandrere oftere avbryter rusbehandling. Mange i brukergruppen oppgir at de savner økt forståelse for kultur og migrasjonsspesifikke opplevelser, og flere har opplevd behandlingsopplegget som standardisert. En del har også hatt negative opplevelser med de ansatte, blant annet gjennom manglende kulturkompetanse. I denne oppgaven har kulturformuleringsintervjuet, religiøse implementeringer, kulturtilpasset metodikk (f.eks. MI), flere ansatte med innvandrerbakgrunn og økt kulturkompetanse blitt drøftet som tiltak opp mot brukernes behov. En del av forskningen tyder på at kultursensitive tiltak kan øke brukertilfredshet, gi bedre relasjoner mellom ansatt og bruker, styrke brukermedvirkning og bidra til å forebygge avbrudd i behandling. Samtidig er det uenigheter om hvor mye vi skal ivareta det kulturelle, og på hvilken måte vi skal gjøre dette. Manglende forskning på feltet gjør det vanskelig å dra tydelige konklusjoner for hva som er brukergruppens behov, og hva som eventuelt er de beste tiltakene for å imøtekomme disse. Til syvende og sist er det brukerne som vet hva som er best i deres liv, og behandlingen må alltid tilpasses individuelt.

## **Abstract**

This thesis examines needs that immigrants have in substance abuse treatment, and discusses improvements based on the principle of equality in our health services. The question that has been researched is: What experiences do immigrants have with substance use treatment, and how can the treatment be adjusted to meet the needs of this group? Methodically this has been researched through existing literature on the field.

Several reports and articles show that immigrants more often than others drop out of substance use treatment. Many immigrants have experienced a standardized treatment system with a lack of understanding for their cultural background. Some have also had negative experiences with employees, often explained as a lack of cultural competence. In this thesis, the cultural formulation interview, focus on religion, cultural adaptation (of MI etc.), multicultural employees and increased cultural competence in employees been discussed as to if they can meet the users' needs. Some of the research indicates that cultural sensitivity can increase user satisfaction, cause a better relationship between employee and user, strengthen user participation and prevent drop-out from treatment. At the same time, there are disagreements as to how much we should focus on the cultural aspect, and in what way we should do it. A lack of research on this field makes it difficult to draw conclusions on what immigrant needs are in treatment, and what are the best ways to accommodate these. Ultimately, the users know what's best in their lives, and the treatment should always be tailored individually.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
<b>2.0 Metode</b> .....	<b>2</b>
2.1 Litteratursøk.....	2
2.2 Utvelgelse av litteratur og kildekritikk .....	3
<b>3.0 Bakgrunn</b> .....	<b>5</b>
3.1 Psykisk helse og utvikling av ruslidelse blant innvandrere .....	5
3.2 Om tverrfaglig spesialisert behandling .....	5
3.3 Omfang og representasjon av gruppen i TSB.....	5
<b>4.0 Teori</b> .....	<b>6</b>
4.1 Sentrale begreper i teorien.....	6
4.2 Individuelt tilpasset behandling og kulturtilpasning .....	7
4.3 Brukermedvirkning.....	7
4.4 Innvandrere sine opplevelser med rusbehandling i Norge.....	8
4.5 Tilrettelegging .....	10
4.5.1 Kulturformuleringsintervjuet .....	10
4.5.2 Religion og spiritualitet.....	11
4.5.3 Kulturtilpasning av MI og andre modeller .....	11
4.5.4 Ansatte med flerkulturell kompetanse.....	12
4.5.5 Økt kulturkompetanse hos ansatte.....	12
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>13</b>
5.1 Svak relasjon med de ansatte .....	13
5.1.1 Ansatte med innvandrerbakgrunn .....	13
5.1.2 Kulturkompetanse gjennom KFI.....	14
5.1.3 Kulturkompetanse gjennom utdanning og kurs.....	15
5.2 Standardisert behandlingsopplegg.....	16
5.2.1 Ulike perspektiver på hva god behandling er.....	16
5.2.2 Individuelle eller gruppespesifikke tilpasninger .....	17
5.2.3 Fokus på religion og spiritualitet.....	18
5.3 Brukermedvirkningens sentrale rolle .....	19
5.3.1 Faktorer som hindrer og fremmer brukermedvirkning.....	19
5.3.2 Bruk av feedbackverktøy som et middel for brukermedvirkning.....	19
5.4 Rammer for tilrettelegging .....	20
5.4.1 Økonomiske rammer.....	20
5.4.2 Organisatoriske og politiske rammer .....	21
5.5 Bør man tilrettelegge på grunn av kulturelle faktorer?.....	21
<b>6.0 Konklusjon og avsluttende refleksjoner</b> .....	<b>22</b>
<b>7.0 Referanseliste</b> .....	<b>24</b>

## 1.0 Introduksjon

Noe forskning viser at innvandrere oftere faller ut av rusbehandling, og at de er mindre fornøyde med behandlingen enn nordmenn for øvrig (Johannessen et al., 2020; Kour et al., 2020). Interesseorganisasjoner mener utfordringene innvandrere har med rus og psykisk helse ofte er knyttet opp mot kultur, og sier at økt minoritetsperspektiv på rusfeltet vil gi bedre tjenester og en mer rettferdig ruspolitikk (Johannessen et al., 2020). Et av målene i norsk helsetjeneste er at alle skal få likeverdig behandling uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn osv. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 4). For at alle skal få sine rettigheter og behov ivarettatt, må enkelte tilbud tilrettelegges (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). I denne oppgaven vil jeg utforske målsettingen om likeverdige helsetjenester og individuelt tilpasset behandling, i lys av innvandrere sine opplevelser i rusbehandling.

Rusbehandling er et av mange felt som sosionomer kan jobbe innenfor. I det flerkulturelle samfunnet som Norge er, vil etniske minoriteter være en naturlig del av brukergruppen i alle deler av helsetjenesten. Sosialtjenesteloven forteller oss blant annet at vårt mandat som sosialarbeidere er å bedre levekårene for vanskeligstilte, forebygge sosiale problemer, og bidra til likeverd og likestilling (2009, § 1). I FOs yrkesetiske grunnlagsdokument står det at vårt arbeid «skal ta hensyn både til fellesmenneskelige behov og individuelle preferanser», og at vi skal «være kritisk til likebehandling og standardiserte tiltak i møte med ulike situasjoner og behov» (2019, s. 4-5). Oppgavens problemstilling er i stor grad basert på disse prinsippene. Jeg har blitt inspirert til å skrive om temaet blant annet gjennom min praksis hos SAMUR (samhandlingstiltak for unge rusavhengige). Andelen brukere med annen etnisk bakgrunn har de siste årene vært økende der, og de ansatte uttrykte et behov for mer kunnskap. Praksisen ga meg et innblikk i tematikk som kan gjøre seg gjeldende i samhandling med disse brukerne, og jeg ble med dette nysgjerrig på brukergruppens perspektiv på samhandling med hjelpeapparatet.

Med utgangspunkt i dette har jeg valgt problemstillingen:

**Hvilke opplevelser har innvandrere med rusbehandling, og hvordan kan behandlingen tilrettelegges for å imøtekomme denne gruppens behov?**



*Innvandrere:* «Personer som selv har innvandret til Norge, og som er født i utlandet av utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre» (Dzamarija, 2019). Begrepet omfatter ikke innvandrernes barn som er født i Norge (Dzamarija, 2019). Asylsøkere og flyktninger er inkludert i begrepet (SSB, u.å.).

*Rusbehandling:* TSB (Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser) er fellesbetegnelsen på tjenestene som tilbyr rusbehandling på spesialistnivå i Norge.

Av innvandrernes opplevelse i rusbehandling vil jeg begrense meg til å fokusere på behandlingsopplegget og ansatte, og betydningen av kultur vil være i fokus. På grunn av ordbegrensningen vil språklige barrierer, behandlingstilgang og ettervern ikke bli tematisert, selv om det er faktorer som også kan påvirke deres behov i behandling.

Jeg vil først gjøre rede for det metodiske i arbeidet med oppgaven. Deretter vil jeg presentere litteratur om psykisk helse i målgruppen, litt om TSB og representasjon av gruppen. Videre vil jeg se på begreper, sentrale perspektiver, opplevelsene innvandrere har i rusbehandling, samt eksempler på ulike former for tilrettelegging. Basert på dette vil jeg jeg drøfte hvordan man kan møte de behovene som målgruppen oppgir å ha, og om det kan bidra til at flere fullfører rusbehandlingen og blir rehabilitert.

## **2.0 Metode**

Metode er fremgangsmåten man benytter for å undersøke et tema, gjennom innsamling av data/informasjon (Dalland, 2017, s.52). I tråd med NTNUs retningslinjer er dette en teoretisk oppgave, der premisset er å drøfte en problemstilling i lys av eksisterende litteratur på feltet. I dette metodekapitlet vil jeg gjøre rede for hvordan jeg har gjennomført datainnsamlingen gjennom litteratursøk, utvelgelse og kildekritikk.

### **2.1 Litteratursøk**

I mine litteratursøk har jeg benyttet meg av systematisk søk og kjedesøk. I systematiske søk bruker man søkestrategier og utvalgte søkeord i databaser (Ringdal, 2007, s. 59). Noen av artiklene jeg valgte ut med denne metoden, benyttet jeg videre til kjedesøk. Det betyr å bruke deres referanselister til å finne ytterligere relevant litteratur (Rienecker & Jørgensen, 2013, s. 119). I de systematiske søkene har jeg brukt databasene Oria, Idunn og Sociological Abstracts, der målet var å finne relevante vitenskapelige artikler til oppgaven.

