

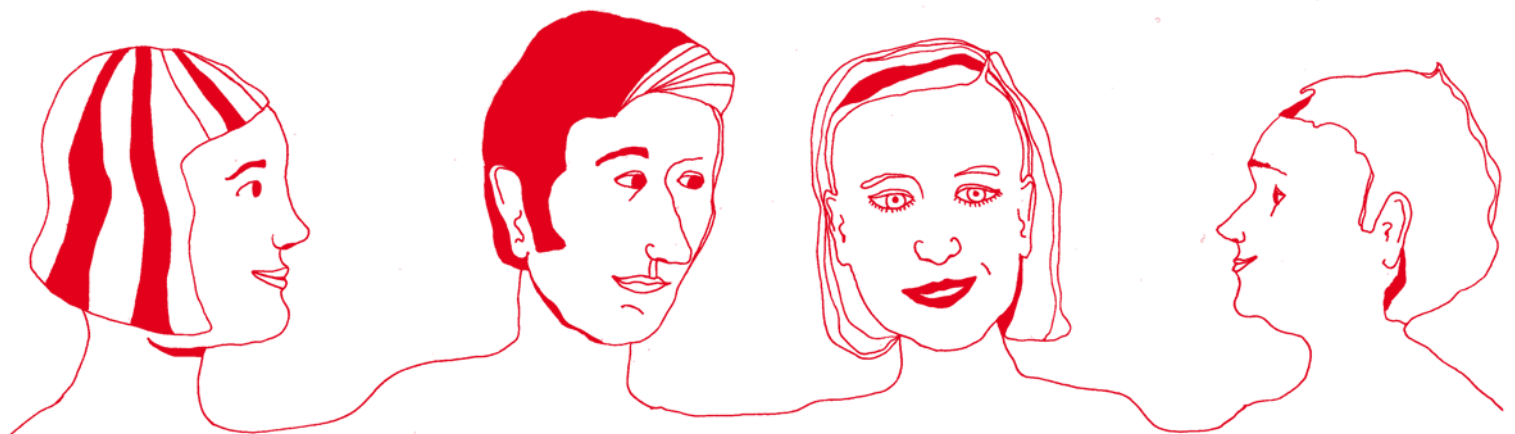
Å leve i en flyktig tilstand - og ønske seg et annet liv

Kari Henriksen

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Master of Public Health

MPH 2005:28





Master of Public Health

– Uppsats –

Uppsatsens titel och undertitel Å leve i en flyktig tilstand – og ønske seg et annet liv. Hvordan kvinner med rusproblemer forstår sine rusproblemer og hvordan de opplever å fortelle om det. Hvordan opplever kvinnene at ansatte i helse- og sosialtjenesten møter dem og det de forteller.				
Författare Kari Henriksen				
Författarens befattning och adress Cand.mag. Undervisningsleder/spesialkonsulent. Sørlandet Sykehus, Kristiansand. Presteheia 102 – H-201, 4632 Kristiansand. Norway				
Datum då uppsatsen godkändes 2 november 2005			Handledare NHV/extern Lars Fredén/Liv Torunn Stave, HiA	
Antal sidor 51	Språk – uppsats norsk	Språk – sammanfattning norsk/engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 91-7997-117-2
Sammanfattning Kvinnens opplevelse av hva deres rusproblem er, påvirker hva de søker hjelp for og hvordan de opplever den hjelpen de får. Rusbruken påvirker deres egenskaper (vilje, evner, deres normalitet og deres fasade), deres tilhørighet (normal, vanlig kvinne, likevel unormal og anderledes, en del av en familie og et sosialt nettverk, men likevel ensomme og isolerte) og deres tilstand (som syke og nærmest døende, men likevel friske og levende). De beveger seg langs disse aksene. Hvor de befinner seg er avhengig av situasjoner de er i og følelser de har, eller får som et resultat av situasjonene. Kvinnens opplevelse av hva rusbruken er for dem, påvirker hvordan de opplever at ansatte møter dem. De opplever å bli inkludert eller ekskludert, å bli forstått eller misforstått, å eie sitt problem eller bli fremmedgjort for det. De opplever å bli møtt som likeverdige personer eller å bli degradert som menneske og de opplever å få tro på at det nytter, at de får håp om en framtid eller opplever mistro og håpløshet. Ansatte konfronterte, var i dialog over tid og avgrenset problemet i sine møter med kvinnene. Ble kvinnene ble møtt på sammensattheten i deres problemforståelse og verdsatt som hele personer, var konfrontasjon og dialog over tid gode strategier. Erkjennelse av rusproblemene kommer fram over tid og er ikke en bevisst og avgrenset tanke hos kvinnene når de oppsøker hjelp. Fokus på rusbruk må derfor holdes oppe over tid.				
Nyckelord: kvinner, rus, avhengighet, alkohol, narkotika				



Master of Public Health

– Essay –

Title and subtitle of the essay Living in a state of fugitiveness – while wishing another life. How women experience addiction and telling about it. How do women experience that professionals in health- and social services meet them and their stories.				
Author Kari Henriksen				
Author's position and address Cand.mag. Head of education unit and special consultant. Sørlandet Sykehus, Kristiansand. Prestehøia 102 – H-201, 4632 Kristiansand. Norway				
Date of approval November 2, 2005			Supervisor NHV/External Lars Fredén/Liv Torunn Stave, HiA	
No of pages 51	Language – essay Norwegian	Language – abstract Norwegian/English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 91-91-7997-117-2
Abstract How women experience their drug dependency influence why they seek help and how they experience the help they are receiving. Use of drugs affects their human qualities (will or abilities, normality and appearance), it influence their experience of belonging (being normal, ordinary, abnormal and different, as part of a normal family with an ordinary social network but yet isolated and lonesome) and their condition (sickness and nearly dying, well-being and healthy). They move along these axis. Where they are depend on the situations they are in and the feelings they have or get in the situation. This influence on how they experience communication with helpers. They experience inclusion and exclusion, understanding and misunderstanding. They experience ownership of their problems and becoming aliens to them. They are either treated as equals or degraded as human beings. They experience hope and trust or mistrust and hopelessness. The professionals used confrontation, dialogue over time or delimitation of the problem. Dialogue and confrontation was useful strategies if the the professionals showed understanding for the compexity of the womens problems. Their experiences in the meetings influenced whether they were working along with their drug/alcohol problems or whether they continued to use drugs and alcohol. Their recognition of their problems with drugs/alcohol reveals over time. It is not conscious and concrete in their minds. Focus on drugs/alcohol must therefore be persistant over time.				
Key words: women, addiction, dependency, alcohol, drugs				

Å LEVE I EN FLYKKTIG TILSTAND - OG ØNSKE SEG ET ANNET LIV

**HVORDAN KVINNER MED RUSPROBLEMER FORSTÅR SINE RUSPROBLEMER OG
HVORDAN DE OPPLEVER Å FORTELLE OM DET.**

**HVORDAN OPPLEVER KVINNENE AT ANSATTE I HELSE- OG SOSIALTJENESTEN MØTER
DEM OG DET DE FORTELLER.**

FORORD

Oppgaven har tatt lang tid – det skyldes at mange arbeidsoppgaver i jobbsammenheng og mitt politiske engasjement har kjempet med oppgaven om oppmerksomhet. Jeg har følt meg som en ”periode-forsker” som har gått inn og ut av forskningsprosessen.

Disse er å takke for at studien ble slutført:

Først og fremst alle kvinnene som har deltatt. Fra de første pilotintervjuer til det siste telefonintervjuet har de delt sine følelser og tanker. Tusen takk skal dere ha!

Sørlandet Sykehus, ved avdelingsleder Olav Haavorstad har gjort mye for at de praktiske forholdene rundt permisjon ble løst.

Forskningsrådet på sykehuset innvilget forskningsstøtte og professor Svein Gunnar Gundersen og forskningsassistent Sissel Ledang ved forskningsavdelingen arrangerte samlinger og felles veiledningsgrupper. Avdelingen skapte et miljø av nysgjerrige ansatte som har vært til stor inspirasjon når motet har vært dalende og det fikk meg i gang igjen når ting hadde ligget i bero en periode.

Dr. Øistein Kristensen, leder av forskningsenheten på min avdeling vil jeg takke for å i årevis ha vært en stimulator når det gjelder å utvikle fagfeltet rus- og avhengighetsbehandling. Han gir meg og kolleger troen på at vi kan og at ny kunnskap er viktig.

Oppmuntring og veiledning har han gitt når jeg har hatt behov for det - alltid med samme positive entusiasme.

Ragnhild Smith Ås, en annen kollega, har hjulpet med engelsken og oversettelse av abstraktet.

Andre kolleger som har lest, rettet og kommet med kommentarer. Godt å ha dere!

Familien har levd med gule lapper og flipover-ark, bøker i stabler og notater som ikke skulle flyttes på i lang tid. Innimellom har vi flyttet to ganger og hatt en valgkamp til Stortingsvalget gående. Tålmodighet er en dyd, så en stor takk til min dydige familie, spesielt Helge!

Pasientombud i Vest-Agder Gunnhild Solberg var en god samtalepartner i starten av opplegget og hjalp til slik at problemstillingene fikk sin endelige utforming.

Sist og slett ikke minst vil jeg takke mine veiledere.

Lars Fredén på NHV har gitt meg konstruktive og praktiske råd underveis i hele prosessen, slik at jeg ikke har sporet av på ett av de mange sidespor som dukket opp underveis.

Høgskolelektor Liv Torunn Stave ved Høgskolen i Agder har vært ”sparring-partner” og veileder. Hun har kommet med refleksjoner og innspill i analyseprosessen og når det gjelder litteratur. Begge disse har hjulpet meg ”å samle haue og bein” som en av kvinnene i studien så treffende sa om hjelpen hun hadde fått av en terapeut.

Oppgaven hadde heller ikke blitt noe av, uten alle inspirerende medelever og forelesere på NHV gjennom to år.

Kristiansand september 2005.

Kari Henriksen

Innhold

INNHold.....	5
HENSIKT MED STUDIEN.....	7
RUSMISBRUK I ET FOLKEHELSEPERSPEKTIV.....	7
EGET STÅSTED.....	8
KVINNER OG RUSMIDLER I ET FOLKEHELSEPERSPEKTIV	8
EGEN FORFORSTÅELSE	9
MØTET MELLOM HJELPSØKENDE OG HJELPEGIVER.....	11
METODE	12
VALG AV TILNÆRMING.....	12
TROVERDIGHET OG FORSKNINGSETIKK	13
VURDERING.....	14
UTVALG	15
DATAINNSAMLING OG ANALYSE	15
INTERVJUPROSESSEN.....	16
ANALYSE.....	16
KVINNENE – HVEM VAR DE?	18
RESULTATER.....	20
Å LEVE I EN FLYKTIG TILSTAND.....	20
HVORDAN FORSTÅR KVINNENE RUSPROBLEMENE SINE OG HVA FORMIDLER DE OM SINE PROBLEMER?	21
<i>Egenskaper</i>	22
<i>Tilhørighet</i>	25
<i>Tilstand</i>	26
HVORDAN KVINNENE FORMIDLET SINE PROBLEMER I MØTENE OG HVORDAN DE OPPLEVDE AT ANSATTE FORSTOD DEM.....	27
KVINNENES FORSTÅELSE AV SITT RUSPROBLEM OG HVORDAN DET PÅVIRKET SAMHANDLINGEN.....	29
<i>Bli inkludert – bli ekskludert</i>	29
<i>Eie sitt problem – være fremmedgjort for sitt problem</i>	32
<i>Ha lik verdi – være lavere enn</i>	33
<i>Håp og tro på en framtid – mistro og håpløshet</i>	35
DRØFTING	37
KONKLUSJON	41

Figur 1: Hvordan kvinnes opplevelse av rusproblemet
 påvirker møtene med ansattes. 29

Vedlegg

1. Informasjonsskriv til kommuner, legekantor og poliklinikk.s. 46
2. Brev med forespørsel til kvinnenes. 47
3. Tillatelse til å bli kontaktet og
 Samtykkeerklæring.....s. 49
4. Temaguide.....s. 50
5. Spørsmålsskjema.....s. 51

Hensikt med studien.

Det var et ønske at denne studien skulle gi en dypere innsikt i og forståelse for hvordan kvinner med rusproblemer opplever møter med ansatte når rus blir et tema.

Hvordan forstår kvinnene rusproblemene sine? Hva formidler kvinnene om sine problemer knyttet til rusbruk? Blir det de forteller forstått av ansatte i hjelpeapparatet og hvordan møter de kvinnene?

At denne studien omhandler kvinner betyr ikke at det er et feministisk perspektiv i studien. Tilnærmingen er av mer pragmatisk karakter, men det ligger en oppfatning til grunn for valget at det er lite fokus på kvinner og deres behov i rustjenesten. Jeg ønsker med studien å løfte frem kvinner spesielt.

Rusmisbruk i et folkehelseperspektiv

Overgangen fra bruk til misbruk kan være vanskelig å definere. Bruk av rusmidler har en viktig funksjon i samfunnsritualer, fester, markeringer og overgangsritualer. I slike sammenhenger har de og kan bidra til økt livsutfoldelse og gi positivt livsinnhold.

Danmark, Sverige, Finland og Norge har alle eksplisitte mål for folkehelsearbeid knyttet til alkohol og narkotika (1-3). Misbruk av rusmidler medfører store samfunnsmessige omkostninger, i tapt antall leveår, uhelse og utgifter (4) og alkoholens betydning for vår helsetilstand er ikke ubetydelig (5).

Tidlig identifikasjon, adekvat behandling og oppfølging av mennesker med rusproblemer er viktig i et forebyggende perspektiv. Jo kortere tid mennesker er aktive misbrukere desto mindre psykisk og fysisk uhelse, kortere tid med redusert omsorgsevne og mindre helseskader påføres deres barn.

I et folkehelseperspektiv er misbruk av alkohol og narkotika en alvorlig trussel mot folks helse. Forbruk av alkohol henger nøye sammen med grad av alkoholrelaterte sykdommer og skader som leverchirrose, trafikkulykker og vold (6). Nitti prosent av pasienter som oppsøkte legevakt var registrert med voldsskader viste seg å ha vært påvirket av alkohol (7). World Health Organization (WHO) har mål om å redusere helseskadelig atferd, knyttet til misbruk av alkohol, medikamenter og narkotika (8). Sverige, Finland og Danmark har utarbeidet nasjonale tiltak for å redusere slike skader ved å fokusere på forebygging, utvikle gode behandlingstiltak og øke kunnskapsnivået. De har valgt forskjellige strategier for å forebygge uhelse som skyldes alkohol og narkotika. I nasjonale dokumenter pekes det på politiske utfordringer som tilgjengelighet, straff og behandling og på faglige utfordringer som kunnskapsformidling og forskning. Målgruppene er i hovedsak barn og ungdom, og forebyggingstiltak rettet mot foreldre og allmennheten (9-11). Innen EU har Europarådet satt forebygging av narkotika og avhengighet på dagsorden. Narkotikaavhengighet identifiseres som et prioritert område for Fellesskapet innen

folkehelseområdet og det fokuseres også spesielt på forebygging av skade på fostre hos gravide rusmisbrukende kvinner (12).

Folkehelse rapporten i Norge drøfter de helseskader rusproblemer forårsaker samfunnsmessig, hos misbrukerne og deres barn. I denne omtales føtalt alkoholsyndrom, konsentrasjonsvansker og udefinerte lidelser hos barn, destruktive samhandlingsmønstre med bruk av vold, ødelagt økonomi og økt sykkelighet hos voksne (6). I somatisk helsetjeneste skyldes mange akutte innleggelser aktiv rusing. Skader, mennesker utsatt for voldshandlinger av berusede personer og selvmordsforsøk/selvskading. Selvmord og selvmordsforsøk, bil- og drukningsulykker skjer ofte i beruset tilstand. De nordiske land har i forskjellige statlige dokumenter satt disse problemstillingene på dagsorden (6,8-11)

Uansett årsak berører avhengighet alle menneskers dimensjoner: fysisk (immunforsvar, organskader), psykisk (angst, depresjon, nedtrykthet, delirium tremens), sosialt (arbeidsforhold, venner, familie, økonomi) og åndelig. Den åndelige forstyrrelse dreier seg om å nedprioritere viktige verdier ved for eksempel å velge rusen framfor å betale husleie, være sammen med familie/barn. Avhengigheten gjør at man velger bort slike verdier som betyr mye for den enkelte og gjentatte ganger velger rusmiddelet til tross for løfter overfor andre og seg selv. Behovet (suget) etter rus tilfredsstilles først, deretter kommer andre verdier som familie, arbeid, helse, andre sosiale aktiviteter og økonomiske forpliktelser (13). Sann sett er kanskje rusproblemer og avhengighet et helt klassisk folkehelseproblem. Det angår den enkelte, dennes familie og samfunnet.

Eget ståsted

På mitt arbeidssted er behandlingen drevet etter metoder grunnet i forståelse av avhengighet som en primær sykdom. Avhengighet (Addiction) er en egen, selvstendig lidelse. Behandlingen er bygget opp om forståelsen av at lidelsen omfatter nære familiemedlemmer og fører til dysfunksjonalitet i familiesystemet. Derfor er et familieprogram (fire dager) for pårørende en del av behandlingsopplegget. Målsetting for behandling i døgninstitusjonen er: 1) total rusfrihet. 2) legge grunnlag for en bedre livskvalitet for misbruker og pårørende. I den polikliniske tjeneste er metodene forskjellige. Målsettingen er ikke totalavhold, men økt livskvalitet og individuell tilnærming. Det er både gruppe- og individuell behandling i poliklinikken.