Det ble mye prøving og feiling med søkeord, da jeg opplevde det som utfordrende å finne artikler som passet til min problemstilling. På engelsk brukte jeg søkeordene: «substance use», treatment og migrant\*/ethnic\*. Etter noe lesing på feltet anså jeg det som relevant å legge til «cultural competence», «cultural sensitivity» eller «cultural adaptation» med de andre søkeordene. På norsk fikk jeg best resultat med søket minoritet\* kultur\*. Jeg gjorde også et eget søk på «cultural formulation interview», da jeg fant mye om det i politiske veiledere, men ingenting på de primære søkene. I mine norske søk fikk jeg best resultat med vide og mer generelle søkeord. Omfanget av engelsk litteratur var større, og jeg benyttet dermed mer detaljerte søkeord i disse søkene. I alle mine søk avgrenset jeg til fagfelleevaluering, for å forsikre meg om at artiklene var kvalitetssikret. Tidsavgrensning ble satt til utgivelsesår mellom 2010 og 2021.

Som man ser fra mine systematiske søk, har jeg brukt litt ulike begreper for brukergruppen, deriblant migrant\* (som også gir resultater med immigrant) og ethnic\* (som inkluderer ethnic minority og ethnicity). Jeg forsøkte med kun immigrant, men anså en utvidelse som hensiktsmessig for å få et tilstrekkelig litteraturgrunnlag. I problemstillingen min benytter jeg begrepet innvandrere som en samlekategori, som også omfatter begreper som asylsøkere, flyktninger, migranter og etniske minoriteter. Litteraturen bruker litt varierende begreper, men felles for majoriteten er at de knytter det opp mot kultur.

Jeg har også brukt tidligere pensumlistene og skolens bibliotek for å søke etter relevant litteratur, samt fått tips om artikler fra veileder og medstudenter. Artiklene fra Kour et al. (2019, 2020) har jeg ansett som svært relevant opp mot problemstillingen, og har følgende brukt de mye til kjedesøk.

## 2.2 Utvelgelse av litteratur og kildekritikk

Litteraturen ble først valgt gjennom en vurdering av titlene på søkeresultatene, og jeg leste sammendragene til de titlene som så relevante ut. Deretter leste jeg de utvalgte og la inn de jeg ville ha med i EndNote, der jeg sorterte det etter tema. I min utvelgelse har jeg vektlagt nyere litteratur, men noe av eldre datering har blitt utvalgt blant annet gjennom kjedesøk. Det har blitt tatt med på grunnlag av at mye nyere litteratur enda refererer til det, eller at det

omhandler temaer som det finnes lite annen forskning på. Jeg har heller ikke oppdaget noen markante endringer på fagfeltet, noe som taler for eldre litteratur også kan være relevant.

Jeg har valgt et tema der jeg har ikke har konkludert med noe på forhånd, og følgende vært åpen for ulike perspektiver. Men på lik måte som forforståelse kan ha påvirket forfatterne av litteraturen, kan det også ha påvirket meg i valg av søkeord, litteraturutvelgelsen og tolkning av informasjonen. Valg av litteratur vil i stor grad påvirke perspektivet og vinklingen i oppgaven. I utvelgelse og tolking av litteraturen har jeg forsøkt å være mest mulig nøytral, hatt et kritisk blikk og valgt ut litteratur som setter lys på både muligheter og utfordringer opp mot min problemstilling.

En begrensning er at utvalget av norsk litteratur var lite. I litteratursøkene fant jeg noe forskning på innvandrernes opplevelse av rusbehandling, men mindre om tilrettelegging i norsk kontekst. Jeg har valgt å kun benytte norsk litteratur om innvandreres opplevelse av rusbehandling, fordi jeg ønsket å fokusere på TSB og erfaringer derfra. I andre deler av oppgaven, deriblant om tilrettelegginger, har jeg benyttet mye internasjonal forskning. I et fagfelt med lite forskning, må man stille noe færre krav i søk og utvelgelse (Dalland, 2017). Å ikke ha norsk forskning der kan bety mindre relevans, men en utvidelse til engelsk ga et bredere utvalg av litteratur som traff bedre på problemstillingen.

Påliteligheten til informasjonen har jeg vurdert blant annet gjennom krav om fagfelleevaluering på artiklene. Selv om en artikkel er fagfellevurdert er man likevel nødt til å ha et kritisk blikk i møte med litteraturen, ved å for eksempel undersøke hvilken vinkling og særinteresser forfatterne kan ha, og om det er noen utfordringer med metoden (Rienecker & Jørgensen, 2013, s. 126-127). I artiklene har forfatterne redegjort for deres egen kritikk av datamaterialet, noe jeg har vurdert i utvelgelsesprosessen og hatt med i bakhodet ved benyttelse av litteraturen. I valg av bøker, fagrapporter og statistikk har jeg også forsøkt å være kritisk til datagrunnlaget, samt forfatternes mulige forforståelse. En del av artiklene har et begrenset datamateriale, noe som kan gjøre det vanskelig å dra sikre konklusjoner. For eksempel har en del av artiklene mindre enn 10 informanter i utvalget, og i forskningen om innvandrernes opplevelser er det få kvinner representert. Jeg har forsøkt å styrke det faglige grunnlaget i oppgaven gjennom et bredt utvalg av litteratur, men drøftingen vil fortsatt preges noe av et begrenset materiale.

## 3.0 Bakgrunn

### 3.1 Psykisk helse og utvikling av ruslidelse blant innvandrere

Noe forskning viser at innvandrere har økt risiko for å få psykiske lidelser, og det synes å ofte være relatert til migrasjonsopplevelsene (Abebe et al., 2014; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Varvin, 2018). Den psykiske helsen hos innvandrere kan påvirkes av faktorer som kjønn, arbeid, økonomi, sosial støtte, traumer, årsak til innvandring, sorg, integrering, diskriminering m.m (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 20). Innvandrere er en mangfoldig gruppe, og hvert individ har sin unike historie og opplevelse av verden (Shaygani, 2019, s. 271). I det psykodynamiske perspektivet knytter man menneskers ruslidelse opp mot livserfaringer, relasjoner og mentale prosesser, og dette gjelder både for etnisk norske og for innvandrere (Shaygani, 2019, s. 271). Det hevdes likevel at man kan snakke om fellestrekk hos innvandrere, gjennom migrasjonsopplevelser som separasjon, flukt, og integrering i et nytt land (Abebe et al., 2014; Shaygani, 2019). Innvandrere kan også utsettes for et akkulturasjonspress, gjennom ytre forventninger om at de skal integrere seg i norsk kultur og lære seg språket (Abebe et al., 2014; Kour et al., 2019). Utfordringer i det nye landet kan være belastende, og i kombinasjon med sorg og traumer kan det spille en stor rolle i oppstart eller forverring av en ruslidelse (Kour et al., 2019; Shaygani, 2019; Varvin, 2018).

### 3.2 Om tverrfaglig spesialisert behandling

I 2004 ble rusbehandling en del av spesialisthelsetjenesten (Haga, 2021, s. 94). Rusbehandling er derav lovregulert gjennom pasient- og brukerrettighetsloven, hvor lovens formål deriblant er å «ivareta respekten for den enkelte pasients og brukes liv, integritet og menneskeverd» (1999, § 1-1). Tverrfagligheten i TSB omfatter medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse (Haga, 2021, s. 94). Vanlige metoder som benyttes er motiverende samtaler (MI), mentaliseringsbasert terapi (MBT) og kognitiv atferdsterapi (Lossius, 2021). Helsedirektoratet har flere veiledere og retningslinjer for rusbehandling, der diagnostikk, utredning, behandling og organisering blir gjennomgått (2016, 2018). Oppsummerende kan man si at individuell tilpasning, brukermedvirkning, involvering av nettverk og trygge rammer er overordnede temaer i disse (Helsedirektoratet, 2016, 2018).

### 3.3 Omfang og representasjon av gruppen i TSB

Det føres tilsynelatende ingen offentlig statistikk over antall brukere med innvandrerbakgrunn i TSB. I en spørreundersøkelse gjort av Freng og Lund (2015, s. 30) svarte 31 av 82 norske

rusinstitusjoner og døgnenheter at de hadde brukere med asylsøkererfaring, med større omfang i byene. De institusjonene som svarer at de har brukere i gruppen, sier at antallet har økt de siste årene (Freng & Lund, 2015, s. 61). Kour et al. (2020, s. 2) viser til at innvandrere benytter seg av spesialisthelsetjenesten i mindre grad enn den generelle befolkningen. Det var ukjent om dette handler om tilgang eller om tidligere erfaringer med helsetjenestene (Kour et al., 2020, s. 2).

## 4.0 Teori

### 4.1 Sentrale begreper i teorien

Litteraturen om innvandrere i rusbehandling omhandler i stor grad tre begreper:

kultursensitivitet, kulturtilpasning og kulturkompetanse. Kultur er et vidt begrep, og det er derfor nødvendig med en definering av begrepene for å forstå hva som ligger i dette fokuset. Kultur defineres som «et system av kunnskap, ideer, verdier, regler, som ligger bak hva vi gjør, og som uttrykkes gjennom det vi gjør.» (Keesing, 1981, sitert i Hansteen, 2005, s. 243). I denne konteksten benyttes det i sammenheng med etnisitet, som er «opplevde kulturforskjeller som gjøres relevante i samhandling» (Eriksen & Sajjad, 2015, s. 52). Kultur er i kontinuerlig forandring, og kan være ulik også i samme geografiske område (Eriksen & Sajjad, 2015, s.42). Likevel mener Eriksen og Sajjad (2015) at vi ikke må undervurdere betydningen av kultur i møte med andre.