Kvinner og rusmidler i et folkehelseperspektiv

Behandlingsmetoder og – innhold er utviklet med bakgrunn i menns avhengighetsproblematikk og behandling har tradisjonelt vært forbeholdt menn. I Kristiansand fikk kvinner tilgang til avrusingsstasjonen som ble åpnet i 1977. Det var da noe helt nytt. Først i 1982 ble behandlingsinstitusjonen (opprettet 1954) i fylket åpnet for kvinner. Enkelte frivillige organisasjoner hadde tilbud til kvinner. I Norge åpnet Hvite Bånd en institusjon for kvinner i 1913 (Risby Behandlingsenter).

Kvinner og menn vurderer sin helse ulikt. Deres roller, forventninger til seg selv og fra andre, spiller inn i vurderingen av helsetilstanden (14) og det er forskjeller mellom kvinner og menn når de søker hjelp for sine alkoholproblemer. Både kvinner og menn finner det

vanskelig å søke hjelp. Alkoholbruken påvirker selvoppfatningen negativt, kanskje spesielt for kvinner. Kvinner opplever at det å få sin identitet knyttet til ”alkoholiker” er tabubelagt. Menn opplever det mer tabubelagt å få identiteten knyttet til psykisk syk. Dette påvirker deres valg når det gjelder å oppsøke hjelp (15,16).

Rusmisbruk hos kvinner medfører noen spesielle problemer. Kvinner bærer frem barn og bruk av rusmidler under graviditet kan være svært skadelig for fosteret. Kvinner har oftere enn menn omsorgsansvar for barn også når de ruser seg. Kvinner oppsøker oftere helsetjenester og det foreskrives flere resepter på legemidler til kvinner enn menn (17,18).

Det pågår i dag en faglig diskurs omkring kjønns-/genusforskning. Den tradisjonelle oppfatning at kvinner er underlagt menns tradisjoner og menns makt diskuteres blant kjønnsforskere. Trulsson har analysert kjønnsdimensjonen i nordisk misbruksbehandling. Spesifikk kjønnsfokus er nesten fraværende og ”...diskursen inom missbruksforskning (är) i väsentliga drag könsneutral” (19, s. 5). I kapittelet Women and Substance Abuse i boken Womens Health (20, s. 76) diskuteres forståelsen av at kvinner er spesielt sårbare, lidende og undertrykte. Kapittelet peker på den spenning som finnes ved å på den ene siden øke kvinners selvbylde og empowerment og på den annen side fremstille dem som lidende, ofre for ytre elementer og hjelpsøkende. Det tradisjonelle behandlingsapparat forsterker kvinneroller som avhengige (også av eksperter), maktesløse og passive, ute av stand til å selv ivareta sine behov.

I den senere tid omtaler enkelte kjønns- og genusforskere mye av tidligere forskning som kjønnsnøytral fordi den ikke har eksplitsitt pekt på kjønnsspesifikke forhold. På samme måte beskrives behandling som kjønnsnøytral der metodene eller behandlingen ikke har tatt opp i seg spesifikke mannlige eller kvinnelige behov. Trulsson konkluderer med at ”De egna berättelserna om livsvillkor, tankar och önskemål kring behandling behöver lyftas fram.” (19, s. 16).

Sverige var et foregangsland for kvinner med alkoholproblemer og behandling til disse. Overlege på EWA-enheten (EWA= Early treatment of Woman Alcoholics) ved Karolinska Institutt i Stockholm, Lena Dahlgren var foregangskvinne innen klinisk arbeid og forskning (21-23). Senere har kjønnsspesifikk behandling og forskning økt i omfang og er mer i fokus nå (24).

Egen forforståelse

Når det gjelder kvinner og avhengighet oppfatter jeg at behandlingsapparatet ofte går inn i en ”trøste-rolle” og forholder seg til kvinner med slike problemer som ”ofre”. Min erfaring er at kvinners avhengighet i mindre grad sees på som et problem i seg selv, men mer som et resultat av ytre påkjenninger, angst, nerver m.m. Det oppleves at rusavhengighet psykiatriseres i stor grad og ikke sees på som en selvstendig lidelse eller problem. Rusbruken blir derfor sjeldnere påpekt av hjelpeapparatet. Kvinner henvises til psykiatrisk behandling for sine ”nerver”. Behandlingen består ofte (også) av medisiner og kvinner får ordinert mer medisiner enn menn (17,18). Dette kan forsterke kvinners avhengighet og forlenge problemene.

I min kliniske praksis møtte jeg kvinner og menn som fortalte om møter med hjelpeapparatet for andre forhold enn rusen. Sykdommer og skader de var innlagt på sykehus for, kriminalitet de ble fengslet for, angst og depresjoner de ble medisinerert for eller innlagt i psykiatrisk sykehus for, ble sjelden koblet til rusbruk, selv om det objektivt sett kunne være holdepunkter for dette (ruset ved ankomst, leverprøver som viste langvarig misbruk, blodprøver som påviste for eksempel cannabis og lignende). På mine spørsmål om deres bruk av rusmidler ble tatt opp ved slike innleggelser, fortalte de fleste en fortelling som var ganske lik: "Nei, de spurte meg aldri direkte, og jeg fortalte ikke noe om det. Ble det for vanskelig, avledet jeg dem med å bli sint, spørre om noe jeg visste de ikke kunne svare på eller bare trekke meg tilbake og ikke møte opp." Det førte til interesse for hvordan vi som helsepersonell forholder oss til mennesker med rusproblemer når disse er innlagt på sykehus. I 1994 skrev jeg en oppgave: "Rusproblemer? Nei – det snakker vi ikke om!" (25). Her intervjuet jeg rusavhengige menn som hadde vært/var innlagt på sykehus og sykepleiere og leger som arbeidet ved somatiske poster. Konklusjonen var at rusproblemene var et ikke-tema. Det var tre hovedforklaringer fra helseprofesjonene på hvorfor: 1) Temaet var for privat, andre (= heller ikke helsepersonellet) hadde ikke noe med det. 2) Det var for vanskelig å ta opp, profesjonene manglet kunnskaper og 3) "Det er ikke mitt bord!" Pasientene var innlagt for å få behandling for andre ting og ansatte hadde derfor ikke noe ansvar for å ta opp rusproblemet. Disse erfaringer førte til en søken etter mer kunnskap. Dersom vi får vite mer om hvordan mennesker med et rusproblem opplever det å fortelle om det, vil vi kunne hjelpe dem tidligere?

For kvinner er det spesielt problematisk all den tid mange har omsorgsansvar for barn og går svangre. I disse periodene påvirker aktiv rusing ikke bare kvinnenens egen helse, men i stor grad også barnas helse. Skyld og skamfølelse og en vedvarende usikkerhet i barndommen knyttet til omsorgsevnen hos foreldrene vil kunne prege dem i voksen alder (26,27). Å forebygge vedvarende rusbruk/avhengighet hos kvinner vil føre til at barn som bor hos mor vil ha mindre sjanse til å utvikle helseskader. Av den grunn valgte jeg å avgrense det til kvinner i denne studien.

Jeg trodde at kvinnene forstod at de hadde et rusproblem før de fortalte om det. Jeg trodde at når de ikke fortalte om det, var det fordi de var redde for å bli avvist, stemplet eller mistrodd. Jeg forestilte meg at når de våget å fortelle om det, var det fordi de enten møtte en empatisk ansatt de fikk tillit til og som de våget å fortelle sin historie til eller fordi erkjennelsen var så konfliktfylt for dem og så stor at de "sprakk" ut fra opplevelsen av "Nå må jeg fortelle det!"

Forståelsen av det å være hjelpetrengende og det å være ansatt, er preget av min oppvekst. Jeg vokste opp på et psykiatrisk sykehus og måtte, som pasientene, bli låst ut og inn av institusjonen. Mine erfaringer med pasienter var at de var gode voksenkontakter. Jeg fikk oppleve deres normale side. Mine erfaringer med den "ytre verdens" holdninger og etter hvert systemets holdninger til psykiatriske pasienter er negative. I min oppvekst hadde jeg god kontakt med pasientene og deres normalitet. Jeg fikk ofte erfare andre menneskers holdning til psykiatriske pasienter fordi jeg da jeg ble eldre, ble oppfattet å være psykiatrisk pasient. Holdningene endret seg påtakelig dersom det ble avklart at jeg var datter til overlegen! Jeg opplevde videre at overgangen fra nøytralt barn/ungdom til ansatt gjorde noe med mitt forhold til pasientene og pasientenes forhold til meg.

Kommunikasjonen endret seg, jeg var ikke lenger venn på samme måte som tidligere (28). Jeg tok utdanning som sykepleier og senere psykiatrisk sykepleier. Min erfaring med psykiatrien som arbeidsplass ble vanskelig. Jeg opplever at psykiatrisk teori og systemet devaluerer pasientenes normalitet og deres livsverden. Jeg arbeidet i psykiatrien i ca 10 år, deretter på en institusjon som behandler mennesker med rusavhengighet etter en tverrfaglig, men hovedsaklig medisinsk behandlingsmodell.

Møtet mellom hjelpsøkende og hjelpegiver

Forholdet mellom hjelper og den som trenger hjelp har vært i fokus for mennesker i mange årtusener. Kristendommens innføring av tesen om at alle mennesker var like, og Bibelens fortelling om Den Barmhjertige Samaritan, har preget den vestlige verdens menneskesyn. Før dette gjør Hippokrates (ca. 460-377 f.Kr.) i skriftet Corpus hippocraticum, en moralsk vurdering av legers arbeid. Forholdet mellom legen og pasienten og mellom vitenskap og empiri problematiseres. Tillit til legen er vesentlig og det oppnås ved at legen behandler pasientene sine med respekt, faglig ansvarlighet og ivaretar taushet om pasienters betroelser (29, s. 49-59).

Ekspertstatusen vokste i middelalderen med naturvitenskapenes fremvekst. Både på det religiøse og det medisinske området ble det stor avstand mellom de med innsikt og kunnskap og de som var avhengig av hjelp, enten det var til frelse eller til helbredelse. Ekspertstatus bredte om seg innen kirke, samfunnsliv og vitenskapene.

I moderne tid endrer dette synet seg. Filosofer fortsatte å befatte seg med eksistensielle forhold samtidig som naturvitenskapene utviklet seg. Menneskenes subjektivitet trådte tydeligere frem og naturvitenskapenes objektivitet ble utfordret. Sosialantropologi, psykologi og pedagogikk vokste frem som egne fagområder. Man fikk interesse for de kognitive prosesser og menneskenes subjektive oppfatninger av virkelighet og fenomener i denne. Er tingen eller virkeligheten det den ser ut til å være? Menneskers livsverden blir et sentralt begrep. Kommunikasjonsteorier vokste frem og ble viktige innen helsefagene. Hva uttrykker vi, hva mener vi at vi uttrykker, hva oppfatter den som mottar budskapet at vi uttrykker ble viktig kunnskap å forholde seg til. Politisk og makt/avmakt fokus førte til studier om makt og avmakt, stigmatisering og ekskludering.

Buber (30) hevder at menneskene fremtrer for hverandre gjennom å møte hverandre som et du, ikke som et det. Som mennesker får vi vår eksistens i relasjonene vi har med andre mennesker. "Jeg'et" skapes ved å møte et "Du". Løgstrup (31) peker på at tillit er noe naturlig og iboende hos menneskene. Denne naturlige tillit vi viser hverandre krever en ansvarliggjøring av menneskene. Vi forpliktes til å ivareta den andre og det denne gir meg i vårt møte. Han betoner at vi gjensidig gir hverandre liv og innhold i verden. Gjensidigheten innebærer muligheter for overgrep og press. Det kan skje ved å "gå utenom" – lefle med den andre, unngå alle ubehageligheter eller å ville omskape den andre. I gjensidigheten ligger det også en forpliktelse til å "være uendelig tålmodig med den andre og gjøre sitt til at hans verden blir så rommelig som mulig." (31, s.48). Fordringen innebærer å ta vare på det i den andres liv som er avhengig av en og samtidig utelukke at

ivaretagelsen tar noe av den andres selvstendighet fra ham. ”Ansvaret for den andre kan aldri gå ut på å overta hans eget ansvar.” (31, s. 50).

I sosialantropologisk og filosofisk perspektiv har sykdom en kulturell side. Sykdommer uttrykker også symbolske verdier. Sykdommer får betydning for enkeltmenneskene ut over selve lidelsen i seg selv. Den blir et symbol på noe annet (32). Sykdommenes betydning og behandling av disse varierer i forskjellige kulturer (33).

Metode

Metoden jeg valgte måtte gi svar på studiens problemformuleringer: Hvordan opplever kvinner med rusproblemer møter med ansatte når rus blir et tema. Hvordan forstår kvinnene rusproblemene sine? Hva formidler kvinnene om sine problemer knyttet til rusbruk? Blir det de forteller forstått av ansatte i hjelpeapparatet og hvordan møter de ansatte kvinnene?

Valg av tilnærming

Studien søker kunnskaper om kvinners livsverden avgrenset til hvordan hun forstår sitt rusproblem og hvordan hun opplever møter med ansatte i hjelpeapparatet der rus er et tema. Den søker svar på kvinners opplevelser, oppfatninger og meningsinnhold som ikke kan måles med objektive, målbare variabler. Kvalitative metoder søker svar på meningsinnhold, menneskers – her kvinners – egne opplevelser av situasjoner de selv har opplevd. Taylor & Bogdan peker på at vesentlige aspekter i kvalitative metoder er å søke meningsinnhold og søke kunnskap om menneskers egne tanker om hverdagslige ting i egne liv (34). Jeg har derfor valgt en kvalitativ tilnærming i denne studien.

Kvalitative metoder er ikke et entydig begrep. Metodene spenner over et bredt spekter, på den ene side ligger de nært opp til kvantitative analysemetoder som i den opprinnelige Grounded Theory metode til Strauss og Glaser (35), videreutviklet av Strauss og Corbin (36). På den annen side har man tilnærminger som oppfatter virkeligheten å være sosialt konstruert (37) og deltakende observasjon der forsker, menneskene det forskes på og den sosiale kontekst inngår i analysen. (38,39). Grounded Theory har sin opprinnelse ved Chicago-skolen og var en motreaksjon til det rådende funksjonalistiske synet på individet. I denne kontekst ble individet oppfattet å være styrt av strukturer, funksjoner og mekanismer som hadde til hensikt å ordne samfunnet/kulturen. Ontologisk tenker man at det er en objektivitet i verden som ikke kan fanges fordi menneskene tolker den inn i sin egen oppfatning av virkeligheten.

Valget mellom kvalitativ eller kvantitativ metode påvirkes av forskerens ontologiske ståsted. Hva oppfatter forskeren virkeligheten å være? Finnes det en objektiv virkelighet – noe som er utenfor oss selv? Barbarossa da Silva skriver om den ontologiske forankring i vitenskapene. Han skiller mellom primære og sekundære substanser. Mengder, masse, vekt, form, størrelse mv. kan sies å være ontologisk objektive egenskaper (bevisshetsuavhengig eksistens), mens farge, lukt, smak, lykke, frihet, ansvarlighet, plikt, holdninger mv. er kvalitative egenskaper som kan sies å eksistere ontologisk subjektivt (bevisshetsavhengig eksistens) (40, s. 47).

Problemstillingen i denne studien er nært knyttet til den subjektive forståelsen hos kvinnene av det møte der rusproblemene blir verbalisert. Problemstillingen omhandler deres opplevelse av relasjoner mellom kvinner og ansatte. En metodisk tilnærming som kunne gi svar på disse spørsmål var komparativ analyse med utgangspunkt i Strauss og Corbins Grounded Theory (36, s. 78). Analysestegene beskrevet i denne boken ble brukt. Forskningsdagbok og memos ble benyttet gjennom hele prosessen.

Troverdighet og forskningsetikk

Troverdighet og pålitelighet er begreper som brukes for å vurdere kvalitative studiers vitenskapelig verdi. Glaser og Strauss peker på at teorien man kommer frem til må passe, "fit", og de peker på viktigheten av det systematiske i analyseprosessen. Ved å analysere på en systematisk måte vil ny teori tre frem, "emerge". Ved systematisk forarbeid, datainnsamling og analyse vil det være en sammenheng i resultatene som er troverdig (35, s. 223-35).

Validitet i kvalitativ forskning dreier seg om i hvor stor grad forskeren formidler fenomenet slik det oppleves av informanten (41). I hvor stor grad påvirker forskerens tolking og oppfatninger av forskningsspørsmålet kvinnene? Kommunikasjon omfatter mer enn de ord som uttales, kommunikasjon skapes gjennom hvordan ordene tolkes av den som snakker – hvilke ord brukes for å formidle hvilke tanker, følelser eller opplevelser. Ikke-verbale forhold påvirker også kommunikasjonen mellom mennesker; klær, omgivelser, fakter m. m, Hvordan tolkes dette av den som mottar budskapet?