Kultursensitivitet handler om i hvilken grad kulturelle egenskaper, erfaringer, normer, verdier, atferdsmønstre og tro er involvert i utforming, levering og evaluering av helsefremmende materiale og programmer (Resnicow et al., 2000, s. 272). Det kan også forklares som det å være bevisst kulturelle forskjeller, og ha forståelse for hvordan det kan påvirke oss som mennesker og kommunikasjonen oss mellom (Jávo, 2010, s.155). Kulturkompetanse er individers evne til å utøve kultursensitivitet (Resnicow et al., 2000). Kulturtilpasning defineres som prosessen ved å lage kultursensitive tiltak/behandlinger, ofte gjennom tilpasninger av eksisterende opplegg/evidensbaserte tiltak (Resnicow et al., 2000, s. 273). Altså kan man snakke om kulturtilpasning og kulturkompetanse som undergrupper innen kultursensitiv behandling.

## 4.2 Individuelt tilpasset behandling og kulturtilpasning

Lov om spesialisthelsetjenesten stadfester rettigheten om et tjenestetilbud som er tilpasset pasientens behov (1999, §1-1). Helsedirektoratet har en nasjonal faglig retningslinje for TSB, der de har et eget kapittel om å «ivareta språklige og kulturelle forskjeller i rusbehandling» (2016). Der fremhever de viktigheten av kultursensitivitet, blant annet for relasjonsbygging, tillit, forståelse for den enkeltes livsopplevelse og likeverdig helsehjelp (Helsedirektoratet, 2016, s. 90-91). I kapitlet rettes det fokus på at rusbehandling må «tilrettelegges slik at språklige og kulturelle forskjeller ikke er til hinder for god kommunikasjon og forståelse» (Helsedirektoratet, 2016, s. 90-91).

I artikkelen til Resnicow et al. (2000) skilles det mellom kulturtilpasning i den dype strukturen og i den overfladiske strukturen. I den dype strukturen er man åpen for ulike forståelser knyttet til årsak og utvikling av rusproblematikken (Resnicow et al., 2000). Her undersøker man hvilke forventninger brukeren har til innholdet og resultatet av behandlingen. Dette hevder de vil bidra til vellykket (langvarig) effekt av rusbehandlingen (Resnicow et al., 2000, s. 274). I den overfladiske strukturen er det fokus på tilpasning opp mot språk, mat, klær, mangfold blant ansatte m.m (Resnicow et al., 2000, s. 273). Dette fremhever Resnicow et al. (2000, s. 274) som viktig for motvirkning av frafall i behandling.

I Freng & Lunds undersøkelse oppga 77% at deres rusinstitusjon gjør tilpasninger i møte med brukere som tilhører en etnisk minoritet (2015, s. 75). Mange sier at de på generell basis gjør tilpasninger uavhengig av etnisitet (Freng & Lund, 2015, s. 76). I masteroppgaven til Olsen (2011) intervjuet hun innvandrere som hadde fått kultursensitiv behandling i et psykososialt team. De fleste var veldig fornøyde med tiltakene, og den positive effekten tolker forfatteren som et resultat av den tilrettelagte behandlingen, ved at de har blitt anerkjent for sine behov (Olsen, 2011, s. 104). I Lindberg et al. (2020, s. 14) oppga mange av informantene at de ikke har blitt anerkjent i møte med helsetjenesten tidligere. Forfatterne argumenterer for at dette kan ha gitt en følelse av at deres behov og preferanser i behandlingen ikke har verdi, og er noe de blir redd for å uttrykke (Lindberg et al., 2020).

## 4.3 Brukermedvirkning

Retten til å medvirke i egen behandling er lovfestet, og kan potensielt gi bedre effekt av behandling (Helsedirektoratet, 2018, s. 52). Brukeren skal bli hørt på sine ønsker og behov,

og inkluderes i beslutningstaking, men samtidig må ønskene være innenfor det som tilbys av helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2018, s. 52). Et viktig punkt for å ivareta effektiv og individuelt tilpasset behandling er å kontinuerlig evaluere pasientens opplevelse av behandlingskvaliteten (Helsedirektoratet, 2018; Dahl, 2021, s. 72). I TSB gjøres dette blant annet gjennom feedbackverktøy, der pasienten kan gi tilbakemelding på symptomnivå, livskvalitet, fremgang og tilfredshet med behandler og behandlingsopplegget (Kvaal et al., 2016). En studie fra DPSer i Norge viste at bruk av feedbackverktøy ga bedre effekt av behandlingen, og mange brukere oppga at det bidro til bedre samarbeid med behandleren (Amble et al., 2015). Ifølge Amble et al. (2015) er det vanskelig å vurdere hvilke feedbackverktøy som er mest effektive, men det viktigste er at pasienten får gitt sin tilbakemelding på opplevelsen av behandling. Gjennomgangen av noen feedbackverktøy som brukes i TSB viste at flere av dem fokuserer på individuell fremgang, men kun ett i utvalget målte tilfredshet med behandlingen (Arnevik, 2016).

#### 4.4 Innvandrere sine opplevelser med rusbehandling i Norge

I Kour et al. (2020, s. 3) oppga alle 10 informantene at de hadde avbrutt rusbehandling i Norge minst én gang. Forskningen til Berg (2002) viste også at mange med innvandrerbakgrunn avbrøt behandlingen. Antallet som avbryter behandling blir ofte brukt som indikator for å vurdere kvaliteten av TSB (Kvaal et al., 2016, s. 7). Det er derfor sentralt å undersøke hva som kan ligge bak denne statistikken.

I doktorgradsforskningen til Kour et al. har de gjort kvalitativ forskning på innvandrer menns opplevelser med hjelpeapparatet i Norge (2019, 2020). Noen av deltagerne oppga at de følte seg enda verre etter fullført behandling, og at dette hadde svekket deres tillit til helsesystemet (Kour et al., 2019, s. 53). Flertallet av informantene i Kour et al. (2020, s. 4) opplevde manglende tilknytning med de ansatte på institusjonen. Dette ble blant annet beskrevet som en manglende interesse fra de ansatte og en følelse av å ikke bli lyttet til (Kour et al., 2020, s. 4). De savnet et fokus på opplevelsen av å være innvandrer, migrering, årsakene til at de begynte å ruse seg, og diskriminering (Kour et al., 2020, s. 4). Disse manglene ga for noen mindre motivasjon til å fortsette behandlingen (Kour et al., 2020, s. 4). Informanter som hadde hatt samtaler om deres migrasjonshistorie og behovene knyttet til dette, opplevde at dette hadde god effekt (Kour et al., 2020, s. 5). Flere av informantene i Kour et al. (2020) hadde en opplevelse av et standardisert behandlingsopplegg, uten noe forståelse for deres kulturelle

kontekst, tro, verdier og språk. Noen følte at de ikke passet inn i gruppeterapi på grunn av ulike behov enn majoriteten (Kour et al., 2020, s. 4). Flere opplevde det som veldig positivt for behandlingen at de hadde ansatte med multikulturell kompetanse (Kour et al., 2020, s. 5). De ansatte med innvandrerbakgrunn ble særlig trukket fram, men også ansatte som hadde forståelse for ulike kulturelle bakgrunner eller de behovene som innvandrere kan ha (Kour et al., 2020, s.5). Av dem følte de seg bedre forstått, fikk bedre relasjon, ble mer motivert og klarte å åpne seg mer om sin bakgrunn (Kour et al., 2020, s.5).

Berg har også gjort forskning på innvandrer menns opplevelse av rusbehandling (2004). For disse informantene syntes det å være mest utfordrende at behandlingsopplegget i stor grad baserer seg på samtaler om rusrelaterte temaer (Berg, 2004). Flere av informantene hadde en oppfatning om at det å snakke om problemer gjør at de manifesterer seg i individet og hindrer tilfriskning (Berg, 2004, s. 48). Berg (2004, s. 48) sier dette enten kan komme av at brukerne er ukjente med hva behandling innebærer i norsk kontekst, at de har et annet løsningsperspektiv, eller at det er et kulturelt uttrykk der en skal glemme det vonde. Forsørgerrollen var viktig for mange av informantene, og for flere var det å få seg arbeid en prioritet og noe de ønsket bistand til (Berg, 2004, s. 51). De ansatte mente derimot at pasientene må behandle sitt rusproblem før de kan fokusere på arbeid (Berg, 2004, s. 52). Berg (2004, s. 52) hevder at vellykket behandling fordrer et samsvar mellom klientenes forventninger og ansattes behandlingsteori. At brukerne ikke får sin forståelse av problemet og løsning ivaretatt, fører trolig til et relasjonsbrudd, som igjen førte til at mange av mennene i studien avbrøt behandlingen (Berg, 2004, s. 52).

Informanter fra Johannessen et al. (2020, s.11) oppga at de føler hjelpeapparatet ikke har nok kompetanse i traumer og utfordringer knyttet til krig og flukt. Én informant som var nokså fornøyd med sin behandling nevnte viktigheten av nysgjerrige behandlere som forsøker å forstå hvordan det er å tilhøre en minoritet (Johannessen et al., 2020, s. 13). En del av brukerrepresentantene vektla religion og mulighet til å bearbeide traumer (Johannessen et al., 2020, s. 16). En bruker opplevde språket som den største utfordringen i møtet med rusbehandling, fordi ordbruken var vanskelig å forstå, og måten de jobbet med rusproblematikk innebar «sosiale elementer som må læres» (Johannessen et al., 2020, s. 12).