I kvalitativ forskning må forskeren vurdere sin rolle og oppfatning av forskningsspørsmålene i forkant av forskningen. Det er et spørsmål om validitet: måler forskningen det den er ment å måle? Forskningsprosessen i en fenomenologisk kontekst betinger at forskeren analyserer sin oppfatning av fenomenet før møte med forskningssubjektene finner sted. Forskeren må bli bevisst sin egen forforståelse av fenomenet og søke å sette sin egen oppfatning i parentes ("braceting"). Forskerens egen ubevisste eller ureflekterte oppfatning av hva som skal studeres må bli kjent for forskeren slik at denne kan møte intervjupersonenes livsverden uten å la denne bli preget av sin egen (40, s. 79, 83). Strauss & Corbin stiller spørsmålstegn ved om det er mulig å sette sin forforståelse i parentes. De hevder at det er en del av virkeligheten. Sånn er mennesker, noe er ubevisst og man vil aldri kunne oppnå fullstendig klarhet i egen forforståelse. Likevel peker de på nytten i å skrive forskningsdagbok for å få større innsikt i egne tanker underveis (36, s. 99).

Forskeren har et ansvar for de mennesker som stiller seg til disposisjon slik at forskeren får sitt datamateriale. Dette ansvaret innebærer å være åpen overfor det som blir fortalt, behandle data med respekt og ansvarlighet. I fremstillingen av datamateriale må det tas hensyn til konfidensiell behandling og anonymisering av de data disse menneskene velger å dele med forskeren.

Refleksivitet er et begrep som brukes i denne sammenheng; forskeren må være oppmerksom på sin egen rolle som individ og sin sosiale identitet og hvordan dette kan påvirke forskningen (42, s. 172).

Etiske vurderinger over hvordan forskeren påvirker studien vil også si noe om troverdighet og forskningsetikk. Momenter som finansiering, uavhengighet, overidentifisering og mangel på kritisk perspektiv er det viktig å reflektere over (43, s. 71).

Min forforståelse av rusavhengighet, rusproblem og hvordan kvinnene opplever det å snakke om dette har jeg forsøkt å bli kjent med ved å skrive dette ned i en forskningsdagbok.

Jeg er godt kjent i rusbehandlingsmiljøet på Sørlandet. Jeg har arbeidet i ca. 15 år med avhengighetsbehandling, i klinisk praksis, hatt lederstillinger i mange år og de siste fem år har jeg arbeidet som konsulent og undervisningsleder. Mitt kontaktnett er derfor bredt; pasienter, ansatte og ledere i egen organisasjon og i samarbeidende instanser som er legekontor, sosialkontor og andre behandlingsinstitusjoner. Min kliniske praksis ligger ca ni år tilbake i tid.

Vurdering

Alle data og papirer som inneholder data fra kvinnene er oppbevart utilgjengelig for andre. Anonymiseringen startet allerede under transkriberingen, da egennavn og stedsnavn ble erstattet med fiktive navn eller XX, NN. Tidsangivelser ble endret opp/ ned et par år.

Finansieringen har ingen bindinger knyttet til seg. Oppgaven ble vurdert av et sammensatt forskningsråd på fritt grunnlag sammen med ca 30 andre søknader og midlene utbetalt til avdelingen for å dekke permisjon til studien.

Studien er godkjent av Medisinsk Etisk Komité, region Sør og deres innsigelser er det tatt hensyn til.

Kvinnene er i fremstillingen gitt fiktive navn, og faktiske data (år, sykdommer, bosted osv) er endret.

Jeg fornemmet at de fleste kvinnene visste at jeg arbeidet i sektoren. Jeg kjente ikke til noen av kvinnes forhistorie, verken privat eller som behandler. Det at noen visste om meg, kan ha påvirket dem positivt ved at de ønsket å ”gjøre meg til lags”, eller negativt, at de ønsket å fortelle meg ”hvordan det egentlig har vært”. Jeg opplevde at kvinnene ikke hadde slike hensikter. Jeg opplevde dem som søkende og oppriktige i sine fortellinger. En kvinne gav tilbakemelding om at intervjuet hadde satt i gang mange refleksjoner i henne. Det virket som om kvinnene var interessert i å fortelle, alle kom til første time, ingen måtte purres på. En kvinne møtte ikke opp og jeg fikk ikke kontakt med henne senere. Jeg opplevde at de var interessert i å dele sine refleksjoner med meg. Et par kvinner sa at de syntes det var viktig å få temaet belyst.

Utvalg

Kvinner som har søkt hjelp for sitt rusproblem er målgruppe for studien. I henhold til Grounded Theory er det vesentlig at flest mulig aspekter ved fenomenet belyses i utvalget (36, s. 214). Variasjon i utvalget ble knyttet til følgende kriterier: alder, hvilket rusmiddel brukte de mest, hadde de omsorgsansvar for barn, arbeid eller mottok de trygd? Hva var deres sivile status, hvor bodde de (by/land) og hvor eller til hvem i hjelpeapparatet henvendte de seg når de fortalte om rusproblemet. De skulle ikke være synlig beruset under intervjuet.

Kvinnene skulle rekrutteres fra behandlingsapparatet (2. linjetjeneste), sosialtjenesten og fra legekantor i kommunene (1. linjetjeneste).

For at data skulle berøre aktuell problematikk, måtte det ha vært mindre enn tre år siden kvinnene fortalte om dette.

Jeg intervjuet ni kvinner. Ti svarte på min henvendelse, en møtte ikke opp og svarte ikke på en påminnelse noe senere.

Datainnsamling og analyse

I søknaden til forskningsetisk komité ble fokusgrupper beskrevet som hensiktsmessig for å få et bredest mulig perspektiv på data. Ved å samle flere kvinner i en gruppe og la dem samtale om et bestemt tema (her: hvordan de opplevde å fortelle om sitt rusproblem), vil subjektive data ytterligere utvikles som et resultat av gruppedynamikk (42). Komiteen hadde innsigelser til dette. Sensitivitet og momenter som taushet og sårbarhet ble problematisert. Av hensyn til tidsaspektet ble derfor individuelle intervjuer benyttet som datainnsamlingsmetode.

For å nå kvinner fra sosial- og legekantor og fra behandlingsapparatet ble det skrevet brev til ledere ved forskjellige slike instanser (vedlegg 1). Instansene ble valgt ut fra størrelse på by/kommune og geografisk plassering. To sosialkontor, to legekantor og to institusjoner som arbeider poliklinisk fikk informasjon. De fikk i brevet informasjon om studien og den informasjon kvinnene skulle få, lå ved. Lederne ble bedt om, dersom de ønsket å bistå til at undersøkelsen kunne finne sted, å sørge for at informasjonen ble gitt til aktuelle kvinner. Informasjonen til kvinnene lå i nøytrale konvolutter (vedlegg 2, 3). Henvendelsen ble fulgt opp ved å kontakte dem noe senere på e-post og telefon. Et sosialkontor og en poliklinikk fikk også muntlig informasjon på personalsamlinger.

Eksakte tall for hvor mange invitasjoner som ble delt ut til de forskjellige kontorene har jeg ikke registrert. Anslagsvis ble det delt ut ca 25 slike fordelt på de forskjellige kontorene. Ti av dem ble sendt til sosialkontorene (fem til hvert).

Jeg skrev forskningsdagbok og skrev ned mine tanker om hva jeg mener at avhengighet og rusproblemer er og hvordan kvinnene opplevde møte med ansatte.

Jeg foretok ett pilotintervju.

Intervjuprosessen

Å intervju mennesker i forskningssammenheng er mer enn å samtale med mennesker om ett interessant emne. Det er en faglig samtale ”som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene” (44). Intervjuene skulle gi svar på forskningsspørsmålene og det ble utarbeidet en guide for samtalen på forhånd. Guiden lå til grunn for hvert intervju. Den ble endret etter fremlegging i veiledningsgruppe, senere i tråd med den pågående parallelle analysen og det som kom frem i intervjuene. (vedlegg 4). Intervjuene ble tatt opp på bånd og lyttet til en til to ganger før de ble transkribert.

Kvinnene avgjorde selv hvor de ønsket å bli intervjuet. Syv av intervjuene fant sted på mitt kontor, to hjemme hos kvinner. De oppgav alle praktiske momenter som grunnlag for sine valg, som for eksempel reisetid, barn og andre mulige forstyrrelser hjemme hos dem.

Alle kvinnene bortsett fra en som takket nei, fikk etterpå tilsendt intervjuet på papir. De ble bedt om å gi tilbakemeldinger dersom det var noe de mente ble feil, utydelig eller at jeg hadde misforstått. Jeg ville kontakte dem igjen dersom jeg opplevde at noe var uklart eller manglet. Jeg fikk ingen tilbakemeldinger fra kvinnene om at noe burde endres etter at de hadde lest intervjuene. Jeg kontaktet en kvinne for å få ytterligere informasjon om en situasjon.

Forut for intervjuene gjennomgikk vi den tilsendte informasjon og utfyllende informasjon ble gitt ut fra hva som kom frem i denne samtalen. De konkrete spørsmålene (vedlegg 5) ble gjennomgått uten at dette ble tatt opp på bånd. En kvinne oppfattet at det dreide seg om evaluering av et behandlingsopphold. Dette ble avklart i samtalen jeg hadde før intervjuet startet.

Ved behov for utfyllende informasjon etter at intervjuene var transkribert, ble det tatt telefonisk kontakt. Det ble gjort avtale om hvor oppfølgingssamtalen skulle finne sted. Eventuelt ble oppfølgingsspørsmålene stilt i telefonsamtalen. Kvinnene fikk tilbud om å lese det transkriberte intervjuet og ble bedt om gi tilbakemeldinger på hvorvidt det var ting de ønsket å endre på, utdype eller fjerne. Åtte av kvinnene valgte å lese intervjuet. En gav tilbakemelding om at det var spennende å lese og at det i ettertid hadde gitt henne mange refleksjoner.

Analyse

Min opprinnelige problemstilling handlet om ” Rusmisbrukende kvinners opplevelse av deres første møte med ansatte i det offentlige hjelpeapparat, der de for første gang ba om hjelp for sitt rusproblem.” Allerede under pilotintervjuet oppdaget jeg at det kunne være slik at det ikke var noe ”første møte” der rusproblemet ble tema. I intervjuprosessen ble det bekreftet at kvinnene ikke hadde noe eksplisitt opplevelse av rusproblemet som et atskilt, selvstendig problem. Kvinnene presenterte derfor ikke noe slikt problem i møtene med ansatte. Rus som tema kom frem i prosesser over tid gjennom kvinnenens møter med flere hjelpetiltak og flere ansatte. Dette førte til at de endelige problemstillinger ble:

1. Hvordan forstår kvinnene rusproblemene sine?

2. Hvordan formidler kvinnene sine problemer? Hvordan opplever kvinner med rusproblemer møter med ansatte når rus blir et tema?
3. Hvordan påvirker kvinnenes forståelse av sitt problem samhandlingen mellom kvinnene og de ansatte?

Analysen av disse tre problemstillingene presenteres hver for seg i kapitlet om resultater. Jeg har valgt å ikke utvikle en teori i denne studien, men avgrenset oppgaven til å analysere de ovenfor nevnte problemstillingene. Dataene var ikke fylldige nok til å jeg klarte å utlede en teori. Det var en kombinasjon av to forhold som gjorde at jeg ikke intervjuet flere kvinner og fikk ytterligere data. Det var ikke enkelt å få tak i kvinner til studien. Jeg måtte flere ganger henvende meg til de instanser som hadde sagt seg villige til å dele ut informasjon til kvinnene og minne dem på dette. Etter at jeg hadde fått ti interesserte kvinner var det gått så lang tid, samtidig var jeg inne i en meget arbeidsintensiv periode i mitt ordinære arbeid. I samråd med veileder bestemte jeg at jeg skulle arbeide videre med de kvinnene som til da hadde sagt ja.

Trinnene beskrevet i Strauss & Corbin (36) ble benyttet i analyseprosessen. Åpen koding, axial koding og selektiv koding. Komparativ analyse (36, s. 78) innebærer en fortløpende analyse av dataene allerede fra første intervju. Først en linje- for linje analyse der man stiller spørsmål til teksten, hva er det sentrale her, hva er konteksten, hvem deltar, hvordan definerer de situasjonen? Man finner substantive koder, ord eller setningsdeler som er betydningsfulle for det meningsbærende budskap, i relasjon til problemstillingen. Man sammenlikner, leter etter relasjoner mellom disse kodene. I sammenlikningen er man opptatt av å finne ut om de er noen felles egenskaper, hvilke dimensjoner har de – (er de konkrete, abstrakte, tidsbestemte og så videre). Begreper med felles egenskaper eller med noe felles i sine dimensjoner, samles under felles meningsbærende og mer abstrakte begreper. Dette er det første steg i teoridannelsen og sub-kategoriene identifiseres. Sub-kategoriene sammenliknes og analyseres ut fra sine dimensjoner og egenskaper. Man søker sammenhenger, krysningspunkter, utvikling i begrepene og slik finner man kategorier. Det er begreper som kan favne betydningen av flere sub-kategorier. I løpet av denne analyseprosessen trer teorien frem og man finner en overordnet kategori som er dekkende for teorien. Hele tiden foregår prosessen i de enkelte intervjuene, mellom de forskjellige intervjuene, og mellom forskeren og dennes memos (36). Slik blir analysen en interaktiv, sammenhengende prosess etter hvert som intervjuene gjennomføres. Anne Ryen beskriver analyseprosessen som ”en rotete, tidkrevende, ikke-lineær, kreativ prosess med rom for mye tvil, en prosess som skal bringe orden, struktur og mening i alle innsamlede data” (38).

Eksempel på kategoridannelse fra kvinnenes opplevelse av det første møtet med ansatte:

- ” Men hun altså æææ hun gav meg en følelse av at jeg var litt spesiell for henne. Og ja altså sannsynligvis så var jeg jo ikke det, men men ... på en eller annen måte så klarte hun å nå inn til meg, da.(...) Som faktisk ingen andre har gjort før. (Liv)
- ..jeg følte jeg kom der for å få noen å snakke med, men jeg følte at han, han mente at jeg kom der for å ..., at jeg ville. få noen piller eller noen ting, og jeg sa at det var ikke det jeg var interessert i. Men han, og etter hvert så sa jeg da at jeg følte dette

blei heilt galt jeg tror heller jeg bare må gå for jeg bare grein så sa han: ”Ja, ja det er jo heilt frivillig, så hvis du bare vil gå så må du bare det.” (Marit).

Det jeg fant sentralt i tekstene knyttet til problemstillingen er understreket. I det første avsnittet beskriver Liv at hun opplevde å være spesiell for hjelperen. Dette er en følelse, subjektivt opplevd. Hun beskriver en tilstand av å være i fokus. Dette er en tilstand. Begge har med relasjonen med den ansatte å gjøre. Disse begrepene er substantive koder. Flere liknende begreper ble beskrevet av kvinnene. Ved å sammenlikne og analysere disse fant jeg kategorien ”å være inkludert”.

Det neste utsagnet beskriver Marit som ønsket ”å få noen å snakke med”. Hun opplevde at hjelperen mente at hun egentlig kom for å få piller. Ut fra hennes forventninger ble dette feil utgangspunkt for samtalen. Hun ønsket å trekke seg: ”... jeg tror heller jeg bare må gå ...”. Han svarte ”...det er jo helit frivillig...”. Kvinnen ønsket å være i fokus, men hjelperen gav uttrykk for at hun ikke være av interesse for hjelperen. Hun kunne bare gå, det var ingenting ved henne eller hennes fortelling som førte til at hjelperen ønsket videre kontakt. Dette er substantive koder. Kvinnen gav uttrykk for at hun opplevde å bli ekskludert. Dette er en kategori. Begge disse kategoriene handler om å bevege seg langs en akse der man er inkludert i eller ekskludert fra en sosial relasjon mellom hjelper og kvinnen. Kvinnene beskrev mange slike situasjoner der det etter hvert trådte frem bevegelse mellom to ytterpunkter/motsatser og slik vokste kategorien: Å være inkludert – Å være ekskludert frem.

Dette er min første forskningsoppgave og metodens mål om å intervjuer inntil man oppnår metning av kategoriene, syntes vanskelig å forstå i starten av studien (35, s. 111). Etter hvert som analysen og intervjuene skred frem, opplevde jeg at de fleste kategoriene ble mettet, det kom ikke frem nye data som ikke kunne tolkes inn i foreliggende kategorier. Unntak var kategorien kvinnens tilstand. Enkelte substantive koder og sub-kategorier knyttet til kategorien kvinnens tilstand kom frem i de siste intervjuer og analyse og burde vært fulgt videre opp dersom jeg hadde intervjuet flere kvinner. Spesielt gjelder dette ”å være i en ond sirkel, på opp og nedtur” og ”å leve – å værenær døden”.

Kvinnene – hvem var de?

Jeg fikk ti tilbakemeldinger fra kvinner som ønsket å delta. En kvinne møtte ikke opp og svarte ikke på mine henvendelser senere. Totalt intervjuet jeg ni kvinner. De er presentert her med fiktive navn. De spørsmål jeg stilte i begynnelsen av intervjuet ble stilt ut fra et eget skjema. (vedlegg 5).

Der kom det frem at mange hadde opplevd å ha problemer med rus i mange år. De fleste hadde snakket med noen i hjelpeapparatet om rus tidligere. En kvinne for 14 år siden og noen kvinner for to til tre måneder siden. Åtte av kvinnene hadde hatt samtaler med ansatte i hjelpeapparatet i løpet av de siste tre årene. En av kvinnene ble første gang konfrontert med sitt rusbruk for ca. ni år siden. Hun avviste dette og mente at rus ikke var noe problem for henne da.