I rapporten til Rugkåsa & Angell (1998) spurte de innvandrere i rusbehandling om de opplevde at kulturelle forskjeller hadde hatt betydning for behandlingen. Nesten ingen av



informantene hadde en opplevelse av dette, og de opplevde det heller ikke som et problem. Flere oppga at de ønsket å få lik behandling som etnisk norske (Rugkåsa & Angell, 1998, s. 36). De ansatte som ble intervjuet virket mer opptatt av å tolke ting i lys av kulturen enn brukerne (Rugkåsa & Angell, 1998, s. 37). Én informant hadde en opplevelse av at de ansatte ikke hadde kompetanse til å arbeide med hans problemer og kulturelle bakgrunn (Rugkåsa & Angell, 1998, s. 32). Her førte manglende kulturkompetanse hos de ansatte til at han ikke følte seg forstått og møtt med empati (Rugkåsa & Angell, 1998).

## 4.5 Tilrettelegging

### 4.5.1 Kulturformuleringsintervjuet

I retningslinjene til Helsedirektoratet blir Kulturformuleringsintervjuet (heretter benevnt som KFI) anbefalt som et verktøy for å ivareta de språklige og kulturelle forskjellene i rusbehandling (2016). Det kan brukes som et supplement i kartlegging, diagnostisering m.m, og inneholder fire kategorier med spørsmål. Det er «kulturell problembeskrivelse», «kulturelle oppfatninger av årsak, kontekst og støtte», «kulturelle faktorer som påvirker egen mestring og tidligere hjelpesøking», og «kulturelle faktorer som påvirker nåværende hjelpesøking» (NAKMI & ROP, 2015). Verktøyet kan bidra til å sette symptomer og plager i sammenheng med pasientens bakgrunn, og oppdage kontekstuelle faktorer som kan være relevant for behandlingen (Varvin, 2018; Wallin et al., 2020).

Resultatene fra en svensk studie viste at bruk av spørsmål fra KFI bidro til at pasientene følte seg anerkjent og lyttet til, relasjon med behandleren ble bedre, den kliniske settingen ble mer pasient-sentrert og informasjonen ble brukt videre i behandlingsplanen (Wallin et al., 2020). Noen misforståelser med formuleringene ble rapportert, men det er uvisst om tolk ble brukt i samtale (Wallin et al., 2020). Manglende tid ble også opplyst som en begrensning (Wallin et al., 2020). En studie fra USA viste at KFI kan bidra til å øke kulturkompetansen hos de ansatte, ved at de blir mer bevisst på å stille åpne spørsmål og være nysgjerrige (Aggarwal et al., 2020). I en annen studie fikk bruk av verktøyet fram ny informasjon om hvilke behov og ønsker pasientene hadde for behandlingen, og dette ble ivaretatt i behandlingsmålene (Díaz et al., 2017). En studie fra Danmark viste at selv om noen av spørsmålene omhandlet sensitive temaer, følte alle informantene at samtalen med KFI var verdt den emosjonelle påkjenningen (Lindberg et al., 2020, s. 12). Pasientene var vant til et fokus på selve symptomet i andre samtaler, og fokuset på kulturell kontekst, tro og verdier ble satt pris på (Lindberg et al.,

2020). Denne anerkjennelsen førte til empowerment og motivasjon til å bidra i utformingen av egen behandling (Lindberg et al., 2020, s. 13). Gjennomgående i noen av studiene var at pasientene virket mer positive til intervjuet enn behandlerne (Aggarwal et al., 2020; Lindberg et al., 2020).

#### 4.5.2 Religion og spiritualitet

Religiøse tradisjoner og forklaringer kan påvirke hvordan man forstår sykdom, og hvilke behov man har innen behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Pliktfølelsen opp mot religiøse regler kan bli forsterket når man er innvandrere, og det å ikke følge disse reglene kan i noen tilfeller føre til utestengelse, isolasjon og en følelse av svik (Freng, 2008, s. 47). Shaygani (2019) har jobbet med innvandrere på rusinstitusjon, og gjennom samtaler om religion ble flere av brukerne bevisst på hva som var årsaken til deres rusbruk, og hva som opprettholdt det. Dette førte til nye refleksjoner, som ga mulighet til å finne nye tilnærminger (Shaygani, 2019). I en amerikansk studie om spiritualitetens rolle i rusbehandlingen, vurderte de ansatte at tilpasningene bidro til at pasientene utviklet selvhjelpsmekanismer og fikk økt selvfølelse, noe som hjalp i rehabiliteringen (Moghaddam & Momper, 2011).

#### 4.5.3 Kulturtilpasning av MI og andre modeller

MI er en samtaleteknikk som baserer seg på empati, aktiv lytting, utforskning av ambivalens, utvikling av diskrepans og har et styrkefokus (Feldstein Ewing et al., 2012). Som tidligere nevnt er dette en av metodene som benyttes i TSB. Forskning viser varierende resultater ved bruk av MI på etniske minoriteter, noe Feldstein Ewing et al. (2012, s. 192) anslår å muligens handle om at det er store forskjeller mellom etniske grupper. Feldstein Ewing et al. (2012) har forsket på hvordan man kan kulturtilpasse MI, men samtidig ivareta kjerneelementene i modellen. I denne prosessen anbefaler de en metode som heter «community-based participatory research», som involverer fem steg (Feldstein Ewing et al., 2012). Deriblant etablering av fokusgrupper med medlemmer fra den ønskede målgruppen, feedback på MI og behov knyttet til det, for så å implementere tilbakemeldingene og gjøre en ny evaluering (Feldstein Ewing et al., 2012, s. 193). I Venner et al. (2007) førte dette til en implementering av bønn, språklig forenkling og spørsmål om kulturell identitet i MI-manualen. I Feldstein-Ewing et al. (2012) viser de til flere studier der viktigheten av å tilrettelegge for kultur i evidensbaserte tiltak blir adressert. Metoden for kulturtilpasning fremmer brukermedvirkning,

og det hevdes at den også kan benyttes for tilpasning av andre metoder enn MI (Feldstein-Ewing et al., 2012).

#### 4.5.4 Ansatte med flerkulturell kompetanse

I undersøkelsen til Freng & Lund (2015, s. 83) sier 37% av rusinstitusjonene at de har ansatte med flerkulturell kompetanse, og i denne konteksten definerer de det som minoritetsbakgrunn, erfaringer fra flerkulturelle miljø, faglig kompetanse (på for eksempel traumer) og språklig kompetanse. En informant fra RIOs rapport mente at gjennom å øke antall ansatte med minoritetsbakgrunn i rusbehandling, kunne det bidratt til økt kulturforståelse, mindre følelse av utenforskap og større språkforståelse (Johannessen et al., 2020, s. 13). Funn i Freng (2008) indikerte at færre innvandrere avbrøt behandlingen dersom de hadde behandler med minoritetsbakgrunn. Dette kunne likevel ikke bekreftes gjennom statistikk, da forfatteren ikke hadde tilgang på journaler (Freng, 2008, s. 30). I utforskning av årsaker, viste det seg at disse ansatte hadde ulike tilnærminger og fokus i behandlingen (Freng, 2008). De rettet blant annet mer fokus på pasientens bakgrunn og viste forståelse for utfordringer knyttet til diskriminering, integrering, identitet, og skam (Freng, 2008).

#### 4.5.5 Økt kulturkompetanse hos ansatte

Burlew et al. (2013, s. 454) hevder at dersom det av ulike årsaker ikke er mulig å kulturtilpasse, så har profesjonsarbeidere likevel mulighet til å utøve en mer kultursensitiv praksis. Noen brukerinformanter i Kour et al. mente behandlingen ville ha bedre effekt dersom de ansatte lærer mer om ulike kulturer, og lærer fra andre behandlingstilsetninger nasjonalt og internasjonalt (2020, s. 5). Rapportene av Johannessen et al. (2020) og Freng & Lund (2015) fremhever også viktigheten av kulturkompetanse. Utdanning av kulturveiledere på Ullevål sykehus er et konkret tiltak for dette (Olsen, 2011). Deres jobb er ikke direkte mot brukerne, men med å spre informasjon til andre ansatte og styrke kulturkompetansen i staben (Olsen, 2011, s. 77-78).

Som et tiltak for økt kulturkompetanse har det blitt benyttet kompetanseheving i form av utdanning og kurs på dette feltet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 38). Luger (2011, s. 225) har gjort en undersøkelse av en kompetansemodul som var en del av en videreutdanning, men som også kunne brukes alene. Der svarte 95% av deltagerne at kurset hadde gitt dem økt kompetanse for arbeidet med minoriteter i rusbehandling, blant annet

gjennom økt forståelse for brukernes komplekse behov (Luger, 2011). Flere som hadde deltatt overførte deres kunnskap til kollegaer (Luger, 2011). To tredeler av deltakerne oppga at de fikk implementert minst én forandring på arbeidsplassen etter kurset, for eksempel økt fokus på kultur i samtaler og mer bruk av tolk (Luger, 2011). Reelt læringsutbytte og organisatoriske endringer på lang sikt ble ansett som vanskelig å måle, og effekt for brukergruppen ble ikke undersøkt i denne artikkelen (Luger, 2011). Freng (2008) har utviklet en kultursensitiv relasjonsmodell som behandlere ved Blå Kors Senter testet ut, og det resulterte i en endring i frafall fra 56% til 29% hos brukerne med minoritetsbakgrunn. For de ansatte hadde økt bevissthet om kulturelle faktorer og benyttelse av denne modellen gjort de mer komfortabel i kontakt med brukerne, og den nye tilnærmingen ga tilsynelatende brukergruppen økt motivasjon i behandlingen (Freng, 2008, s. 54).

## 5.0 Diskusjon

Ut fra teorien i kapittel fire kan man oppsummere innvandrernes opplevelser med rusbehandling i to kategorier: Svak relasjon med de ansatte og standardisert behandlingsopplegg. Her vil jeg diskutere siste del av problemstillingen. Altså: Hvordan kan rusbehandlingen tilrettelegges for å møte behovene som brukergruppen har?

### 5.1 Svak relasjon med de ansatte

#### 5.1.1 Ansatte med innvandrerbakgrunn

Mange av brukerinformantene i litteraturen oppga manglende tilknytning, interesse og forståelse fra ansatte, og ønsket større fokus på opplevelsen av å være innvandrer (Berg, 2004; Johannessen et al., 2020; Kour et al., 2020). Av ansatte med innvandrerbakgrunn opplevde de derimot anerkjennelse av sine behov, bedre forståelse og at det var lettere å åpne seg om traumatiske erfaringer (Kour et al., 2020, s. 4). Det å ha ansatte med innvandrerbakgrunn kan potensielt motvirke frafall i behandling (Freng, 2008; Resnicow et al., 2000). Mange innvandrere deler erfaringer som migrasjon, innvandring, integrering, diskriminering m.m (Shaygani, 2019). Disse felles livserfaringene kan være en årsak til at mange har lettere for å danne relasjon med ansatte som har innvandrerbakgrunn.

På den andre siden kan økt bruk av flerspråklige ansatte føre til at organisasjonene benytter disse oftere som erstatning for kvalifiserte tolker (Freng & Lund, 2015, s. 83; Helsedirektoratet, 2011). Dette vil i så måte bidra til brudd på brukerens rett på en

profesjonell og nøytral tolk, og det kan gjøre arbeidssituasjonen uklar og utfordrende for de ansatte (Helsedirektoratet, 2011, s. 7). Samtidig kan man tolke innholdet i Helsedirektoratets veileder til at det å benytte de ansatte som tolk i enkelte (nøds)tilfeller kan være greit, ut fra perspektivet om ivaretagelse av brukerens rettigheter (2011). Sett i lys av at det er et underforbruk av tolketjenester i helsetjenestene, vet vi at det er et stort forbedringspotensial her (NOU 2014: 8). På grunn av de utydelige retningslinjene for tolkebruk, kan dette handle om organisasjonskultur (NOU 2014: 8; Olsen, 2011). Ansatte med innvandrerbakgrunn kan selv ha opplevd kommunikasjonsproblemer og lite bruk av tolk i sine møter med hjelpeapparatet. I Luger (2011) så man at de ansatte som hadde fokus på kultursensitiv praksis skapte dialoger med sine kollegaer om tolkebruk, og fikk bedre rutiner gjennom dette (s.229-230). Ansatte med innvandrerbakgrunn kan potensielt bidra med samme type bevisstgjøring, noe som kan tenkes å bidra til å endre rutiner ved arbeidsplassen på sikt.

### 5.1.2 Kulturkompetanse gjennom KFI

Men hva med behandlerne som er etnisk norske? Noe av forskningen tyder på at økt kulturkompetanse kan bidra til å gi bedre relasjon med brukerne (Burlew et al., 2013; Freng & Lund, 2015; Johannessen et al., 2020; Kour et al., 2020). I utgangspunktet kan en tenke seg at dette er punkt som ikke fordrer egne tiltak, da kulturkompetanse kan tolkes til å handle om personlige holdninger og å utvise forståelse (Burlew et al., 2013; Resnicow et al., 2000). Samtidig tyder noe forskning på at KFI kan gi økt nysgjerrighet for kulturell kontekst, og økt bevissthet på forhold som er viktige for brukeren (Abebe et al., 2014; Aggarwal et al., 2020). Bruk av KFI kan tilsynelatende også forbedre relasjon mellom bruker og behandler, blant annet gjennom at brukerne føler seg anerkjent og bedre forstått (Lindberg et al., 2020; Wallin et al., 2020). Anerkjennelse og forståelse var som vi har sett i kapittel fire et behov for mange av brukerne (Berg, 2004; Johannessen et al., 2020; Kour et al., 2020; Rugkåsa & Angell, 1998).

Bruk av KFI er et kulturtilpasset tiltak i den dype strukturen, gjennom at man åpner for å forstå rusproblemet kontekstuellet (Resnicow et al., 2000). Ved at en retter fokus mot brukerens forventninger til behandling, kan man gjøre individuelle tilpasninger i behandlingsopplegget, noe som kan gi bedre effekt av behandlingen på lang sikt (Resnicow et al., 2000). Det har også kommet kritikk mot dette perspektivet. Blix (2014) og Rugkåsa (2018) argumenterer for at det å legge fokuset på kultur kan føre til at man tåkelegger andre faktorer som er viktige,

som f.eks. sosioøkonomiske faktorer og diskriminering. Som vi har sett under forhold som påvirker den psykiske helsen til innvandrere er faktorer som kjønn, arbeidssituasjon, økonomi og det sosiale også sentralt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). For å inneha et helhetssyn i møte med brukerne, vil dette også være viktige faktorer å implementere i samtaler. Det er muligens også en av grunnene til at KFI kun er et supplerende verktøy for bruk i TSB. Samtidig kan supplerende verktøy tenkes å lett bli bortprioritert, noe som er synd dersom kultur er en sentral del av en brukers livsverden. Kritikerne er jo også enig om at hensyn til kultur er viktig for den helhetlige forståelsen (Blix, 2014; Rugkåsa, 2018).

### 5.1.3 Kulturkompetanse gjennom utdanning og kurs

Flere av studiene viste at kurs for kulturkompetanse eller utdanning av kulturveiledere bidro til at kunnskap ble formidlet videre til andre ansatte, og det ble et økt fokus på kultur i brukersamtaler (Luger, 2011; Olsen, 2011). Samtidig har den reelle effekten av kurs vært utfordrende å måle (Luger, 2011). Utvikling av slike kurs kan også være vanskelig, fordi det ikke er konsensus om definisjoner og hva som bør læres (De Kock et al., 2017; Rugkåsa, 2018). Definisjonene av kulturkompetanse i Jávo (2010) og Rugkåsa (2018) kan tolkes som svært ulike, og viser tydelig at det ikke er konsensus om hva begrepet omhandler. Rugkåsa (2018, s.1) går ut fra en definisjon der det handler om å tilegne seg fakta om kulturer, og benytte dette i samhandling. Å utvikle kurs som omhandler faktakunnskap kan tenkes å være nokså enkelt, men vil være uhensiktsmessig med utgangspunkt i perspektivet om at kulturer utvikles, og ikke nødvendigvis har geografiske rammer (Eriksen & Sajjad, 2015). Dersom kursene sikter på å gi en fasit på kulturkompetanse, og kulturveiledere fremmes som eksperter på området, kan dette tolkes som et skritt vekk fra sosialt arbeids verdi om at brukeren er ekspert i sitt liv. Definisjonen i Jávo (2010) fremhever brukerperspektivet mer. Ut fra den kan man tenke seg at kursene burde oppfordre til individuell tilrettelegging, og omhandle hvordan man best mulig kan vise forståelse for individets kulturelle påvirkning, for eksempel gjennom samtaler. Samtidig er det få retningslinjer om tilrettelegging for kulturelle faktorer, noe som vil gi lite føringer for å danne slike kurs.

Det er også viktig å være bevisst på at stereotyper man innehar kan føre til at man marginaliserer enkelte grupper, og at de følgende får dårligere behandling (Blix, 2014; Fellesorganisasjonen, 2019). Å forebygge diskriminering kunne potensielt vært et av målene med slike kurs og utdanninger. Samtidig kan utdanninger og kurs føre til at kulturkompetanse

blir oppfattet som mer komplisert enn det i utgangspunktet er, når det kan tolkes som grunnleggende ferdigheter som å vise nysgjerrighet, respekt og forståelse. Tanken om at det kreves egne metoder kan få sosialarbeidere til å nedvurdere egen kompetanse og bli usikre i møte med innvandrere (Freng, 2008, s. 34; Rugkåsa, 2018, s. 182). En slik konsekvens vil kunne motvirke hele intensjonen med å skape bedre dynamikk og kommunikasjon. Skepsisen for kurs og utdanninger er derav forståelig. Likevel kan en tenke seg at potensielle effekter som økt nysgjerrighet på pasientens kulturelle fortolkningsrammer, vil kunne bidra til at flere brukere føler seg anerkjent og forstått.

## 5.2 Standardisert behandlingsopplegg

### 5.2.1 Ulike perspektiver på hva god behandling er

I litteraturen hevdes det at likeverd i helsetjenestene fordrer kunnskap om mulige kulturforskjeller (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Helsedirektoratet, 2016; Kour et al., 2019). Kultursensitiv behandling har vist seg å være en tydelig målsetting både i politikken og organisasjonene (Freng & Lund, 2015; Helsedirektoratet, 2016). Behandlingene bør tilby ulike metoder, fordi pasienter med ulike behov ikke vil få samme resultat med samme metoder (Lossius, 2021, s. 36; Olsen, 2011). Tilrettelegging for innvandrere kan forstås som et særtilbud, men er i realiteten med på å fremme likeverd. Studiene viser likevel noe ulike ønsker og behov hos brukere. Noen oppgir at de er fornøyde med behandlingen de har fått, og understreker at de ikke ønsker særbehandling (Olsen, 2011; Rugkåsa & Angell, 1998). Andre oppga derimot et ønske om mer kultursensitivitet (Berg, 2004; Johannessen et al., 2020; Kour et al., 2020). Innad i gruppen som ønsket fokus på det, var det også ulike områder som ble vektlagt. Enkelte ønsket større involvering av religion, andre ønsket anerkjennelse for kjønnsroller, og noen ønsket forståelse for migrasjonsopplevelser. Som nevnt er det vanskelig å generalisere både på tvers av og innad i kulturer, fordi hver person er unik. «Den viktigste kilden til kunnskap om bakgrunn og kultur er pasienten selv» (Varvin, 2018, s. 42).