Noen opplevde at rus var blitt en del av problemene deres for fra 11 år siden og noen for to til tre måneder siden. De fleste hadde fått en opplevelse av at rusbruk var en del av deres problematikk for ca to til tre år siden. Kvinnene hadde tenkt på å søke hjelp i ett år til ikke å ha tenkt på det på forhånd. En av kvinnene svarte vet ikke på dette.

Kvinnene som delte sine erfaringer med meg, var:

MARIT

26 år gammel, bor i en kommune og har alkohol som det mest brukte rusmiddel. Er arbeidssøkende, gift og har barn under 18 år som bor hjemme. Henvendte seg til lege og har vært i døgntilleggsbehandling for sitt rusproblem.

NINA

39 år gammel, bor i en by, er under utdanning, enslig og har ingen barn. Bruker mest amfetamin. Henvendte seg til lege og har vært i døgntilleggsbehandling.

UNNI

Unni er 24 år gammel, har ingen barn, er arbeidssøkende, samboer. Bor i en kommune og henvendte seg til en psykiatrisk poliklinikk. Bruker hovedsaklig legale medikamenter. Går i poliklinisk behandling ved en rusinstitusjon.

LIV

Har omsorgsansvar for barn, er gift og arbeidssøkende. Bor i en kommune og bruker i hovedsak legale medikamenter. Henvendte seg til legevakt/akuttmottak og har vært til døgntilleggsbehandling.

TORILL

Hun er 56 år, hjemmeværende, gift, bor i en kommune og brukte i hovedsak alkohol. Har vært i døgntilleggsbehandling og henvendte seg på akutt legevakt.

ÅSE

Bor i en by, er 40 år, gift og trygdet. Oppgir å være blandingsmisbruker. Henvendte seg til lege og har vært til poliklinisk behandling.

ANNE

Bruker alkohol, er 51 år gammel og har barn. Er gift og bor i en kommune. Bruker alkohol. Henvendte seg til akutt legevakt og har vært til døgntilleggsbehandling.

KINE

Bruker amfetamin, er 45 år gammel, bor i by. Trygdet, enslig. Henvendte seg til en poliklinikk ved en rusinstitusjon og har vært til døgntilleggsbehandling.

RITA

Rita er 19 år, går på skole og bruker amfetamin. Enslig. Henvendte seg til krisetelefon og legevakt. Nettopp startet i poliklinisk behandling.

Kvinnene hadde tatt kontakt med alt fra frivillig organisasjon – krisetelefon – til akuttmedisinsk/-psykiatriske poster og lege for å få hjelp.

Kvinnene ble rekruttert fra legekantor og to instanser som drev poliklinisk behandling. Det kom ingen svar fra kvinner ved sosialkontor. Jeg tok underveis kontakt med ledere på sosialkontorene. De hadde ikke delt ut informasjon til kvinner da det ikke var kvinner som fylte kriteriet om at de måtte ha fortalt det for mindre enn tre år siden, der.

De fleste kvinnene var rusfrie på tidspunkt for intervjuet og hadde vært rusfri i noen tid. To ruste seg fortsatt, men var begynt i poliklinisk behandling. Ingen var synlig beruset under intervjuene.

Jeg har ikke oversikt over hvor mange invitasjoner som ble delt ut til aktuelle kvinner, men ut fra samtaler med ansatte regner jeg med at det er to, tre kvinner som fikk invitasjon og som ikke tok kontakt med meg.

Som oversikten viser, levde kvinnene i mangfoldige virkeligheter med samboere, barn, arbeid, skole og kontakt med hjelpeapparat. Denne studien konsentrerer seg om en bit av kvinnenens liv, for disse kvinnene en stor bit, men avgrenset av rammen for studien og tiden.

Resultater

Å leve i en flyktig tilstand

Kvinnens opplevelse av møtene med ansatte hang nøye sammen med hvordan kvinnene forstod sitt rusproblem. Hennes forståelse av sitt problem og den ansattes svar på denne forståelsen var sentral i opplevelsen av møtene.

Kjerne kategorien ”Å leve i en flyktig tilstand” trådte frem underveis i analysen og omfattet de to første problemstillingene. Samhandlingen i møtene bar preg av at kvinnene hadde flyktige opplevelser av seg selv og sin situasjon. Kvinnenens opplevelse av sitt problem beveget seg mellom ytterpunkter av egenskaper, tilstand og tilhørighet i en kontinuerlig prosess. Denne opplevelsen påvirket relasjonen med de ansatte. Kommunikasjonen mellom kvinnene og de ansatte ble dermed svært kompleks. Hvordan forholde seg til personer som både har og ikke har et problem og som vil ha og samtidig ikke vil ha hjelp?

Kvinnene var ikke selv bevisst denne flyktigheten.

Konklusjon jeg trekker ut av analysen er at:

Disse kvinnene opplevde å være i en flyktig tilstand. Denne flyktige tilstanden preget deres formidling av problemer. De formidlet å være normale og ”rusmisbrukere”, de formidlet friskhet og sykdom, de presenterte tilhørighet, men var ensomme og isolerte. De formidlet kontroll og tro på fremtiden, mens de opplevde kontrolltap og håpløshet.

”Å leve i en flyktig tilstand” ble kjerne kategorien.

Hvordan forstår kvinnene rusproblemene sine og hva formidler de om sine problemer?

Kvinnenes forståelse av sitt eget problem ligger til grunn for deres tanker og handlinger. De reagerer hensiktsmessig ut fra deres forståelse av situasjonen: De søker hjelp, de ønsker å endre situasjonen de er i, de ønsker et annet liv. De forstår det slik at det er svært sammensatte problemer de har og de opplever at de er i et slags "ingenmannsland": de føler seg verken normale eller unormale, verken syke eller friske, de er levende og nesten døde. Budskapet deres inneholder det som kan oppfattes som paradokser. Ønsker hjelp, ja, men ikke slik hjelp. Ikke nå, en annen gang. Ikke der, men ved den institusjonen. Vil slutte med alkohol, men må ha noe å sove på.

Kvinnene fremstår som energisk handlende mennesker, som bruker kraft og energi på å leve det livet de ønsker og å komme dit de vil. Noen ganger i deres søken kommer de til et punkt der de ønsker å få hjelp av andre. De oppsøker for eksempel hjelpeapparatet. Det kan bli et vendepunkt eller det kan forsterke destruktive mønstre.

Kvinnenes forståelse av rusproblemet vekslet kontinuerlig mellom å oppleve å ha kontroll over livet og å ikke ha kontroll. Ett forhold i deres forståelse var tydeligere for kvinnene enn noe annet: "fasaden". Den bestod av objektive størrelser som hus, mann, barn, jobb. De relaterte til disse, fasaden var viktig som et ytre tegn på kontroll. Den fortalte dem at de var "normale" og hadde et ankerfeste ett sted. I deres flyktige tilværelse ble fasaden et "asyl" der de søkte tilflukt.

Kategorien "Å leve et forpynta liv, å ha en bakgård" er beskrevet som en egenskap ved kvinnen selv. Når kvinnene forteller om dette, beskriver de i hovedsak egenskaper: å ikke fortelle noe til andre, å lyve, å være mor, ektefelle og ha arbeid.

Alle kvinnene bortsett fra en, opplevde seg ikke som rusmisbrukere. De forstod at bruken av rusmidlene gav dem problemer, men de opplevde samtidig at inntak av rusmidler gjorde at de følte seg friske. De opplevde seg på den ene siden som normale mennesker ("som alle andre"), men også som ikke normale ("forskjellig fra andre"). Begreper som alkoholiker, fyllekjerring og narkoman var i deres bevissthet beskrivelser av andre enn dem selv. Tanken slo dem, men de avskrev den ved å henvise til egenskaper hos dem selv som var i motstrid med dette, tilhørighet og friskhet. De forstod det slik "at det må være noe annet med meg, men hva da?"

Samtidig gjorde det dem urolig at de ikke fikk livet sitt til tross for dette. De kunne ikke forstå hvorfor deres problemer ikke ble løst og hvorfor de ikke kunne være som "de andre". De klarte ikke å ta inn over seg "skyggen" i eget liv – det de ikke likte ved seg selv.

De var sammen med andre i familie og jobb, men de opplevde seg samtidig ensomme og isolerte. Andre mennesker trakk seg bort og selv isolerte de seg for å skjule rusingen eller for å kunne ha tilgang til rusmiddelet eller miljø der de lett kunne få tak i det.

De opplevde at de var i en tilstand som var i bevegelse, som vekslet fra å være bra og fin til de stod foran stupet og alt var mørkt. De levde, men stod foran stupet. De var friske, men syke. De var på vei nedover, bort fra noe, mot døden.

Kvinnenes opplevelse av rusproblemet kan knyttes til tre forskjellige overordnede kategorier, med sub-kategorier som kan innplasseres som motpoler på en akse.

1. Egenskaper

Å være normal – å være fyllekjerring, narkoman

Å leve et forpynta liv – å ha en skremmende bakgård

Ha vilje eller evne – å være viljeløs, hjelpeløs

2. Tilhørighet

Å være en del av familien – å være isolert, utenfor

Å ha venner og jobb – å være alene, ensom,

3. Tilstand

Å være frisk – å være syk

Å leve – å være nær døden

Å være i en ond sirkel, på ned-/opptur

Egenskaper

Kvinnene forstod rusproblemet slik at det hadde sammenheng med egenskaper ved dem selv. Egenskaper i denne sammenheng er noe hun kan, ikke kan, vil, ikke vil, er eller ikke er. Det er knyttet til en selvoppfatning av henne selv ut fra de tre aksene; å være, kunne eller ville.

Å være normal, - å være fyllekjerring, narkoman.

Kvinnene hadde vanskeligheter med å finne en identitet de følte seg hjemme i. De opplevde at bruken av rusmidler gjorde noe med dem. Men de forstod ikke hvorfor de ikke kunne mestre de negative sidene ved rusbruken. De så de positive tingene i livet sitt og fikk det ikke til å stemme med at de, som var så ”normale” - hadde jobb og hus, ikke fikset livet sitt bedre.

- ”Jeg skjønnte det ikkje for jeg jeg skjønnte ikkje hvorfor jeg kunne lykkes både i utdanning og være noenlunde intelligent, gå på skole, andre ting, og så kunne jeg ikkje mestre det rusproblemet. Jeg trodde det måtte være noe steingalt. (...). Ennå jeg så svart på hvitt på papirene at jeg jeg hadde jo en god eksamen, og jeg hadde jo en god jobb, jeg hadde det egentlig bra på andre områder, men ikkje med rusen. (...). Det måtte være noe heilt heilt feil med meg. (...). Og jeg trodde jeg var unik i forhold til alle andre. Jeg kunne ikkje klare å sammenligne meg med noen heller. (...). For det, jeg var den eneste i livet som hadde barn, mann god jobb, og som ikkje hadde klart å slutte. Jeg hadde prøvd mange, mange ganger, men jeg klarte ikkje å slutte, og det trodde jeg ingen andre rusmisbrukere (...) hadde gjort.” (Åse).

Kvinner som ikke mestret livene sine var ”fyllekjerringer” eller ”narkomane” og de fleste oppfattet at det var de ikke. Kvinnene hadde negative forventninger til mennesker bak disse begrepene. Den forklaringen kvinnene gav seg selv var at det måtte være noe annet galt med dem, noe de var alene om.

- ”... OK - alkoholmisbruker, men øø ikke alkoholiker liksom. Det er et sånn skremmende ord. Da har du stempel i panna, da er du usosial, asosial og ... det blir jo helt sånn.” (Nina).
- ”Så ... det var så fjernt fra meg, at jeg liksom, jeg av alle skulle være alkoholiker! Jeg fikk det ikke til å stemme altså!” (Anne).

En av kvinnene oppfattet at hun var alkoholiker/rusmisbruker og at hun ikke tilhørte ”de normale”. Hun var på den andre enden av aksene. Hun opplevde seg som rusmisbruker og ville aldri kunne leve sånn som de normale levde. Hun beskrev usikkerhet knytta til det å skulle leve som ”de andre”. Så mens de andre kvinnene distanserte seg fra rollen ”rusmisbruker”, opplevde denne kvinnen seg slik og hun distanserte seg fra å være som ”de andre”.

- ”... Nei, så det at jeg hadde et rusproblem, det har de [familien] visst om i ... helt siden jeg var bitteliten altså (...). Så det har ikke akkurat vært så ... sånn og sagt liksom, de har jo kalt meg det opp igjennom hele livet, ikke sant? Jævla alkoholiker, jævla drittsekk og sånne ting. Så det visste jeg egentlig om. Det var ikke det at jeg ikke visste om det, og ikke di visste om det (...) (host)... Åååå. ... Nei, altså, det var jo, - hva skal jeg si for noe? (...). Det var jo ... At jeg ville ha det sånn (...) hvordan jeg skulle leve et normalt liv liksom? Sånn som søsknene mine gjorde. Å bo bare på en plass, eller bare ha en mann eller sånn. Det var skrekken for meg. Det var rene torturen, da tenkte jeg ”himmel og hav, det kan jeg aldri greie!” (Unni).

Å leve et forpynta liv – å ha en skremmende bakgård.

Kvinnene beskrev en virkelighet der noe var åpent og noe var skjult. De opplevde at de levde to slags liv. Ett fasade-liv og ett bakgårds-liv som var svært forskjellige. På den ene siden identifiserte de seg med fasaden – vellykketheten og skikkeligheten – men så oppfattet de også at de løy, ikke fortalte sannheter og at de brukte fasaden for å holde bakgården borte fra bevisstheten deres.

- ”Vi har hatt det ganske sånn, innforbi fire vegger visste alle at jeg var rusavhengig. Alle sammen. Det var at det måtte (vi) ikke snakke om offentlig. Det som ble snakka om da, var at jeg var gift, det blei jo ikke snakka om at jeg ikke bodde sammen med han jeg var gift med og bodde sammen med en hel drøss med andre. Liksom alt blei så forpynta rundt.” (Unni).
- ”Det var ikke meg som satt der og prata, for jeg har jo egentlig alltid bare brukt dekkhistorier og løgner! Eller sånn, hvite løgner (...). Ja, jeg har følt at jeg har ... jeg har rett og slett levd et liv på løgn altså! Jeg kan ikke forklare det på noen annen måte (...). Drakk når ungene hadde lagt seg og de merka ingen ting. Gikk pent på

jobb, og sånn, så jeg har ikke... jeg har jo slett ikke vært meg selv! Så jeg har vært en annen person og spilt en annen person, og og det har kosta meg forferdelig mye å komme til bake til meg sjøl altså.” (Anne).

- ”Ja, jeg følte meg innmari mislykka. Jeg tenkte at det er jo det med fasaden, da. Det var det som gikk. At nå, - for jeg følte at plutselig så blei det så stor sprekk i fasaden”. (Liv).

Samtidig ble deres fokus på fasade en mulighet til å unngå behandling. Når spørsmålene fra andre truet kvinnenens forståelse av problemet, ble fasaden ofte en redningsplanke.

- ”..nei, så, ja så kontakta de [behandlere ved en psykiatrisk døgnpost] NNN [ruspoliklinikk], ja. Så gikk jeg der til samtale. Og der manipulerte jeg og så mye atte! Jeg fikk de til å tro at jeg ikkje passet inn (...) i behandling, jeg, jeg var jo alt for skikkelig og ordentlig til det. (Åse).

De ville på den ene siden ha hjelp, men hjelpen måtte helst ikke berøre rusbruken. De levde i et spenningsforhold, de forstod at det var noe med rusbruken som gjorde livet deres vanskelig, samtidig kunne de ikke forstå at deres miserable liv og store problemer kunne løses på noen annen måte enn ved å bruke rusmidler. Rusmidler var det eneste middelet de visste hjalp. De opplevde at rusen gav dem noe av det de savnet; selvtillit og selvfølelse, rusen hjalp på smerter og ubehag.

- ”... og jeg visste at når jeg begynte å ruse meg så følte jeg meg som at jeg var noen, jeg var, jeg hadde selvtillit og bra selvilde...” (Marit).

Å ha vilje eller evne – å være viljeløs eller hjelpeløs.

Kvinnene forsøkte å gjøre noe med problemene sine. De arbeidet hardt med å opprettholde et godt forhold til sine omgivelser. De strevde med å fylle det de oppfattet å være sine daglige forpliktelser i de forskjellige rollene de hadde: datter, ektefelle, mor, som arbeidsgiver eller ansatt. Og de forstod ikke hvorfor ikke dette gav dem bedre liv.

Det at de til stadighet opplevde å ikke strekke til, gav dem dårlig samvittighet og forsterket opplevelsen at ”det er noe galt med meg”. De håpet på at noen andre skulle ”frelse” dem på en eller annen måte. De knyttet sin opplevde mangel på styring til egenskaper som vilje og karakter (-styrke).

- ”At faktisk så har jeg jo prøvd å ... men jeg ville vel ikke nok. Det har kanskje noe med det og (...) jeg ville at hun [terapeuten] skulle,... jeg ville ikke gjøre jobben sjøl, jeg ville vel at noen skulle komme og plukke meg ut (latter). Jeg vet ikke jeg?” (Liv).
- ”... for at jeg var veldig svak og veldig... det var ikke så mye jeg taklet så jeg håpte på noen som kunne øøø hjelpe meg ut av det. Jeg tenkte ikke nødvendigvis på avvenning eller avrusing, sånn, men ææ noen som kunne. Prate med meg sånn jeg kunne få opp selvtilliten og selvfølelsen sånn at jeg kunne klare å slutte med det ... jeg holdt på med.” (Marit).

Vilje, maktesløshet og karakter var ikke statiske eller konstante egenskaper. De kunne ikke alltid forklare hva som skjedde når de ikke ville ruse seg, men gjorde det likevel. Der beskrev de en hjelpeløshet, en situasjon de ikke kunne gjøre valg i.

- Folk tror mennesker som bruker rus er svake (...) det har jo ikke noe med å klare, ... det derre der ... Det har jo ikke noe med å klare eller la vær å gjøre, det blei bare sånn.” (Anne).
- ”... jeg skjønner jo at det er meg som velger å ta den første ... pillen eller ... det gjør jeg. Men etterpå det så har jeg ingen kontroll ... så lenge jeg ikke har noe valg, annet enn å ta de...” (Åse).

Tilhørighet

Å være en del av familien – å være isolert, utenfor.

Kvinnene beskrev mye smerte og sorg i forhold til sine omgivelser. De opplevde at de hadde mistet mye, at mennesker som stod dem nært hadde gitt dem opp. De opplevde også at de selv ikke våget å gå ut, ta kontakt med andre mennesker.

- Men og Karsten [ektefelle] syntes jo det var veldig trist. Når han kom hjem fra arbeid, og og dette her, og når eg drakk, for han sa det fleine gonger ja, kan du ikkje heller, kan me ikkje heller kose okke litt i saman på laurdagskvelden sa han og så ikkje drikke nokke meir, men, jo da, det var eg jo enig i, ja (...). Men det blei bare ikkje sånn (...). Ja, eg veit ikkje koss eg ska, eg veit ikkje koss eg skal forklara det, (...) men det var det at eg følte det var så mye som gjekk meg forbi som eg ikkje kunne være med på, som eg ikkje fekk delta i.” (Torill).
- ”For det at jeg torde ikke en gang gå ut (...). Ikke sant? Jeg satt fastlåst! Sønnen min [16 år] måtte være med meg på butikken!” (Nina).
- ”... men de siste årene har de jo, etter ulykka, etter nitten nittisju, så har de [familien] vært veldig bekymra (...). Kom ned mange ganger i døgnet (...) sjekka at alt var greit med guttungen, om jeg var i stand til å ta vare på han (...). Tatt han for at jeg skulle ruse meg, (...) så de har jo ikke sagt det er derfor, men dei har funnet på unnskyldninger – jeg vet at de har visst. At det var det jeg skulle...” (Åse).

Å ha venner og jobb – å være alene, ensom.

De beskrev andres bekymring for dem selv, deres barn eller deres arbeid. Hvordan andre på forskjellig vis forsøkte å hjelpe ved å passe barna eller koble inn barnevernet, passe på og kontrollere om de var syke, ruset eller på jobb.

- ”Og noen trakk seg vekk.” (Liv)
- ”Og så var det vel venninner, kanskje mest ungdomsvenninner som så at ... at ... at jeg hadde mista kontrollen. Men så er folk forsiktige au! (...) Fordi at ... de vil ikke blande seg for mye opp i andre menneskers liv (...). (Liv).

- ”Jeg følte at jeg hadde ingen ingen jeg kunne prate med det om... Og jeg følte meg, ja, tvers igjennom mislykka (...). Jeg var jo såpass sår,... nedkjørt og kanskje redd for, liksom for konsekvensene av det jeg hadde gjort, at en ikke skulle klare å makte opp med de, at en liksom skulle... jeg var redd for hvordan omgivelsene skulle reagere på mange måter, hvordan det skulle gå med jobb og med liksom alle sanne ting.” (Anne).
- ”Det har veldig mye med hvem du går sammen med de helgene. Sånn at vi har jo bytta heilt... vi har slutta å gå sammen med alle de som vi gikk sammen med i den tida. (...) vi går kanskje til de i ukedagene og sånn, men ikke i helgene.” (Rita)

Tilstand

Kvinnene beskrev en tilstand der de hele tiden var i bevegelse, på vei til noe, eller fra noe. Når de var edrue/nøkterne og opplevde problemer, var rusmidler løsningen. Men i lengden hjalp ikke rusmidlene. Dette beskriver flere som en sirkel, en runddans eller opp- og nedturer.

Å være syk – å være frisk.

Kvinnene beskrev en sammenheng i sine plager. Fysiske og psykiske forhold hang sammen.

- ”... for eg, det eg tenkte på, eg tenkte på å få hjelp for, for i grunnen ikkje for rusmisbruket mitt, der og då. Men for... At eg hadde så vondt. Eg hadde så mye smertar. I kroppen og det heile.” (Torill).
- ”For jeg har alltid hatt veldig dårlige nerver. Som legene kalte det. Jeg har jo vært på, på psykiatrisk og jeg har fått tabletter, øøø både nervetabletter og antidepressiver og, og jeg synes ingen ting hjalp.” (Anne).
- ”For det var sånn at jeg hadde en livskrise og at... jeg var så deprimert at jeg klarte ikkje å komme meg ut av senga, for jeg kunne ikkje ta ansvar for sønnen min, han måtte bo hjemme hos foreldrene mine.” (Åse).

Å leve – å være nær døden.

De fleste kvinnene beskrev at de hadde opplevd å stå foran noe som var skremmende og som de fryktet var verre enn å fortsette som før. Denne opplevelsen førte dem til hjelpeapparatet.

- ”... for før så hadde jeg det ikke sånn at jeg ønska å ha det annerledes. Jeg hadde ikke lyst til å, det eneste jeg hadde lyst til var å dø. Og å få lov til å dø i fred, liksom. Det var det jeg hadde lyst til.” (Unni).
- ”Da orka jeg ikkje å leve mer med, verken med piller eller uten (...). Kontakta legevakta, orka ikke leve mer (...). Jeg hadde lyst til å gi opp. Jeg hadde lyst til bare å dø. Jeg syntes ikkje jeg klarte det der og da, så da kunne jeg ikkje skjønne at jeg

noen gang skulle kunne det (...). Jeg hadde bestemt at jeg skulle prøve med avrusing og behandling, og hvis ikke det funker, så vil jeg heller dø.” (Åse).

- ”Jeg følte at livet mitt rett og slett var i ferd med å ebbe ut på en måte (...). Jeg ønska vel egentlig bare å å ... få lov å sovne inn. Det husker jeg godt altså, jeg jeg ba jo om å få lov og så bare sove og så ikke våkne mer, noe mer.” (Anne).

Å være i en ond sirkel – å være på ned/opptur.

De beskrev smerter, psykiske plager som angst og depresjoner, ”nerver” og livskriser der de benyttet rusmidler for å fjerne de onde følelsene, for å oppleve stunder der de kunne ha det bedre. Noen kvinner beskrev en tilstand i grenseland, mellom liv og død. De var på vei nedover og de kunne like gjerne dø.

- ”Da, da sank jeg skikkelig, skikkelig ned, og så var det jula, og så kom vinterdepresjonen i mars, da blei det jo ikke noe bedre. Så det var en sånn rundgang det der, altså var det bare mørkt, alt var bare mørkt.” (Nina).
- ”Så jeg var vel bare på en nedtur, så jeg var midt i mellom. Du er jo bare på en nedtur og hadde nerver som, altså sånn opplevde jeg det, ... sånn var det vel egentlig og.” (Liv).
- ”For det at ... Jeg ble liksom satt litt tilbake igjen. (...) veldig sånn giddalaus og sånn.” (Rita).
- ”Jeg levde fra dag til dag, levde for å skaffe meg neste resept, og hadde ikke noe å.. til å ta, så jeg drakk isteden, så det var liksom bare en runddans det derre der.” (Kine).

De håpet på å få et liv som var annerledes, bedre enn det de levde.

- ”Det var det einaste eg, eg i mitt stille sinn, det var at eg skulle få eit anna liv enn det eg hadde.” (Torill).

Hvordan kvinnene formidlet sine problemer i møtene og hvordan de opplevde at ansatte forstod dem

De færreste kvinnene oppsøkte hjelp med tanke på å gjøre noe med rusbruken. Problemstillingen knyttet til kvinnes bruk av rusmidler ble tema etter hvert som samhandlingen med ansatte skred frem.

I hovedsak tok det lang tid før problemene knyttet til bruk av rusmidler ble et tema. De fleste kvinner hadde oppfatninger om at rusbruken gav dem uhelse på ett eller flere områder, men hva som var den egentlige årsaken var mer enn bare rusbruken. På den ene side, ja – rusbruken er et problem, men på den annen side, så nei – de er ”normale” og klarer mange ting, så det må være noe annet, noe mer. Denne veksling i selvpoppfatning og problemforståelse var det som preget samhandlingen mellom kvinner og ansatte.

Kvinnene som oppsøkte legevakt når de var i en krise, opplevde det svært vanskelig. Den ansatte var ukjent og tiden var begrenset. Kvinnene kom med en forventning om å bli forstått, trodd på og løftet ut av sin krise. De ønsket hjelp til å forstå det de opplevde var uforståelig og som de derfor ikke kunne kommunisere klart. De ønsket å komme bort fra stupet.

Samsvarte ikke forslag til løsning med kvinnenens forståelse av sitt problem kunne det medføre at kvinnene trakk seg unna.

I møtene mellom kvinnene og de ansatte er det tre hovedstrategier som benyttes Det er:

1. Konfrontasjon
2. Dialog og samhandling over tid
3. Avgrensing eller devaluering av problem eller kvinnen som person

Konfrontasjon opplevdes negativt av kvinnene når ett problem ble avgrenset og isolert (enten der var rus eller psykiatri) eller når hun eller problemet ble lite verdsatt. Var konfrontasjonen koblet med interesse for kvinnen som person eller alle hennes problemer bidro konfrontasjonen til at kvinnen reflekterte rundt eget problem og situasjon. Konfrontasjonen ble da opplevd som positiv, kvinnene fikk en opplevelse av at den ansatte ”ville henne vel”. Dersom den ansatte viste forståelse for hele kvinnenens problematikk, var det faglige innhold vesentlig for at kvinnene reflekterte over sine problemer og sitt rusbruk. Dersom fagligheten i konfrontasjonen ikke passet til kvinnenens opplevelse av sine problemer, avviste eller degraderte de de faglige argumentene.

Noen av møtene var preget av oppfølging over tid. Den ansatte holdt kontakt, fulgte opp flere problemer samtidig og hadde fokus også på rusbruken. Bruk av rusmidler ble blant annet koblet til aktuelle problemer kvinnene hadde. Faglig informasjon og rådgiving innebar også kunnskapsformidling om konsekvenser av misbruket. Tålmodighet ble beskrevet av flere kvinner som en viktig egenskap hos de ansatte og at dette bidro til at de fikk tillit til vedkommende. Slike strategier hjalp kvinnene til å se sin egen utvikling over tid, den skapte refleksjon, innsikt og førte til aktive valg fra kvinnens side.

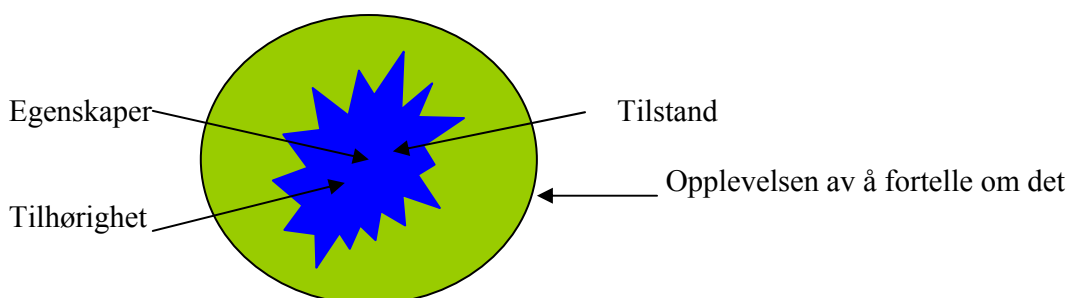
Elementet som opplevdes negativt av alle kvinner var følelsen av å bli avvist. Avvisningen var knyttet til opplevelsen av at hun som person eller hennes problem ble devaluert eller degradert. Slik devaluering eller degradering kunne kvinnene oppleve ved å tolke holdninger, ikke-verbale signaler eller rent praktiske forhold som at kontoret og den ansatte fremstod som rotete. Verbale uttrykk kunne også kvinnene oppleve som degradering eller devaluering. Det kunne være at fokus var kun på ett problem og at den ansatte ikke ”fulgte med” kvinnen i hennes beskrivelse av sin situasjon, at den ansatte fokuserte på forhold som kvinnen ikke hadde fokus på. Opplevelse av avvisning trådte også frem dersom den ansatte kun forholdt seg til aksenes negative endepunkter. Å forstå kvinnen som ”narkoman/fyllekjerring” uten også å forstå kvinnenens normalitet, å forholde seg til døds-/kriseopplevelser uten å samtidig formidle håp eller å kun ha fokus på mengde/hyppighet og hva slags rusmiddel uten samtidig å forholde seg til kvinnens egen opplevelse av psykisk og fysisk helse, gav kvinnene en opplevelse av å bli avvist.

Kvinnenes forståelse av sitt rusproblem og hvordan det påvirket samhandlingen

Som tidligere vist var kvinnenes forståelse av sitt rusproblem knyttet til tre hovedkategorier:

1. Egenskaper
2. Tilhørighet
3. Tilstand

Denne opplevelsen påvirket hvordan kvinnene opplevde møtet med de ansatte. Den påvirket også hvilke strategier de ansatte brukte i møtet med kvinnene. Egenskaper, tilhørighet og tilstand påvirker hva de sier, hvordan de opptrer og hvordan de opplever møtet.



Figur 1: Kvinnenes forståelse av problemet påvirker hvordan de formidler det.

Opplevelsen av møtene beskrives i følgende kategorier og sub-kategorier:

1. Bli inkludert – bli ekskludert
Å bli forstått – å bli misforstått
Å fortelle løgner – å si sannheten
Å være i fokus – å ikke ha eller være noe av interesse
2. Eie sitt problem – være fremmedgjort for sitt problem
Å styre prosessen selv – den ansatte styrer
Å ha faglig autoritet – å mangle faglig autoritet
3. Lik verdi – være lavere enn
Å bli sett på som et helt menneske – å bli redusert til deler
Å ta hensyn til sammenhengen i problemene – å isolere (rus)problemet
4. Håp, tro på en framtid – mistro, håpløshet
Å møtes med realisme – å møtes med ikke-realisme
Å oppmuntre, gi ros – å trykke ned, fordømme
Å ha utholdenhet, tålmodighet og oppfølging – å ha her og nå fokus

Bli inkludert – bli ekskludert

Når kvinnene opplevde å bli forstått var de i fokus. De ble lyttet til. De hadde noe interessant å fortelle som den ansatte ønsket å få vite mer om. Da opplevde kvinnene at de var inkludert, de var en del av et fellesskap skapt av relasjonen mellom den ansatte og kvinnen.

Kvinner beskrev på forskjellig måte det å være inkludert eller ekskludert. Det kunne handle om praktiske forhold, som å bli plassert i en vond stol, å ikke bli hilst på, at den ansatte holdt på med andre ting til at den ansatte ikke hadde det ryddig på kontoret. Det kunne også handle om måter å være/snakke på. At hjelperen virket streng eller at stemmen i telefonen hørtes behagelig ut. Det dreide seg også om hvorvidt kvinnene opplevde at de ble forstått, at det de presenterte som problem ble tatt imot av hjelperen på en alvorlig og respektfull måte, at det ikke oppstod for mange misforståelser i samtalen.

Å føle seg inkludert hadde med hvor mye oppmerksomhet den ansatte gav kvinnene. Det som forstyrret fokuset kunne være at den ansatte hadde oppmerksomheten andre steder eller at den ansatte ikke fulgte opp med spørsmål, virket interessert. Det kunne være helt konkrete fysiske forhold, som at den ansatte satt på en bestemt måte, ikke så på kvinnene eller at denne var opptatt med data eller skjemaer. Var det mange slike forstyrrende elementer i situasjonen, opplevde kvinnene at de trakk oppmerksomheten bort fra samhandlingen mellom dem.

Å ha oppmerksomheten rettet mot kvinnen opplevdes positivt. De fleste fortalte om hva som gav dem en opplevelse av om de var i fokus eller ikke. Tiden den ansatte gav kvinnen, hva den ansatte holdt på med, hvordan hun holdt kontakt med henne under samtalen var viktige momenter.

Å bli forstått – å bli misforstått.

Misforståelser eller forhold som ikke ble avklart bidro til at kvinnene opplevde seg som ekskludert. Tonefall, stemmeleie og uttrykk for forståelse og empati fremmet opplevelsen av å bli forstått.

- Ja! Hun var veldig behagelig telefonstemme. Veldig rolig, veldig blid, og ... medfølelse (...). Får deg til å slappe av liksom, og ... konsentrere deg om det som er problemet istedenfor å ... Hun hjelper deg å samle hua-, armer og bein for å si det sånn. (Nina).
- Så da ringte jeg til N-rusklinikken, og spurte om det var mulig å få ... Samtaler der. Ja, det var det, liksom. Og da spurte de faktisk ikke en gang om hvor mye jeg brukte, eller hva jeg brukte eller de spurte ikke om jeg hadde rusproblemer engang! (Liv).
- ”Jeg har, det er liksom ingen som har gitt uttrykk for å ha forstått hvor vondt jeg har hatt det! (...) Men ellers så må jeg si det at, der borte forstod de altså! ... fikk jeg følelsen av.” (Anne).
- ”Så ville hun ha meg inn der [døgnbehandlingsinstitusjon]. Og ... da, da var jeg veldig sånn: ”Hjem” – det trengte jeg jo i hvert fall ikke!” Det var jo det siste, det var jo for de som ikke liksom hadde noen ting.” (Nina).