Opplevelsene fra praksis som er formidlet gjennom forskningen i kapittel fire tyder på at standardisering og lite kultursensitivitet er normen, noe som strider med målsettingen om likeverdige tjenester. Det virker også som om perspektivene iblant er ulike hos bruker og behandler. Svak terapeutisk allianse øker risikoen for at brukeren avbryter behandlingen tidlig (Berg, 2004; Kvaal et al., 2016, s. 10). Dialog om uenigheter vil kunne øke tilliten til ansatte og skape bedre samarbeid (Berg, 2003). KFI anbefales å bruke som verktøy for å møte

behovene til innvandrere og forbedre tjenesten (Abebe et al., 2014). Intervjuet har en egen del med spørsmål om personens forventninger og bekymringer for behandlingen, preferanser til behandler, nytte av tidligere hjelp m.m (NAKMI & ROP, 2015). Det kan dermed benyttes for å sette lys på brukerens syn på hva som er god behandling, og en kan gjøre endringer som skaper økt tilfredshet hos brukeren. Spørsmålene i KFI går mest på tidligere erfaringer i behandling, og vil derfor kunne passe i oppstarten og under kartlegging. Samtidig er det mange innvandrere som har tidligere opplevelser av å ikke bli hørt av helsevesenet, og kan da føle på manglende rett til å kreve noe av helsetjenesten (Lindberg et al., 2020; Steinka-Fry et al., 2017). Det kan muligens hjelpe at en del av spørsmålene i KFI ikke direkte dreier seg om hva de har behov for, men spør om tidligere erfaringer med behandling og hjelpeapparat. På denne måten kan det bli lettere for brukeren å uttrykke sine behov, og behandleren får mer innsikt. Med bakgrunn i dette kan de utforme behandlingsløpet sammen.

### 5.2.2 Individuelle eller gruppespesifikke tilpasninger

En annen måte å tilpasse behandlingen på er å benytte fremgangsmåten for kulturtilpasning fra Feldstein Ewing et al., der man gjør endringer basert på brukernes tilbakemeldinger, og brukerne er en aktiv del av hele prosessen (2012). Ved at prosessen gjøres internt i organisasjonen vil endringene være utviklet og skreddersydd for å treffe de involverte brukernes behov. Som tidligere nevnt kan brukerne ha ulike perspektiver på hva de ønsker av kulturtilpasning, og med denne metoden vil det bli utfordrende dersom ønskene varierer veldig. Det vil naturligvis også forekomme endringer i brukersammensetningen etter hvert, og de nye brukerne kan ha andre behov enn de som opprinnelig deltok i endringsarbeidet. Da vil man bli nødt til å gjennomføre prosessen på nytt. Det vil derfor kunne være tidkrevende, men samtidig viser forskning at kulturtilpasninger kan redusere frafall og gi bedre utfall av behandlingen (Steinka-Fry et al., 2017). Å redusere frafall synes å være et av de viktigste målene, om ikke det viktigste, i arbeidet med å forbedre TSB (Kvaal et al., 2016). En slik potensiell effekt burde dermed være et sterkt argument for å implementere kultursensitive tiltak.

Forskning gjort på ulike etniske grupper sier at disse kan ha gruppespesifikk problematikk som gir like behov i behandling (Burlew, 2013; Steinka-Fry et al., 2017). I fremgangsmåten som ble nevnt i forrige avsnitt, tilpasset de MI til brukergrupper med samme etnisitet (Feldstein Ewing et al., 2012). Som tidligere nevnt er Blix (2014) og Rugkåsa (2018) svært



kritiske til denne formen for kategorisering. Selv om det til en viss grad legges opp til generalisering, har fremgangsmåten et stort fokus på brukermedvirkning. Med utgangspunkt i at vi ikke har mye litteratur som tyder på at brukere med samme etnisk bakgrunn har samme behov og ønsker, vet vi likevel ikke om slike tiltak vil treffe alle. Modellen kan tenkes å være relevant dersom kartlegging viser at mange av brukerne har like behov. Man vil da kunne få et behandlingstilbud som bedre ivaretar flere brukeres behov for anerkjennelse av den kulturelle dimensjonen, uten å bruke store mengder ressurser på individuelle tiltak.

### 5.2.3 Fokus på religion og spiritualitet

Av konkrete mangler som brukerne oppgir, var det en del som skulle ønske religion og spiritualitet var en del av behandlingsopplegget, eller at det ble utvist forståelse for dette (Johannessen et al., 2020; Kour et al., 2020). For å få innblikk i hvordan religion påvirker brukerens ruslidelse krever det at man åpner for å snakke om disse temaene, og viser nysgjerrighet og respekt for brukerens perspektiv (Shaygani, 2019). KFI inneholder spørsmål som setter lys på hvordan tro påvirker brukerens ruslidelse, om religiøse tradisjoner har hjulpet med å mestre problemet, om religionen har skapt utfordringer knyttet opp mot ruslidelsen, m.m. (NAKMI & ROP, 2015). Som vi har sett i litteraturen i kapittel fire, bidro implementering av tro i rusbehandling positivt i rehabiliteringen (Moghaddam & Momper, 2011; Shaygani, 2019; Venner, 2007). Flere advarer likevel om at et for stort fokus på religion kan føre til at behandleren blir for forsiktig i møte med brukeren, eller at en tolker alt brukeren gjør og sier ut fra religiøse årsaker (Freng & Lund, 2015; Shaygani, 2019, s. 279).

Vi har også sett at en del brukere er negative til behandlingsopplegg der man har mye samtaler om rus (Berg, 2004; Lindberg et al., 2020). KFI knytter flere spørsmål om religion opp mot rusproblemet, noe som da kan tenkes å skape misnøye hos noen. Religion kan også være et personlig og sensitivt tema. Likevel er det flere brukere som har oppgitt at samtaler om sensitive temaer opp mot deres tro var verdt den emosjonelle påkjenningen (Lindberg, et al., 2020). For noen kan muligens tilpasninger av mer praksis art gi større tilfredshet.

Kulturtilpasset MI har i enkelte tilfeller ført til implementering av bønn i starten av møtene (Venner, 2007). Selv som implementeringen var av praktisk art, er MI også en metodikk basert på dialog. Spørsmålet blir da om de brukerne som er negative til denne «snakkekuren», ville hatt en annen opplevelse av en slik kulturtilpasset versjon. Berg (2003, s. 107) anslår det som sannsynlig at disse brukerne vil ha et større ønske om å delta i samtaler som er tilrettelagt

etter deres perspektiv. Det er uvisst om informantene i Berg (2003) har fått kulturtilpasset behandling, så det er vanskelig konkludere med om dette ville økt tilfredsheten og effekten av behandlingen.

### 5.3 Brukermedvirkningens sentrale rolle

Individuelt tilpasset behandling er et prinsipp som fordrer brukermedvirkning (Lossius, 2021; Olsen, 2011). I helsedirektoratets retningslinjer for TSB blir brukermedvirkning nevnt som særskilt viktig opp mot innvandrere (2016). Mangelfullt forsknings- og erfaringsgrunnlag på feltet gjør at man må vurdere hvilken rolle minoritetsbakgrunnen har for den enkelte (Helsedirektoratet, 2016, s. 91).

#### 5.3.1 Faktorer som hindrer og fremmer brukermedvirkning

Flere studier viste at bruk av KFI bidro til at brukerne følte seg anerkjent for sine behov, og det ga motivasjon til å bidra i utformingen av behandlingen (Lindberg et al., 2020; Wallin et al., 2020). Det er også av betydning at man opplever at tilbakemeldingene man gir blir tatt tak i og kan bidra til reell endring. Prosesser slik som kulturtilpasningen i Feldstein-Ewing et al. (2012) vil gi endringer basert på brukernes tilbakemeldinger, og kan på denne måten bidra med empowerment og motivasjon. Samtidig vil det være begrensninger i forhold til hva brukerne kan få innfridd, fordi ønskene må være en del av tilbudet til helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2018, s. 52). På en måte kan man tenke seg at retten til individuelt tilpasset behandling åpner for dette, men så vil alle våre helsetjenester ha begrensninger av ulik art.

#### 5.3.2 Bruk av feedbackverktøy som et middel for brukermedvirkning

Udekte behov og lite tilfredshet har tilsynelatende ført til at mange innvandrere avbryter rusbehandlingen (Berg, 2002; Freng, 2008; Kour et al., 2020). Ett av tiltakene som har blitt gjort for å forebygge frafall er implementering av feedbackverktøy i TSB (Kvaal et al., 2016). Muligheten til å gi tilbakemeldinger anses som noe av det viktigste i disse (Amble et al., 2015; Kvaal et al., 2016). Likevel viste en gjennomgang av flere slike verktøy at mange ikke spurte om tilbakemeldinger på behandlingen (Arnevik, 2016). Gjennomgangen til Arnevik (2016) forteller oss imidlertid ikke om rusinstitusjonene som benytter de verktøyene har andre måter å måle brukernes tilfredshet på. Dersom de har dette, vil det kunne ivareta brukernes mulighet til å påvirke behandlingen. Hvis det ikke er ivaretatt på andre måter, vil det kunne føre til at brukernes misnøye ikke blir oppdaget eller tatt tak i.