Å fortelle løgner – å si sannheten.

Noen kvinner beskrev bruk av løgn og manipulasjon som noe som gav dem kontroll over situasjonen. De brukte det når de var redde for å unngå behandling, og når de var redd de

ikke ville få piller. De fleste kvinnene som fortalte om dette, var selv klar over at de ikke snakket sant. Dette gav dem igjen en redsel for å bli avslørt og de fikk dårlig samvittighet.

- ”Vanlige, de kunne jeg snakke trill rundt med, og så var jeg ferdig med det.” (Unni).
- ”Jeg følte at jeg mange ganger ... at de, plutselig en dag kanskje ville oppdage at jeg løy!” (Anne).
- ”Jeg vet det nok, at han har rett. Inni meg når jeg, ... når jeg sier det. Jeg vet at jeg ljuger.” (Åse).
- ”Vi er veldig flinke til å lure og manipulere altså! (...). Jeg tror nesten du du må ha den bakgrunnen sjøl, for å vite hvordan du skal ta de, ellers så surrer vi de (latter) rundt lillefingeren!” (Kine).

Å være i fokus – å ikke være eller ha noe av interesse for hjelperen.

Kvinnene beskrev mange forskjellige måter de opplevde å være i fokus på. Fra det å ha øyekontakt, sitte slik at høydeforskjellen ikke ble for stor, til det å faktisk være av forskjellig høyde.

De gav uttrykk for å fornemme dersom den ansatte ikke hadde henne eller hennes problem i fokus.

- ”Hjelp! (...). Et høyt kvinnemenneske... og så lille meg. Og hun, hun virka veldig militant.” (Nina).
- ”Dette var min tid. Ok- vi har fra klokka det til det, greitt nok! Men der er fokuset! Der! [lager tegn med to fingre og fører dem mellom øynene våre].” (Nina).
- ”... Nei, han satt bare å skribla på ei blokk, så han sa ikke noe om det eller det så ikke ut som om det [å gråte] hadde noen virkning på han.” (Marit).
- ”Nei, hun satt, hun sitter heile tida sånn (aktiv på stolen, beveger seg med kroppen for å illustrere), ja, nikker og sier, ja, ja, mmm, i stedet for ikke se noenting (ser opp i taket og rundt meg), bare se rundt omkring.” (Rita).
- Men hun altså æææ hun gav meg en følelse av at jeg var litt spesiell for henne. Og ja altså sannsynligvis så var jeg jo ikke det, men men ... på en eller annen måte så klarte hun å nå inn til meg, da. (...). Som faktisk ingen andre har gjort før.” (Liv).
- ”Hun spurte ikke i det hele tatt! Hvordan har du det? Eller ø ø ... altså hun må jo ha sett at jeg var redd når jeg kom opp der. Da hadde jeg jo kjørt i tunnel. Æ litt sånn vill i blikket, og svett i nevene og helt... Sant? (...). Men, ... ho gadd aldri å spør.” (Nina).

- ”Så jeg skulle nok kanskje ønske... Jeg har jo tenkt på det at jeg skulle ønske at de hadde sagt: Ja kan du ikke komme ned til en prat. At de hadde hatt tid til det, og så kunne jeg heller fått den der rekvisisjonen etter den praten.” (Liv).

Eie sitt problem – være fremmedgjort for sitt problem

Kvinnene fortalte på forskjellig måte om det å eie sitt problem og det at noen overtok, styrte kvinnene eller tiltakene for kvinnene. Dette var en balansegang, noen kvinner gav uttrykk for at de ønsket å bli løftet ut av sin situasjon, at noen skulle svinge tryllestaven over dem og si: ”Vær så god, nå er problemene dine løst!”, mens andre opplevde at det å delta i eget tempo og ha kontroll over momenter som tid, sted og hvilke tiltak som skulle settes i verk var godt for dem.

Å styre prosessen selv – den ansatte styrer.

Kvinnene opplevde det som positivt å ha styring. Det å styre kunne innebære å bestemme når eller hvordan ting skulle skje eller bli informert om hva som den ansatte tenkte og planla. Det innbar å ta ansvar for egne valg.

- ”Jeg valgte selv (...) dette vil jeg.” (Anne).
- ”Jaa! Det var ingen som presset på meg, ingen sa valget var ene og alene mitt”. (Torill).
- ”... uansett så var det jo ganske greitt at ... jeg tenkte på at hun hadde jo taushetsplikt.. så at hvis ikke jeg ville at hun skulle si noe til noen så kunne hun ikke gjøre det heller, så da ... Jeg vil bestemme over hvem jeg skal si det til og når. (...) Hun [hjelperen] sa jeg kunne si det når jeg var klar for det.” (Rita).
- ”Men, ... Men det var som jeg sa, vet du, han har vel ikke villa liksom sånn stopp for alt, skrive ut resepter og alt, for da hadde jeg bare gått andre plasser, og da hadde han mista kontakten med meg, kan du si, så da.” (Kine).
- ”Hun satt og krysset av nedover skjemaet,.. hvorfor krysser du av der? ... hun hadde ikke en gang spurt meg!” (Nina).
- ”..ville han [hjelperen] sørge for at jeg ble innlagt en plass. (...) Jeg kunne ikke komme noen vei med han. (...). Og han, han fastlåste meg helt, så jeg var nødt til å følge det han sa.” (Unni).
- ”... Så var det akkurat som at han brøt inn i de [tankene hennes] og så tok han fra meg alt, og så stod jeg bare der. (Liv).
- ”Men egentlig så hadde han [hjelperen] ikke noe valg altså (...). Han nekta meg piller. Da fikk jeg tillit til han.” (Åse).

Å ha faglig autoritet – å mangle faglig autoritet.

Et annet moment som bidro til eierskap var faglig autoritet. Dersom den ansatte svarte eller informerte på en hensiktsmessig måte bidro det til økt innsikt i eget problem. Slik informasjon kunne også være ubehagelig for kvinnene.

Det var i første rekke kunnskaper om at kvinnene hadde mange problemer de slet med og som de selv ikke hadde oversikt over, de syntes var godt å bli møtt med. Dersom hjelperen avgrenset problemene eller minimaliserte dem, opplevde kvinnene at de fikk dårlig hjelp.

- Jeg vet ikke. Jeg vet ikke om han i, om det var at han ikke brydde seg eller om det at han ikke har ... At han ikke kan eller har lært så mye rundt det, det vet jeg ikke. (...). ÆÆ jeg tror bare at han han sa det flere ganger at jeg tror du skal gå hjem og legge deg og få litt søvn, og at det er det du trenger. Æ ... det var det eneste han kunne gjøre for meg. Det var å si at jeg måtte gå hjem og legge meg..." (Marit).
- "Som han sa, vi må betegne deg som en alkoholiker. Det glemmer jeg ikke! Det er liksom det som har brent seg fast i meg. At han, oi!, liksom, og så spurte han meg hvor lenge jeg hadde drukket. Fire år sa jeg. Du har drukket lenger, sa han. For det levra mi var gått i sånn fettlever (...) så jeg klarte ikke å lure han der, da, så ..." (Anne).
- "Jo. Og så spurte hun om bakgrunnen for depresjonen, hva det kunne være – og det samme med angsten. (host). Så det, vi fikk kartlagt liksom hele, hele problematikken." (Nina).
- "Nei, han, han, i fra å liksom liste ut alt han hadde skrevet ut av resepter kan du si, de siste par årene, og. (...). Ja ... og inn til å snakke liksom om livssituasjonen og om alt mulig, økonomi og, ja, alt liksom som kunne ... øøø få deg inn på det..." (Kine).

Ha lik verdi – være lavere enn

For kvinnene var det viktig å bli møtt som likeverdige. Utsagn, holdning eller andre signaler som kvinnene oppfattet skapte ulikeverd, truet samhandlingen. Likeverdigheten gjenspeilte seg i i hvor stor grad kvinnene opplevde at den ansatte så på dem som hele mennesker og at deres problem ikke kunne deles inn i selvstendige og uavhengige problemer.

Det kan tyde på at når en ansatt splittet kvinnene opp i det de opplevde som deler, førte dette til en distanse mellom ansatte og kvinnene og det utviklet dårlige relasjoner. Dette synes å hemme muligheter til endring.

Det at ansatte var ærlige betydde mye. Dersom kvinnene opplevde at den ansatte oppfattet at kvinnene var et helt menneske når de møtte dem, var det rom for stor grad av ærlighet uten at det medførte tilbaketrekking fra kvinnenens side.

Å bli sett på som et helt menneske – å bli redusert til deler.

Måten enkelte ansatte kommuniserte med kvinnene på, verbalt eller non verbalt, gav signaler om verdi, å bety noe, være noe spesielt og enestående, ikke lik de andre. Det å bli møtt som en selvstendig person med gode og dårlige sider, skavanker og ressurser var viktig for kvinnene.

- ”Men hun var interessert i meg som som menneske, som person. Ikke bare øøøø noe rabbel på et papir, og så stempel i, og så ferdig, ikke sant?” (Nina).
- ”Altså, jeg synes de var veldig ... i de var, de var jo vennlige, men de var ærlige og rett fram også, og det synes jeg egentlig er en veldig bra. De var, holdt på å si de var direkte i blikket, de så deg inn i øyene, og de var liksom sånn de behandla deg som en likesinnet, med respekt.” (Kine).
- ”... det var egentlig bare heile tonen, og måten de ordla seg på, og toneleie og alt liksom. Ja, det var veldig, ja jeg følte meg litt sånn, litt betydningsfull, på en måte, rett og slett.” (Anne).
- ”Jeg kan huske han han spurte meg om hva jeg hadde... hva jeg hadde tatt og hva jeg brukte og sånne ting. Og så ... jeg fortalte det, og han sa på en måte ”ja, ja, synes du det er noe lurt å drive på med det?” Og det er klart at jeg syes ikke det er noe lurt. Da hadde jeg ikke vært der, så det var sånne kommentarer som gjorde at jeg, jeg følte han, han så ned på meg (...). Men han så meg som en en narkoman, og ikke noe mer enn det (...). Han spurte ikke noe at jeg skulle utdype hva jeg følte eller hva jeg mente og det var mest om jeg ikke skjønnte hvor dumt det var (...). Det var veldig vondt.” (Marit).

Å ta hensyn til sammenhengen i problemene – å isolere (rus)problemet.

Denne kategorien omhandler både kvinnes opplevelser av sin situasjon og de problemer de har. Dersom de ansatte kvinnene møtte fokuserte for mye på kun ett av problemene, eller minimaliserte noen av dem, opplevde kvinnene at deres tilstand fikk redusert verdi. De reagerte med å føle seg avvist og ikke forstått. For kvinnene var alle problemene viktige og det å få forståelse for at de var viktige, betydde mye for dem.

Likeverdighet betydde også for kvinnene å bli forstått ut fra den helhet de fortalte om.

Helheten og sammenhengen i kvinnes opplevelse av problemet var viktig for dem.

Opplevde de at den ansatte ikke klarte å forholde seg til alt dette, ble opplevelsen av å være redusert til noe mindre enn det de var, forsterket.

- ”... når du kommer inn på avrusing så er du forferdelig sårbar, og der er ikke stedet til å begynne å pirke noe dypere altså. Det, det mener jeg det det er det ikke. (...) der må du først og fremst ha, du må ha den omsorgen, du må ha den muligheten til å prate, og du må ha den, du må samle krefter rett og slett!” (Kine).
- ”... fordi att, for det om du drikker så er ikke det bare en problemstilling, ikke sant? Det det er så mange ting som går inn i det. Og da trenger du hjelp til å rydde opp altså! ... Du kan ikke bare ta den lille saken der og så hive den ut vinduet for da

følger ganske mye annet med, som du må hanke inn igjen. Og da sitter du der! Du må ha profesjonell hjelp for å få rydda opp.” (Nina).

- ”For jeg har alltid hatt veldig dårlige nerver. Som legene kalte det. Jeg har jo vært på på psykiatrisk og og jeg har fått tabletter, øø både nervetabletter og antidepressiver og og jeg syntes jo ingen tingen hjalp. (...) det som opptok meg så veldig mye i mitt liv ... i mitt voksne liv, det har vært barndommen ... og ... overgrep i barndommen. Jeg har, det er liksom ingen som har gitt uttrykk for å ha forstått hvor vondt jeg hadde hatt det” (Anne).
- ”Og derfor så ville jeg at han skulle skjønne at jeg hadde... jeg ville ha hjelp både for rusproblemene mine og de psykiske problemene mine (...) som jeg mente hang veldig i sammen. (...). Han det er liksom jeg føler det er en grunn til at jeg var der jeg var den dagen, eller akkurat i den perioden. Men det han lurte ikke på hvorfor jeg var der, eller hva som gjorde det. Eller noen ting. Han spurte ikke hvordan nettverk jeg hadde rundt meg, familie, venner eller om jeg hadde noen å prate med når jeg kom hjem. Ingenting sånn. Om jeg hadde søkt hjelp for det før spurte han ikke om. Ingenting. (Marit).

Håp og tro på en framtid – mistro og håpløshet

Kvinnens opplevelse at det ikke var noe vei ut av de vanskelige situasjoner de opplevde var sterk. De fortalte om møter der de hadde fått troen på et annet liv tilbake, de kunne håpe på en annen fremtid, et annet liv. Dette gav dem styrke til å fortsette kontakten og holde ut med det flyktige og uforklarlige i sine tilværelser. De fikk hjelp til å være i sin tilværelse der de ikke forstod alt, der ustabiliteten preget hverdagen.

Mange kvinner søkte hjelp når de stod overfor en avgrunn, et mørke. De opplevde å stå foran et stup, for mange av kvinnene var det en opplevelse av at situasjonen de var i dreide seg om å leve eller dø. I en slik situasjon hadde kvinnene behov for håp.

Å møtes med realisme – å møtes med ikke-realisme.

Realisme satte kvinnene pris på. De tålte mange ”sannheter” dersom de opplevde at disse var realistiske og at de ble fortalt dem i en god hensikt. Dersom kvinnene ikke forstod hvorfor de stilte spørsmålene, kunne det føre til at kvinnen gjorde seg opp sine egne tanker om saken.

- ”Altså. Men jeg kan huske at når hun spurte hvor mye jeg brukte og sånn, så tenkte jeg at: nei, jeg har sikkert ikke nok rusproblem til at jeg får hjelp (...). (Liv).
- ”Øø og at jeg var gravid i så høy måned liksom. Som åttende måned ... så da lurte han på å mye jeg drakk og hvor mye jeg ruste meg utenom å sanne ting. Og da feide jeg det egentlig bare vekk, men så sa han det at at ”noe er galt, her, det er det ikke ... det det vet jeg jo, så du må fortelle meg.”(...). Og da sa han at jeg måtte på et hjem. Snarest, for det ... sånn som jeg levde, det gikk ikke (...). At vi ble enig om at jeg skulle kontakte han legen i XXX. Under han sitt tilsyn altså. Han fulgte med

at det blei ... han bestilte timen, og så skulle jeg oppfølge den, og så skulle han følge med at jeg var der.”(Unni).

- ”Mja, det var vel litt sånn over brillekanten (demonstrere): ”mmm. Du har litt høye blod., nei – øø ø leververdier!” ”Ja”, sa jeg, ”det har jeg fra før.” Bare blåste jeg av det. Det gjorde jo ikke så avskrekkende hele greie da, men. ”De var litt for høye” (tilgjort stemme). Snufs. Så, så blei vi enige da om at jeg skulle prøve og så drikke litt mindre! Det tenkte jeg da, at ja, men det må jo ikke være noe problem. Men det var det! ” (Nina).
- ”Og så sa jeg at jeg hadde brukt brukt forskjellig alt mulig av rusmidler og ...men at utenpå så sa jeg ut som vellykket, hadde leilighet og jobb og og alt sånn, og at jeg følte meg ja, jeg er jo ikke jeg sa det at jeg, ja, jeg eller jeg er jo ikke narkoman akkurat og så sa hun til meg at hvis du tenker etter, så synes du ikke egentlig at det er det du er? Og da tenkte jeg at det er jo egentlig akkurat det jeg er.(Marit).
- ”Du fikk liksom, jeg vil ikke si ufarliggjort det, men du fikk liksom det ned på et nivå der en kunne begynne å ta stiling til det på en måte. Det var ikke et tabu lenger (...). Ja og så sier: Å nå synes jeg du ser så mye bedre ut!” sa hun” (Kine).

Å oppmuntre, gi ros – å trykke ned, fordømme.

De satte stor pris på å få oppmuntring, ros. Kvinnene fikk mot til å gå videre, til å ta fatt på sin situasjon. Ble de derimot møtt med anklager og opplevde de igjen at de ikke ble forstått eller at de var håpløse ble situasjonen mer håpløs.

- ”Det var liksom sånn, ”du er jo sånn ei skjønn dame!” og ” du er kjekk!” og ”du har kjekke barn!” og de de prata som, holdt jeg på å si nesten ei mor til meg, sånn, som jeg har savna i alle år.” (Anne).
- ”Og så var det litt viktig at, for det i forhold til mamma og de. At han var litt sånn: det er ikke så ille, Liv... Du tar jo tak i det nå.” (Liv).
- ”Ja og så sier: ”Å nå synes jeg du ser så mye bedre ut!” sa hun [om uttalelser fra ansatte].” (Rita).
- ”Følte meg som en i køen, på samlebandet” (Nina).
- ”Hun så ressurser i meg at jeg var verdifull (...). ”Du er spesiell.”. (Liv).

Å ha utholdenhet, tålmodighet og følge opp – å ha her og nå fokus.

Kvinnene fortalte om ansatte som ikke gav opp, men som var faste holdepunkter i deres tilværelse. Det betydde mye for kvinnene at de ble møtt med tålmodighet, at ting kunne modnes i deres tempo og at de ansatte fulgte med. Siden rus var et tema som kom frem over tid, var det viktig for kvinnene at den ansatte tålmodig fulgte med og gav kvinnene oppmerksomhet over tid.

- ”Ja da, hun støtta meg fullt ut, det gjorde hun! Hun sa at det hadde problemer og sånn før eg fekk komme inn og det, så måtte eg bare ringe henne uansett ka tid på døgnet det var!” (Torill).
- ”Ja.. hun var jo alltid sånn at hun støtter og hjelper deg sånn ... og jeg gikk jo til hun flere ganger etter det og da spurte hun liksom, ja hva vi hadde gjort i helga og sånn og ...” (Rita).
- ”Det er, de [på legekantoret] har vært veldig til å forsikre meg om at ja, du er rusavhengig, og du trenger hjelp, men det, du er egentlig ålright den du er. (...). Han [legen] følger med på det meste, (latter) han er utrolig (...). Så har han, så stod han på for at jeg skulle komme meg inn i behandling, han har ringt meg hjemme privat for å ... spør hvordan det går med abstinenser og. Han viser meg en veldig omsorg ...” (Åse).
- ”Så jeg, jeg skjønner jo og at han hadde jo ikkje holdt ut med meg i så mange år hvis ikkje han hadde brydd seg om meg. For det hadde vært lettere for han å avvise meg.” (Åse).

Drøfting

Oppgavens karakter forandret seg etter hvert. Problemstillingen omfatter to forskjellige elementer: kvinners opplevelse av eget rusproblem og hvordan de opplever samhandling mellom ansatte og seg selv når de forteller om sitt rusproblem og hvorvidt kvinnene opplever at de blir forstått når de forteller om sitt rusproblem. I ettertid ser jeg at problemstillingen kunne ha vært avgrenset til enten deres opplevelse av eget problem eller hvordan de opplever samhandling mellom ansatte og seg selv når de forteller om sitt problem. Men denne studien viser hvor tett disse faktorene henger sammen. Det ene påvirker det andre. Kvinnenes opplevelse av problemet er ubevisst for kvinnene selv. Det kompliserer utviklingen av relasjonene og hva kvinnene forteller.

Er metoden rett? Det hadde muligens gitt mer innhold i kvinnenes opplevelser av problemet ved en fenomenologisk tilnærming der jeg hadde konsentrert meg om å analysere kvinnenes oppfatning av rusproblemet sitt. Fenomenologi ”*affirms the life-word experience and proceeds by critically examining it, in order to describe its essence, structure, character.*” (44, s. 43). Det hadde også vært interessant å benytte fokusgrupper som datainnsamlingsmetode. Andre nyanser og begreper hadde kanskje kommet frem i en slik setting.

I tillegg er det første gang forfatteren benytter metoden. Det kan gjøre at nyanser og betydningsfulle faktorer i prosessen blir oversett.

Utvalget er lite og alle kvinnene har erfaring med spesialisthelsetjenesten. Sosialkontorene hadde ingen kvinner med kortere problemperiode enn tre år. Kvinnen som ble rekruttert fra legekantor hadde også vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten. Dette drøftes også i neste kapittel. Når det gjelder metodiske forhold, kan det bety at dersom

kvinner som ikke hadde erfaring med spesialisthelsetjenesten hadde deltatt, kunne det løftet fram andre forhold.

Resultatene må tolkes med forsiktighet. Ni kvinner har fortalt sine historier og i utgangspunktet er dette disse kvinnenes historie. Målet med denne studien var ikke å finne generaliserbare data, men data som kan stimulere til videre forskning omkring relasjoner mellom hjelpsøkende og profesjonelle når rusbruk er et problem. Slik kunnskap vil kunne bidra til at man i større grad lykkes med å endre rusbruk slik at de negative konsekvensene for kvinnene, deres barn og andre pårørende ikke skaper uhelse.

Er opplevelse av god relasjon en forutsetning for å hjelpe kvinner med rusproblemer? Kvinnene fortalte om en opplevelse av å være i en flyktig tilstand. Denne kan virke temmelig forvirrende, spesielt for ansatte uten praktisk erfaring i å arbeide med personer som har et rusproblem. Det kan bidra til de ansatte ikke opplever relasjonen som god, lar seg avlede og at rus ikke blir et tema. Forvirringen kan og føre til at ansatte opplever en hjelpeløshet, eller at de opplever at de ikke makter å etablere god, terapeutisk relasjon fordi kvinnene forteller så mange motstridende ting. Dette kan bidra til at ansatte opplever utilstrekkelighet og av den grunn ikke våger seg inn i relasjoner som gjør at kvinnen og den ansatte ”ikke glir forbi hverandre” (31, s. 46).

Åtte av kvinnene hadde vært i kontakt med hjelpeapparatet for mange år siden til tross for at inklusjonskriteriet var at de ikke skulle ha hatt kontakt med hjelpeapparatet i mer enn tre år. Dette kan si noe om hvor lang tid det tar å få opp rus som eget tema i en pasient/ansatt-relasjon, men det kan også være at kvinnene tidligere har møtt ansatte som ikke har benyttet de rette strategiene for å komme i dialog om dette vanskelige tema. Det er påfallende at det ikke ble rekruttert kvinner fra sosialkontor. Leder ved ett av dem mente at de kun hadde kontakt med kvinner der rusmisbruk hadde vært tilstede over mye lengre tid, at kvinnene som møtte der var mer langtkommne rusmisbrukere.

Heller ikke fra legekantor tok kvinner som ikke hadde vært i behandling kontakt. Det kan være at ingen av disse fikk utdelt informasjon og det kan være at noen fikk, uten å ville delta. Dette stiller også noen spørsmål denne studien ikke gir svar på: Er temaet så tabubelagt at kvinnene velger å ikke ta kontakt? Betyr det at de som ikke er kommet til erkjennelse ekskluderer seg fra målgruppen? Eller er det slik at legene ikke har fokus på rusmidler hos de som ikke er kommet langt i sitt misbruk?

De ansattes stemmer er ikke med i denne fremstillingen. Å bringe disse inn, ville ha gitt større kunnskap om relasjonen mellom kvinne og ansatt. Å forstå relasjonen mellom et Jeg og et Du innebærer at begges stemmer høres. Det ville utdypet forståelsen av det som skjer i samspillet mellom kvinnene og ansatt.

Funnet av kjerne kategorien: Å leve i en flyktig tilstand bidrar til å øke forståelsen av kvinners egen opplevelse av sin situasjon. Kvinnene lever over tid i en ustabil og for dem uforståelig tilstand. Deres opplevelse av sine problemer påvirker deres kommunikasjon og deres presentasjon av sine problemer. Å forstå dette vil ha betydning for hvordan ansatte kan bygge opp en god terapeutisk relasjon til kvinner med rusproblemer.

Man kan billedliggjøre resultatene ved å si at kvinnene presenterer et surrealistisk kunstverk, der liv, død, håp, tilhørighet, håpløshet, sykdom og friskhet er vevd inn i hverandre. Det utfordrer de ansatte til å ta inn over seg helheten. De må balansere mellom distanse og nærhet, se nyanser og fargespill, gå tett inntil og trekke seg tilbake uten å gå bort. Samtidig må de snakke med kvinnene om deres bruk av rusmidler. Temaet må fokuseres og være en rød tråd over mange møter uten at helhet og personlig forståelse mistes av syne.

De ansatte må våge å ”driste seg frem på for å bli imøtekommet” (31, s. 39). Det innebærer å åpent snakke om bruk av rusmidler også der dette ikke synes å være en del av sykdomsbildet. Det innebærer å våge å utsette seg for kritikk, kanskje bli avvist eller møte sinne fra kvinnene. Enkelte ansatte i denne studien gjorde nettopp det, de stilte krav, de argumenterte mot og de fulgte opp gjennom kontroller. De tok styring uten at kvinnene opplevde seg degradert eller avvist, tvert imot opplevde de at den ansatte ville dem vel.

Å bli møtt med likeverdighet og forståelse for kompleksiteten er en forutsetning for at kvinnene skal kunne integrere rusproblemet og dermed forholde seg bevisst til dette. Det betyr at holdninger som enkelte kvinner beskrev at ansatte hadde må endres. Ansatte må forstå at kvinner med rusproblemer også er vanlige kvinner. Holdninger er vanskelige å endre, men ikke minst derfor er det viktig å arbeide med dette. Her kan brukererfaring fra pårørende og rehabiliterte kvinner bidra med mye kunnskap. Slik kunnskap bør ansatte aktivt tilegne seg, slik at man kan få et videre perspektiv på hvem kvinner med rusproblemer er. De er ingen homogen gruppe, men forskjellige personer med forskjellige liv som oftest er ganske like våre egne liv på mange områder.

Forskjellige strategier kan være nyttige: konfrontasjon eller dialog over tid. Dersom disse strategiene er koblet med en ivaretagelse og forståelse av kvinnene og deres sammensatte problemer, hjelper det kvinnene å komme frem til erkjennelse. Tidsaspektet må vurderes ut fra den situasjon kvinnene er i og de konsekvenser rusbruken får for kvinnene selv og deres nære pårørende, spesielt barn. Å trekke inn andre i samtalen kan være en god måte å få mer informasjon og større oversikt over helheten. Kvinnenes flyktighet og komplekse forståelse av problemet, kan avklares dersom man trekker inn nære pårørende i samtaler.

Kvinnene i denne studien forteller om aksept og avvisning. Opplevelse av likeverdighet og å bli inkludert og å bli misforstått, avvist og degradert. Samtidig forteller de at det å ha et rusproblem og det å fortelle om det, er en kompleks og sammensatt prosess. De både vil og ikke vil ha hjelp, de er både syke og friske, som de andre og samtidig noe helt for seg selv. Dette er utfordrende faglig og mellommenneskelig for ansatte. Edvin Schei viser i sin artikkel: ”Menneskesyn som klinisk kompetanse” (45) at både profesjonskunnskap og humanistisk kunnskap er nødvendig i den medisinske praksis. Han etterlyser mer forskning som kan vise at humanistisk kunnskap har konsekvenser for pasientene. Jeg støtter dette og mener funnene i denne studien underbygger dette.

Å møte kvinner med rusproblemer er både et helsefaglig, sosialfaglig og mellommenneskelig spørsmål. Løgstrup hevder at man, uansett møte, har et etisk ansvar for hverandre når to mennesker møtes. ”Det hører med til vårt menneskeliv at vi møtes med en naturlig tillit til hverandre” hevder Løgstrup (31, s. 29). Denne tilliten forsterkes

når man trer inn i et forhold der man søker hjelp. Den hjelpsøkende er åpen for angrep og avvisning, men våger å legge sin sårbarhet frem for en annen. Å ikke tillate den andre å slippe til ”i ord, handlinger og oppførsel, men å gå inn for å hindre dette med sin mistenksomhet, med sin antipatis bilde av ham eller henne, er livsfornektende” (31, s. 35). Den etiske fordring innebærer en forpliktelse til å slippe den andre til med det denne oppfatter, tenker, føler og tror.

Kriseteori og psykologiske teorier om bruk av forsvarsmekanismer når man utsettes for krenkelser kan forklare kvinnes tilstand (47). De opplever deres uønskede handlinger og tanker som en krenkelse i forhold til sitt selv bilde, sin oppfatning av hva de er eller ønsker å være. For å opprettholde et selv bilde de kan leve med, stenges trusselbilder ute ved å fortrenge og benekte de uheldige tanker, følelser og handlinger. De normale handlinger, tanker og følelser forstørres og fokuseres; de negative fortrenses. Derfor blir opprettholdelse av deres ytre fasade vesentlig. Fasaden gir liv til selvet. Kvinnene lever i en uforutsigbar tilstand og må hele tiden holde oppe et aktivt forsvar – ikke mot ytre ”fiender”, men mot sin egen selvoppfatning, sin egen opplevelse av seg selv. De lever med en stabil inkonsistent selvoppfatning og kriseopplevelsen (trussel mot eller krenkelse av selvbildet) blir tilnærmet konstant.

Anette Søgaard Nielsen viser i sin artikkel: Behandlernes opplevelse af behandling af alkoholmisbrugere – en kvalitativ analyse” i Nordisk Alkohol og Narkotikatidsskrift at behandleren styrer, kontrollerer, støtter eller fornemmer. Hun finner to risikomomenter: ”1) at behandleren undervejs i prosessen blev for styrende, og 2) at behandleren kom for lang forran patienten, dvs. mistede styringen” (48, s. 326). Behandlerens bilde av pasienten, hvordan behandlerforløpet var og pasientens kjernefortelling var med i behandlerens vurdering av behandlingsmål for pasienten. Behandlere har også sine forventninger, holdninger og faglige forståelsesrammer. Meier et al (49) viser at også forhold knyttet til pasientenes motivasjon og psykososiale ressurser spiller en rolle i dannelsen av en terapeutisk allianse. Ansattes stemmer er ikke en del av denne oppgaven. Likevel kan man finne antydninger til både Meiers og Søgaard Nielsens resultater i denne studien. Risikomomentene er beskrevet og kvinnes motivasjon og psykososiale ressurser forstyrres når rusbruk er en del av kvinnes problematikk. Det er viktig at ansatte får kunnskap om hvordan rusbruk kan forstyrre behandlingsrelasjoner.

De ansatte har faglige kunnskaper som gjør dem til eksperter og forventninger hos kvinnene er at de skal hjelpe dem når de selv kommer til kort. Rollene er dermed satt: ”eksperten har kunnskaper jeg ikke har og kan hjelpe meg til å forstå mine problemer og gjøre noe med dem”. Man kan så stille spørsmål om ansatte har nok kunnskaper om rusmidlers konsekvenser for kvinner, psykisk, sosialt, fysisk og åndelig/eksistensielt. I Norge er det utarbeidet handlingsplaner på departementalt nivå fordi man anser kunnskapen om rusproblematikk og avhengighet er for liten hos ansatte i helse- og sosialsektoren. Fagfeltet er forholdsvis ungt og det er lite undervisning om temaet i grunnutdanningene både psykologi, sykepleie, sosialfag og medisin i Norge. I tillegg er det forsket lite for å få frem kvinners (og menns) egne opplevelser og oppfatninger av sine problemer. Dette medfører at de ansatte ofte stiller svakere i møte med kvinner med rusproblemer enn kvinnene har forventninger om. Det blir en ubalanse i relasjonen: kvinnene forventer at de ansatte har kunnskap og oppsøker dem for å få hjelp. De opplever

at den ansatte ikke forstår hva hennes problem egentlig er og det oppstår en tillitsbrist. Det kan medføre at den ansatte i stedet for å ”driste seg frampå for å bli imøtekommet”, trekker seg tilbake og holder igjen.

Å samtale om avhengighet og rusproblematikk er utfordrende. Det kan synes som om slike samtaler har en innebygd forsterkende effekt: det kan gi både kvinnen og den ansatte en kortvarig gevinst ved at man ikke adresserer rusproblemet. ”Det som går for å være godhet mennesker imellom, er som oftest en ettergivenhet som tjener til å etablere et uoppriktig forhold” (31 s. 43). For kvinnene i denne studien var det forståelse for kompleksiteten, aktiv konfrontasjon og uenighet som førte til innsikt. Det er en balansegang i kommunikasjonen sier Løgstrup. Det er to ”utartelser av kommunikasjon mellom mennesker”. Den ene handler om å ”gli til side for hverandre”, den andre handler om ”ville omskape den andre” (31, s. 46-47). Kvinnens fortellinger i denne studien er fortellinger om begge disse, men også om relasjoner der man har funnet en balanse mellom disse ytterpunktene, kommunikasjonen er ikke blitt brutt samtidig som man har fått rusproblemene belyst på en måte som har medført at kvinnene har kunnet ta tak dem.

Konklusjon

Studien viser at kvinnene opplever sammensatte problemer og at rusbruk ikke oppfattes som et eget, avgrenset problemområde. Kvinnene opplever at de er i en flyktig tilstand og denne tilstanden preger hva de forteller. Flyktigheten bidrar til å gjøre kommunikasjonen med ansatte uforutsigbar og springende. Det kan ta tid før rusbruken fremtrer som et eget problemområde. Hvordan de ansatte forholder seg til denne flyktigheten bidrar til å fremme eller hemme kvinnes innsikt i sine egne problemer.