Sånn som det er i dag har hver enkelt TSB frihet til å velge hvilket feedbackverktøy de vil bruke (Kvaal et al., 2016). Denne fleksibiliteten kan man se på som en styrke, men samtidig ser man at brukervedvirkningen ikke blir ivaretatt i alle modellene (Arnevik, 2016). Spørsmålet blir da om tydelige krav eller en kvalitetssikring av feedbackverktøyene kunne ført til at brukervedvirkningen ikke blir neglisjert, og at brukertilfredsheten potensielt kunne økt. Feedbackverktøy kan kategoriseres som et tiltak i den dype strukturen, ved at man ivaretar brukerens forventninger til innholdet. Som nevnt vil dette kunne bidra til et vellykket langsiktig utfall av behandlingen (Resnicow et al., 2000). I undersøkelsen til Kour et al. førte informantenes dårlige erfaringer med rusbehandling til svekket tillit til helsesystemet (2019). Med utgangspunkt i dette kan man tenke seg at gode feedbackverktøy kunne økt brukernes tillit til helsesystemet. Som vi har sett har noen innvandrere opplevd å ikke bli anerkjent eller hørt i sine møter med helsevesenet (Lindberg et al., 2020; Steinka-Fry et al., 2017). Dette kan påvirke tilbakemeldingene i feedbackverktøy, og i en utvidet tolkning kan dette også påvirke resultater av forskning. Forskningsresultat gir igjen implikasjoner for praksis.

## 5.4 Rammer for tilrettelegging

### 5.4.1 Økonomiske rammer

En av argumentene som ofte taler mot å kulturtilpasse tiltak, er kostnadene (Olsen, 2011; Steinka-Fry et al., 2017). Samtidig kan brukere som avbryter behandling og gjengangere på behandlingsstedene anses som en høy kostnad for helsetjenestene. Brukere som fullfører behandlingen og blir rusfri kan potensielt bidra til samfunnsøkonomien. Dette utfallet kan få positive ringvirkninger både for individet, helsetjenesten og storsamfunnet. Brukeren får bedre helse, helsetjenesten oppnår sitt mål og samfunnet får en bidragsytende borger. Å implementere tilrettelegginger vil kunne koste noe, men kan antas å være kostnadsbesparende for samfunnet på sikt. Ønsker vi en helsetjeneste som lager plass i budsjettet for avbrutte behandlingsopphold, eller en som lager plass for tilrettelegging som potensielt kan forebygge avbrudd? De fleste tilpasningene jeg har drøftet i denne oppgaven stiller også mer krav til tid og innsats enn økonomi. Det å få ressurser til tilrettelagte tiltak avhenger av at innvandrernes behov anerkjennes, og en anerkjennelse av behovene vil bli fremhevet gjennom økt forskning (Olsen, 2011).

#### 5.4.2 Organisatoriske og politiske rammer

Tidspress og effektiviseringskrav er velkjente ord i dagens helsetjeneste. Gjennomgående i mange av undersøkelsene om tilpasninger var ansattes tilbakemeldinger om at dette var for tidkrevende for deres hverdag (Olsen, 2011; Steinka-Fry et al., 2017; Wallin, 2020). KFI er blant annet bare et supplement, og kan ikke brukes alene til f.eks. diagnostisering. Dette gjør at man ikke kan ta bort noe annet for å gjøre plass, dersom de ansatte kun har tid til det som stilles av krav og obligatoriske rutiner. Kulturtilpasning av metoder (deriblant MI) er også en prosess som tar tid dersom man skal få et godt resultat.

Noen ansatte oppgir at det hadde vært lettere å kulturtilpasse dersom de hadde hatt klare retningslinjer om tilrettelegging for innvandrere (Olsen, 2011). De politiske dokumentene om behandling for innvandrere er vage i sine anbefalinger, og begrunner dette med lite kunnskap om pasientenes opplevelse og forventninger til helsetjenestene, og lite kunnskap om kvaliteten og effekten av behandlingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Helsedirektoratet, 2016). Det eneste tiltaket som blir anbefalt i TSBs retningslinjer for å ivareta det kulturelle er KFI, men Helsedirektoratet viser ikke til forskning som understøtter denne anbefalingen (2016). Retningslinjen skal for tiden være under oppdatering for implementering av mer forskning, men det er uvisst om det inkluderer kapitlet om kulturell tilrettelegging (Lossius, 2021, s. 32). Retningslinjen for TSB og «Nasjonal strategi om innvanderers helse» er henholdsvis fra 2016 og 2013. Vi har de siste to årene fått rapport fra RIO og flere artikler fra Kour et al. om emnet (Johannessen, 2020; Kour et al., 2019, 2020). Disse har relativt få informanter, men de har satt temaet på dagsorden og lagt et grunnlag for videre forskning.

#### 5.5 Bør man tilrettelegge på grunn av kulturelle faktorer?

Burlew (2013) har gått i dybden på litteratur om kulturtilpasninger, og hevder sentrale utfordringer er manglende forskningsgrunnlag og at forskning som undersøker likheter samtidig må ta høyde for mangfold innad i og mellom etniske grupper. Kompleksiteten i våre kulturelle identiteter kan gjøre det vanskelig å generalisere ut fra forskning og forme tiltak slik (Burlew, 2013; Shaygani, 2019). Å gå ut fra subjektive eller stereotype forståelser for en kultur eller religion kan gjøre at man utvikler en falsk forforståelse i møte med brukere som har innvandrerbakgrunn (Blix, 2014; Eriksen & Sajjad, 2015; Rugkåsa, 2018). Kritikere mot

kulturelle tilpasninger mener at det kan oppfattes diskriminerende og marginaliserende, gjennom økt fokus på forskjeller (Freng & Lund, 2015; Olsen, 2011).

Flertallet av studiene om brukernes opplevelser viste at mange ikke følte seg sett og ivaretatt med det behandlingløpet de fikk (Berg, 2004; Johannessen et al., 2020; Kour et al., 2020). Som Lossius (2021) sier vil ikke pasienter med ulike behov få samme resultat med lik fremgangsmåte, noe som indikerer at det kan være behov for andre metoder og tilpasninger for innvandrere i rusbehandling. Dersom noe funker for etnisk norske, men ikke for innvandrere, vil det være nødvendig med «særbehandling» for at behandlingen skal ha ønsket effekt. Det er likevel usikkert om kulturtilpasninger er det viktigste for å oppnå likeverdig rusbehandling, men en del kan tyde på at kultur i det minste bør ivaretas som en del av det helhetlige perspektivet. Rugkåsa oppsummerer dette godt: «Det er ikke noe enten-eller, men et både-og når det gjelder hvordan kulturelle modeller er og bør være til stede i profesjonell sosialfaglig praksis» (2018, s. 181).

## **6.0 Konklusjon og avsluttende refleksjoner**

Likeverdig behandling er noe vi alle ønsker for våre helsetjenester. Selv om det er bred konsensus om dette, er det tydelig at idealet ikke er enkelt å oppnå. Mange brukere oppgir misnøye med rusbehandling, og savner økt forståelse for kultur, religion og opplevelsen av å være innvandrer (Berg, 2004; Johannessen et al., 2020; Kour et al., 2020). I denne oppgaven har jeg undersøkt om ulike former for tilrettelegginger kan imøtekomme behovene som innvandrere har i rusbehandling. Jeg har drøftet bruk av KFI, religiøse implementeringer, flere ansatte med innvandrerbakgrunn, økt kulturkompetanse og kulturtilpasning av eksisterende modeller. En del av forskningen som er benyttet i denne oppgaven hevder at disse formene for tilrettelegging kan øke brukertilfredshet, gi bedre relasjoner mellom bruker og ansatt, og styrke brukermedvirkning (Abebe et al., 2014; Aggarwal et al., 2020; Feldstein Ewing et al., 2012; Lindberg et al., 2020; Luger, 2011; Moghaddam & Momper, 2011; Venner, 2007; Wallin et al., 2020). Noen av tiltakene kan muligens motvirke frafall, og andre kan gi behandlingen bedre effekt på lang sikt (Resnicow et al., 2000). Samtidig er det også knyttet noen utfordringer opp mot tiltakene, blant annet usikker effekt, tidskrav, økonomiske rammer, spredte behov hos brukerne og manglende forskning (Burlew, 2013; Luger, 2011; Olsen, 2011; Rugkåsa & Angell, 1998; Rugkåsa, 2018; Steinka-Fry et al., 2017; Wallin et al.,

2020). Per idag finnes det ingen tydelige svar på hvilke tilrettelegginger som fungerer best. Vi vet for lite til å dra konklusjoner for en så stor del av befolkningen.

Selv om økt kultursensitivitet blir fremstilt som et mål i mye av litteraturen, er også helhetssynet og brukervedvirkning sentralt. Manglende forskningsgrunnlag gjør brukervedvirkning ekstra viktig i arbeid med innvandrere (Helsedirektoratet, 2016). Det er brukerne som vet hva som er best i deres liv, og behandlingen må alltid tilpasses individuelt. Det å gjøre tilpasninger er opp til hvert enkelt behandlingssted. Retten til individuelt tilpasset tjeneste burde ivareta behovet enkelte måtte ha for ivaretagelse av den kulturelle dimensjonen, men brukergruppens erfaringer viser at det ikke er tilstrekkelig. En del tyder på at strukturer og krav hindrer utførelsen av dette i praksis, og at det muligens er behov for tydeligere retningslinjer. Som mange av forfatterne skriver er det lite forskning på dette feltet, og store kunnskapshull på flere områder. For tiden foregår det flere studier av KFI i Norge (NKROP, u.å). Det vil bli interessant å se om den norske forskningen viser nye funn eller samsvarer med den internasjonale, og om resultatene bidrar til endringer i TSB. Om vi får tydeligere retningslinjer i fremtiden for ivaretagelse av brukernes rett til kulturell tilrettelegging, også utenom KFI, gjenstår å se.

## 7.0 Referanseliste

- Abebe, D. S., Lien, L., & Hjelde, K. H. (2014). What we know and don't know about mental health problems among immigrants in Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health, 16*(1), 60-67. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9745-9>
- Aggarwal, N. K., Cedeno, K., & Lewis-Fernandez, R. (2020). Patient and clinician communication practices during the DSM-5 cultural formulation interview field trial. *Anthropology & Medicine, 27*(2), 192-211. <https://doi.org/10.1080/13648470.2019.1641014>
- Amble, I., Gude, T., Stubdal, S., Andersen, B. J., & Wampold, B. E. (2015). The effect of implementing the Outcome Questionnaire-45.2 feedback system in Norway: A multisite randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Psychotherapy Research, 25*(6), 669-677. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.928756>
- Arnevik, E. A. (2016). Selection of a Progress Monitoring Instrument for Substance Use Disorder Treatment. *Addiction Research and Medicine, 2*(2). <https://doi.org/10.23937/2474-3631/1510020>
- Berg, E. (2002). Terapeutisk offentlighet - en kompleks hybrid: Hvorfor avbryter (en del) innvandrere behandlingen? *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift, 19*(3), 171-184. <https://doi.org/10.1177/145507250201900315>
- Berg, E. (2003). *Samhandlingens monolog: en studie av interaksjon mellom klienter med innvandrerbakgrunn og ansatte i tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere*. SIRUS-rapport. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/sirusrap.1.03.pdf>
- Berg, E. (2004). «Sønn, far og mann - de tre er jeg»: Trenger mannlige stoffmisbrukere med innvandrerbakgrunn en kjønns spesifikk behandling? *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift, 21*(1), 43-55. <https://doi.org/10.1177/145507250402100101>
- Burlew, A. K., Copeland, V. C., Ahuama-Jonas, C., & Calsyn, D. A. (2013). Does cultural adaptation have a role in substance abuse treatment? *Social Work in Public Health, 28*(3-4), 440-460. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.774811>
- Dahl, T. (2021). Recoveryperspektivet. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (3. utg., s. 63-93). Gyldendal.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.
- De Kock, C., Decorte, T., Vanderplasschen, W., Derluyn, I., & Sacco, M. (2017). Studying ethnicity, problem substance use and treatment: From epidemiology to social change.

- Drugs: education, prevention & policy*, 24(3), 230-239.  
<https://doi.org/10.1080/09687637.2016.1239696>
- Díaz, E., Añez, L. M., Silva, M., Paris, M., & Davidson, L. (2017). Using the cultural formulation interview to build culturally sensitive services. *Psychiatric Services*, 68(2), 112-114. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600440>
- Dzamarija, M. T. (2019, 5.mars). *Slik definerer SSB innvandrere*. Statistisk sentralbyrå.  
<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/slik-definerer-ssb-innvandrere>
- Eriksen, T. H., & Sajjad, T. A. (2015). *Kulturforskjeller i praksis: perspektiver på det flerkulturelle Norge* (6.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Feldstein Ewing, S. W., Wray, A. M., Mead, H. K., & Adams, S. K. (2012). Two approaches to tailoring treatment for cultural minority adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(2), 190-203. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.12.005>
- Fellesorganisasjonen (FO). (2019). *Yrkesetisk grunnlagsdokument* [Brosjyre].  
<https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- Freng, E. J. (2008). *Etnisitet og behandling: Kulturelle utfordringer*. Blå Kors Senter.  
<http://www.forebygging.no/Global/rapport%20etnisitet%20og%20behandling.pdf>
- Freng, E. J., & Lund, S. L. (2015). *Vi lever i rus: alt jeg er nå, er det som skjedde meg i hjemlandet*. Oslo kommune - Velferdsetaten.  
<http://www.forebygging.no/Global/Vi%20lever%20i%20rus%20-%20rapport.pdf>
- Haga, W. (2021). Veien inn i behandling. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (3. utg., s. 94-100). Gyldendal.
- Hansteen, I. L. (2005). Etnisitet og psykisk helse. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(3), 238-251. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2005-03-03>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Likeverdige helse- og omsorgstjenester - god helse for alle: Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017*.  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige\\_tjenester.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf)
- Helsedirektoratet. (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene* (IS-1924). <https://bit.ly/3hcyH4U>
- Helsedirektoratet. (2016). *Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet: Nasjonal faglig retningslinje*.



<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>

Helsedirektoratet. (2018). *Rusbehandling (TSB): Pakkeforløp*.

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb>

Jávo, C. (2010). *Kulturens betydning for oppdragelse og atferdsproblemer: transkulturell forståelse, veiledning og behandling* (3. utg.). Universitetsforlaget.

Johannessen, D. A., Pay, E., & Hersi, M. (2020). *Minority report: RIO-Rapporten om minoriteter på rusfeltet*. <https://rio.no/wp-content/uploads/2020/12/RIO-Rapporten-Minority-Report.pdf>

Kour, P., Lien, L., Kumar, B., Biong, S., & Pettersen, H. (2019). Coping and negotiating a sense of self: Immigrant men's experiences of living with co-occurring substance use and mental health disorders in Norway. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 22(1), 43-63. <https://bit.ly/3tBPTDy>

Kour, P., Lien, L., Kumar, B., Biong, S., & Pettersen, H. (2020). Treatment experiences with Norwegian health care among immigrant men living with co-occurring substance use and mental health disorders. *Substance Abuse: Research and Treatment*, Vol 14. <https://doi.org/10.1177/1178221820970929>

Kvaal, B., Øiern, T., & Harwiss, H. L. (2016). *Hindre drop-out fra rusbehandling: Erfaringer fra et nasjonalt prosjekt*. <https://bit.ly/2R3ZmpQ>

Lindberg, L. G., Johansen, K. S., Kristiansen, M., Skammeritz, S., & Carlsson, J. (2020). Negotiating engagement, worthiness of care and cultural identities through intersubjective recognition: Migrant patient perspectives on the cultural formulation interview in Danish mental healthcare. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 1-26. <https://doi.org/10.1007/s11013-020-09694-2>

Lossius, K. (Red.). (2021). *Håndbok i rusbehandling* (3. Utg.). Gyldendal.

Luger, L. (2011). Enhancing cultural competence in staff working with drug and alcohol problems: A multidimensional approach to evaluating the impact of education. *Social work education*, 30(2), 223-235. <https://doi.org/10.1080/02615479.2011.540398>

Moghaddam, J. F., & Momper, S. L. (2011). Integrating spiritual and western treatment modalities in a native american substance use center: Provider perspectives. *Substance Use & Misuse*, 46(11), 1431-1437. <https://doi.org/10.3109/10826084.2011.592441>

NAKMI, & ROP. (2015). *Kulturformuleringsintervjuet (KFI), DSM-5: et klinisk verktøy i tverrkulturell kommunikasjon*. <https://rop.no/globalassets/verktoy/kulturformuleringsintervjuet.pdf>

- NKROP. (u.å.). *Kulturformuleringsintervjuet*. Hentet 2. mai 2021 fra <https://rop.no/kartleggingsverktøy/kulturformuleringsintervjuet-kfi/>
- NOU 2014: 8. (2014). *Tolking i offentlig sektor - et spørsmål om rettssikkerhet og likeverd*. Deptarementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/a47e34bc4d7344a18192e28ce8b95b7b/no/pdfs/nou201420140008000dddpdfs.pdf>
- Olsen, C. R. (2011). *Likeverdige helsetjenester til en flerkulturell befolkning* [Masteroppgave, Universitetet i Oslo, DUO Research Archive. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-29997>
- 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>
- Resnicow, K., Soler, R., Braithwaite, R. L., Ahluwalia, J. S., & Butler, J. (2000). Cultural sensitivity in substance use prevention. *Journal of community psychology*, 28(3), 271-290. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(200005\)28:3<271::AID-JCOP4>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(200005)28:3<271::AID-JCOP4>3.0.CO;2-I)
- Rienecker, L., & Jørgensen, P. S. (2013). *Den gode oppgaven: Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole* (2. utg). Fagbokforlaget.
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (2. utg). Fagbokforlaget.
- Rugkåsa, M. (2018). Etniske minoriteter og sosialt arbeid. *Tidsskrift for velferdsforskning*(2), 180-185. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-06>
- Rugkåsa, M., & Angell, O. H. (1998). *Innvandrere i rusmiddelbehandling: Erfaringer og utfordringer*. Diakonhjemmets høgskolesenter. [https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2009011600048](https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2009011600048)
- Shaygani, S. (2019). Ruslidelse blant pasienter med migrasjonsbakgrunn. I L. Lien, R. Dybdahl, H. Siem, & I. Julardzija (Red.), *Asylsøkere og flyktninger: psykisk helse og livsmestring* (s. 271-284). Universitetsforlaget.
- 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>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- SSB. (u.å.). *Fakta om innvandring*. Hentet 8. mai 2021 fra <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/faktaside/innvandring>

Steinka-Fry, K. T., Tanner-Smith, E. E., Dakof, G. A., & Henderson, C. (2017). Culturally sensitive substance use treatment for racial/ethnic minority youth: A meta-analytic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, Vol 75*, 22-37.

<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.01.006>

Varvin, S. (2018). *Flyktingers psykiske helse*. Universitetsforlaget.

Venner, K. L., Feldstein, S. W., & Tafoya, N. (2007). Helping clients feel welcome: Principles of adapting treatment cross-culturally. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 25(4), 11-30. [https://doi.org/10.1300/J020v25n04\\_02](https://doi.org/10.1300/J020v25n04_02)

Wallin, M. I., Dahlin, M., Nevenon, L., & Bäärnhielm, S. (2020). Patients' and clinicians' experiences of the DSM-5 Cultural Formulation Interview: A mixed method study in a Swedish outpatient setting. *Transcultural psychiatry*, 57(4), 542-555.

<https://doi.org/10.1177/1363461520938917>