Et vesentlig moment i folkehelseperspektiv er om rusproblemet tas opp på et tidlig nok stadium. Hva er tidlig nok? I utviklingen av rusproblematikk og avhengighet aktiveres psykiske forsvarsmekanismer som benekting og fortrenging. Dette kompliserer tidlig intervensjon, fordi den som har et problem sjeldent ser rusmiddelet som problem”kilden”, men tvert imot ofte opplever at rusmiddelet løser enkelte problemer: angst, utilstrekkelighet, anspenhet, søvnløshet og lignende. Skal ansatte bidra til at ikke avhengighet og rusproblemer utvikler seg på en helseskadelig måte for personen selv og dens nærmeste, er kunnskaper om rusmidlers virkning på psykiske, fysiske, sosiale og åndelige (verdimessige) symptomer, psykiske forsvarsmekanismer og konsekvenser av de forskjellige rusmidlers virkning og bivirkninger vesentlig å vite noe om.

Kvinnene presenterer ofte et uklart problembilde. Å trekke inn andre som kan bidra til klargjøre situasjonen og hjelpe kvinnene til å se problemene utenfra kan gi både den ansatte og kvinnen god og nødvendig forståelse av rusbrukens konsekvenser. Spesielt er det viktig å i samtalen løfte frem konsekvenser for barna eller andre nærstående pårørende. Dersom dette gjøres tidlig kan bidra til at kvinnene endrer rusbruken tidligere.

Det helt avgjørende for at kvinner skal kunne integrere de polariserte opplevelser av egenskaper, tilhørighet og tilstand, er at de blir akseptert og forstått som likeverdige personer med sammensatte problemer i møte med ansatte. Kvinnene er mer enn sine rusproblemer. Det er viktig å ta hensyn til at kvinnes opplevelse av helhet må bevares

samtidig med at rusproblemet adresseres spesifikt. Dette er en forutsetning for erkjennelse av rusproblemet.

Å forstå og akseptere er ikke det samme som å ikke konfrontere. Ansatte må våge å formidle sine tanker og eventuelle mistanker om rusbrukens betydning for de problemene kvinnene har. De må være tydelige i formidlingen av de konsekvenser bruk av rusmidler har for kvinnes helse. Hjelpemidler som blodprøver, oppfølging over tid og planlagt avholdenhet kan være nyttige strategier for å hjelpe kvinnene til innsikt. Det kan bety at kvinnene avviser hjelpen, men kan samtidig innebære at kvinnene får større innsikt og at kvinnene neste gang lettere kan forholde seg til slik informasjon. Kvinnene i denne studien tålte mye konfrontasjon når de opplevde å være inkludert og møtt som en likeverdig person. Gjennom konfrontasjon ble kvinnene tydelige for den ansatte og den ansatte tydelig for kvinnene.

Litteraturliste

- (1) Statsrådets principbeslut och folkhälsoprogrammet. Hälsa 2015. Publikationer 2001:5. Finland: Social och Hälsovårdministeriet.
- (2) Sund hele livet. De nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010. 2002. Danmark: Regjeringen.
- (3) Regeringens propotition 2002/03:35. Mål för Folkhälsan. 2002. Sverige: Regeringen.
- (4) Gjelsvik R, Utredning av de samfunnsmessige kostnadene knyttet til alkohol. 2004. Universitetet i Bergen: Rokkansenteret.
- (5) Nylenna M, Aasland R, Waahlberg R. B. red. Alkohol og helse. Artikler fra Den Norske Lægeforening. 1990. Oslo: Rusmiddeldirektoratet. Den Norske Lægeforening.
- (6) Folkehelserapporten. Kapittel 5.7. 1999. Oslo: Sosial- og Helsedepartementet.
- (7) Vevatne T. Betraktninger fra allmennpraksis i forhold til pasienters alkoholbruk. I: Nylenna M, Aasland R, Waahlberg R. B. red. i Alkohol og helse. Artikler fra Den Norske Lægeforening. 1990:209-212. Oslo: Rusmiddeldirektoratet. Den Norske Lægeforening.
- (8) WHO Targets for health for all. 1985. København: Regional Office for Europe.
- (9) Proposition 2000/02:20. 2000. Stockholm: Socialstyrelsen.
- (10) Til sagsbehandlerne i socialforvaltningerne: Hva gør du når din klient drikker? (Brochure). 2000. København: Sundhedsstyrelsen.
- (11) Fakta om social- och hälsovården i Finland. 2002. Helsingfors: Stakes / Kundservice, Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården.
- (12) Public Health in Europe. Employment and social affairs. 1997. Brüssel: EU-Commission.
- (13) Hauge K. Verdibevistgjøring som element i sjelesorg med avhengighetsproblematikk. Tidsskrift for sjelesorg. 1991;4.
- (14) Malterud K, Hollnagel H, Witt K. Gendered health resources and coping - A study from general practice. Scandinavian Journal of Public Health 2001;29 3:183-199.
- (15) Jarvis TJ. Implications of gender for alcohol treatment research: a quantitative and qualitative review. British Journal of Addiction. 1992;87:1249-1261.

- (16) Thom B. Sex differences in Help-seeking for Alcohol Problems - The Barriers to Help-seeking. *British Journal of Addiction* 1986;81:777-788.
- (17) Vederbrugge LM, Steiner RP. *Health Psychology*. 1985;4. 79-98.
- (18) Øydvin K. Norsk reseptstatistikk, Legemiddelforbruket i Norge 1992 - 96. 1997. Oslo: Norsk Medisinaldepot.
- (19) Trulsson U. Manligt och kvinnligt i smältdegeln - om könets betydelse för missbruk. *Nordisk Alkohol & narkotikatidskrift* 2003;20 (1). Helsingfors: Finland.
- (20) Keane H. Women and substance abuse: Problems of visibility and empowerment. In Ussher J. ed. *Women's Health*. 2000. Leichester, UK: British psychological Society.
- (21) Dahlgren L, Willander A. Vilka kvinnor söker hjälp för alkoholproblem, och vilka går det bra för? *Läkartidningen* 1991; 88:1898-1900.
- (22) Dahlgren L. Special Problems in Female Alcoholism. *British Journal of Addiction* 1975; 19:18-23.
- (23) Haver B, Dahlgren L. Early treatment of women with alcohol addiction (EWA): a comprehensive evaluation and outcome study. I. Patterns of psychiatric comorbidity at intake. *Addiction* 1995; 90:101-109.
- (24) Haavio-Mannila E. Ed. *Women alcohol and drugs in the Nordic countries*. Helsinki, Finland: Nordic Council for Alcohol and Drug Research (NAD) 1989;16.
- (25) Henriksen K. Rusproblemer? Nei, det snakker vi ikke om! A-klinikkens Forskningsserie. 1994;12 1994.
- (26) Hansen FA. ed. *Barn som lever med foreldres misbruk*. 1994. Oslo: Gyldendal.
- (27) Kristensen Ø, Kjøstvedt E. Regnbueprosjektet: Mot en teori for forståelse av barn fra misbrukerhjem. 1996;3:162-166. Fokus på Familien.
- (28) Buckley JJ, Henriksen K. *Æ du gal!* 2000. Stavanger: Hertervik Forlag.
- (29) Eriksen TB. *Vestens Tenkere*. 1994;1:49-59. Oslo: Aschehoug.
- (30) Buber M. *Jeg og du*. 1992. Oslo: Cappelen.
- (31) Løgstrup KE. *Den etiske fordring*. 2000. Oslo: Cappelen.
- (32) Schei E. *Hvit magi. Om medisinenes symbolske og religiøse betydning*. 2005. Bergen: Foredrag, filosofisk poliklinikk 4.2.99.

- (33) Sachs L. Onda ögat eller bakterier: turkiska invandrarkvinnors möte med svensk sjukvård. 1990. Stockholm.
- (34) Tylor SJ. Introduction to Quality Research Methods - a guidebook and Resource. Bogdan Robert, ed. 3. 1998. New York: Wiley and sons Inc.
- (35) Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative research. 1967. New York: Aldine de Gruyter.
- (36) Strauss & Corbin. Basic of Qualitative Research. 2. Ed.1998. Sage.
- (37) Charmaz K. Grounded Theory. Objectivist and Constructivist Methods. In: Denzin NK, Lincoln YS. Ed. Handbook of Qualitative Research. CA: Thousand Oaks, Sage, 1994:509-535.
- (38) Ryen A. Det Kvalitative Intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid. 2002. Kristiansand: Fagbokforlaget.
- (39) Wadel C. Feltarbeid i egen kultur. 1991. Flekkefjord, SEEK A/S.
- (40) Hallberg L. ed. Qualitative Methodes in Public Health Research. Theoretical Foundations and Practical Examples. 2004. Studentlitteratur.
- (41) Lewis J. Ritchie J. Qualitative Research Practice. A guide for Social Science Students and Researchers. 2003. London, Sage Publishers Ltd.
- (42) Robson C. Real World Research. 2. ed. 2002. London: Blackwell.
- (43) Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. 3 ed. 2002. Oslo: Gyldendal.
- (44) Karlsson G. Psychological Qualitative Research from a Phenomenological Perspective. 1995. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- (45) Schei E. Menneskekunnskap som klinisk kompetanse. 2001;9:1122-1125. Tidsskriftet for Den Norske Lægeforening.
- (46) Løgstrup KE. Den etiske fordring. 2000. Oslo: Cappelen.
- (47) Cullberg J. Dynamisk psykiatri i teori og praksis. 1986. Oslo: TANO.
- (48) Søgaard Nielsen A. Behandlernes oplevelse af behandling af alkoholmisbrugere - en kvalitativ analyse. 2003;5 20:315-331. Stockholm: Nordisk Alkohol og Narkotikatidsskrift.
- (49) Meier PS. Predicting the early therapeutic alliance in the treatment of drug misuse. Addiction. No. 4. 100;500-511.

Sosialetaten/legekontor/behandlingsinstitusjon
XXX kommune

FORSKNINGSSTUDIE.

Jeg oversender informasjon vedrørende min forskningsstudie om Rusmisbrukende kvinner og deres første møte med det offentlige hjelpeapparat.

Jeg ber om tillatelse til at informasjon om undersøkelsen kan deles ut til kvinner som er i kontakt med XXX sosialkontor.

Jeg legger ved 15 konvolutter med informasjonsskrivene og frankerte konvolutter som ansatte kan dele ut til kvinner.

Det er et poeng at kvinnenenes første kontakt med hjelpeapparatet er av forholdsvis nyere dato (helst ikke lenger tilbake enn 3 år). Dersom terapeuter kjenner kvinnene så godt at de vet at de har vært i systemet lenger, er det altså ikke nødvendig å gi disse kvinner denne informasjonen.

Alle som gir en positiv tilbakemelding om at de ønsker å delta, vil jeg ha en samtale med, der en del fakta-data blir registrert. Ut av de som svarer (dersom der er mer enn 10-15 kvinner totalt) vil jeg velge ut de som jeg har dypere intervju med underveis i studien. (Dette har sammenheng med den metode jeg velger).

Jeg tar sikte på å komme i gang med intervjuene i november.

Jeg kan gjerne stille på et morgenmøte e.l. for å informere om studien.

Med vennlig hilsen

Kari Henriksen

Likelydende brev sendt til legekontor og poliklinikk.

FORESPØRSEL OM Å DELTA I EN UNDERSØKELSE.

Jeg henvender meg til deg, for å spørre om du vil delta i en undersøkelse. Arbeidstittelen er: Rusmisbrukende kvinners opplevelse av det første møtet med ansatte i det offentlige hjelpeapparat, der de for første gang ba om hjelp for sitt rusproblem. Alle kvinner som kommer til en valgt ruspoliklinikk, ved utvalgte legekantor eller sosialkontor i løpet av en bestemt tidsperiode, får denne invitasjonen. Jeg kjenner ingen navn før dere gir meg en tilbakemelding om at dere ønsker å delta. Det er frivillig å delta. Hensikten er å få dypere kunnskap om hvordan kvinner opplevde det første møtet med hjelpeapparatet. Dere som har vært gjennom dette, har mye å bidra med til vi som arbeider i sektoren, slik at vi kan forbedre oss.

Jeg heter Kari Henriksen og er ansvarlig for undersøkelsen. Jeg arbeider ved Vest-Agder Klinikken i Kristiansand og studerer Folkehelsevitenskap ved Nordiska Hälsovårdhögskolan i Göteborg. En del av studiet er denne forskningsoppgaven.

Intervjuene tas opp på bånd, og jeg stiller noen spørsmål. Deretter skriver jeg alt ut på papir. Du får lese dette og kan rette, dersom jeg har oppfattet noe feil. Du kan velge hvor intervjuet skal finne sted. Alt du sier og opplysninger om deg blir behandlet konfidensielt og anonymisert. Ikke noe av det du sier vil kunne tilbakeføres til deg i presentasjon av studien. Ditt navn føres ikke inn i noe register. Når oppgaven er ferdig, og kontakt ikke lenger er nødvendig, vil opplysninger om deg, som navn, adresse og telefonnummer bli ødelagt, senest i løpet av våren 2005.

Blir undersøkelsen godkjent av skolen, publiseres den i eget hefte. Jeg vil også publisere innholdet i artikkelform, i tidsskrifter for ansatte i sektoren, andre brukere av hjelpeapparatet og politikere.

Dersom du sier ja til å delta, må du underskrive en samtykke-erklæring. Du kan når som helst trekke deg fra å delta i undersøkelsen uten å oppgi grunn. I første omgang ber jeg om din tillatelse til at jeg kontakter deg, og ber deg bruke vedlagte svarkonvolutt.

Med vennlig hilsen

Vedlagt: frankert konvolutt, med adresse

Denne tillatelsen sendes snarest til:

Kari Henriksen
Vest-Agder Klinikken
Kongsgård Alle 71
4632 Kristiansand

Tlf.nr.: 38148036/mobil: 90067690, eventuelt på e-post: kari.henriksen@rv.vaf.no

Ja, jeg (navn) _____

ønsker å delta i undersøkelsen om kvinners opplevelse av møtet med ansatte i
hjelpemiddelet, og gir Kari Henriksen tillatelse til å kontakte meg på

tlf.nr., for å gjøre nærmere avtale om tidspunkt.

Dersom det er vanskelig å få tak i meg, kan jeg best nås den _____, mellom kl. ____ og _____,

eller ved at Kari Henriksen kontakter meg på følgende adresse/eller e-post:

Dato: _____ sted: _____

Underskrift: _____

SAMTYKKE ERKLÆRING

(må fylles ut og kan sendes i konvolutten, eller leveres til Kari Henriksen)

Jeg

samtykker i å delta i undersøkelsen:

Rusmisbrukende kvinners opplevelse av deres første møte med ansatte i det offentlige hjelpeapparat, der de for første gang ba om hjelp for sitt rusproblem.

Jeg samtykker i å bli intervjuet, og at innholdet i intervjuet kan brukes i undersøkelsen. Jeg kan lese gjennom intervjuet og foreta rettelser for å oppklare eventuelle misforståelser.

Jeg har rett til å trekke meg når som helst, og gjøre samtykke ugyldig, uten å oppgi grunn for dette.

Data blir anonymisert slik at innhold ikke kan føres tilbake til den enkelte kvinne. Intervjuer og nedtegnelser vil bli oppbevart utilgjengelig for andre, og etter avsluttet oppgave, vil alle data tilintetgjøres.

Jeg er innforstått med at Kari Henriksen vil bearbeide intervjuene, og at studien, dersom den blir godkjent, kan bli offentliggjort i tidsskrifter og/eller aviser.

Sted: _____

Dato: _____

Underskrift: _____

Disse to brevene ble sendt ut sammen vedlagt en ferdig frankert og adressert konvolutt.

TEMAGUIDE.

Intervjuet starter med et åpent spørsmål:

”Kan du fortelle om ditt møte med hjelpeapparatet der du første gang fortalte om ditt rusproblem?”

”Kan” ble endret til ”vil” etter veiledningsgruppe 5.12.02.

Følelser

Opplevelse av tillit

Å stole på og å bli stolt på

Å bli forstått - ikke forstått

Hva hjalp deg, og hva hjalp deg ikke

Hvilke forventninger hadde du til

- møtet
- innholdet i samtalen
- reaksjoner
- resultat av samtalen.

Etter 1. intervju:

Vedkommendes fakter, kroppsspråk, holdning?

Inventar, farge, lukter som gjorde noe med deg?

Etter 2. intervju:

Var det noe du ikke valgte å si, hvorfor?

Etter 3. intervju:

Bestemte du deg for å fortelle om rusproblemene dine, i samtalen, eller før?

Kom rusproblemene fram underveis i samtalen?

SPØRSMÅL.

Intervju nr: ____ Dato: _____

Alder:

Sivilstand:

Gift	Ugift	Enke
Samboer		

Bor du i en by eller i en mindre kommune?

By Kommune

Har du omsorgsansvar for barn?

Ja Nei

Hvis ja, hvor mange under 18 år? _____

Er du i arbeid?

Ja Nei Attføring/arbeidsopplegg

Hvor gikk du første gang du fortalte om ditt rusproblem?

Sosialkontor	Hjemmesykepleien
Rusinstitusjon (spes)	Psykiatrisk sykehus
Somatisk sykehus	Privat lege
Helsesøstertjenesten	Arbeidsetaten
Kirke/menighet	Politi
Andre, hva/hvor	

Hvilket rusmiddel har du brukt mest?

Hvor lenge siden er det du fortalte det første gang til noen i hjelpeapparatet?

.....år månader uker

Hvor lenge siden er det du selv opplevde at du hadde problemer knyttet til bruk av rusmidler?

.....år månader uker

I hvor lang tid tenkte du på å søke hjelp? (fra du første gang tenkte på det, til du tok kontakt)

.....år månader uker

