

«Det handler om å få folk til å møtes»

En undersøkelse av pårørendeorientert praksis i rusbehandling

Øyvind Reehorst Kalsås

VID Vitenskapelige Høgskole

Masteroppgave

Master i familieterapi og systemisk praksis

Veileder: Ottar Ness

Antall ord: 26994

27. mai 2016

Forord

Jeg startet ikke reisen som resulterte i denne oppgaven med blanke ark. Mange møter gjennom mange år med kolleger, pasienter, pårørende og samarbeidspartnere i rusfeltet og andre møter i familie, med venner, i videreutdanning har formet meg og vært spennende, engasjerende, frustrerende, rørende, lærerikt og tålmodighetskrevenende. De beste gangene har disse møtene gitt en dyp opplevelse av betydning og meningsfullhet. Fra før jeg startet arbeidet med denne oppgaven var jeg opptatt av et sosialt nettverksperspektiv og pårørendeinvolvering i rus- og avhengighetsbehandling. Etter å ha skrevet denne oppgaven er jeg styrket i troen på nødvendigheten av en sterkere innsats for det sosiale nettverksperspektivet i dette feltet. Men jeg ser nå flere og andre sider av saken, både muligheter, nyanser og dilemma. Frem og tilbake er dobbelt så langt, kan man si. Jeg er den samme, men jeg er forandret og beriket. Den forandringen har selvfølgelig med meg å gjøre, men den hadde ikke vært mulig uten bidrag fra andre, og den skjer sammen med andre.

Uten hjelp og støtte fra en hel gjeng av fine folk, hadde ikke denne oppgaven sett dagens lys. Ottar Ness, min veileder, du har både vært støttende, kritisk, og der da jeg trengte det på uforståelig kort tid med dine alltid konstruktive tilbakemeldinger. En STOR takk til alle ansatte ved Klinikkavdelingen på Lade behandlingssenter generelt og deltakere i fokusgruppene spesielt, for gjestfrihet, inspirasjon, og for at dere var villig til å snakke med meg og slik gjøre denne undersøkelsen mulig. Åse Prestvik, din holdning og døråpnerhjelp på LBS har vært avgjørende - tusen takk! En spesiell takk til deg, min aller kjæreste kone Margit, for at du er den du er, og det er faktisk den beste. Jeg gir nå kjøkkenskuffen med glede tilbake til fellesskapet. Trym, Alva og Bendik: Dere er, og vil alltid være, de jeg er mest glad i. Jeg håper jeg ikke har ødelagt ordet «Master» for dere i all fremtid. Takk til veiledningsgruppen min i Bergen som har løftet trivselsnivået med å ta dette studiet som pendler betydelig. Takk til alltid gode venn og kollega Sari, for tålmodig masing om å gjennomføre dette studiet som vi begynte på sammen i 2003, og gode innspill underveis. Takk bror Vidar, som med akademisk litt-større-tyngde-enn-storebror har gitt meg viktige tilbakemeldinger. Takk til min studieleder Anne Øfsti: *«Jeg er et forskende og skrivende menneske, og et forskende og skrivende menneske må skrive litt hver dag»*. Hvor hadde jeg vært ellers? Takk til kollegene mine på Avdeling for rusmedisin generelt og «PKV» spesielt, jeg er heldig og glad for å komme på jobb med dere hver dag. Særlig takk til Vivian for høyst nødvendig engelsk språkvasking, og Tone-Britt, Enok og Birthe som stilte opp i prøveintervju

Sammendrag

Denne masteroppgaven handler om involvering av familie og pårørende i rusbehandling. Forskning på rusproblemers effekt i nære relasjoner, viser at pårørende og familiemedlemmers liv og helse ofte blir alvorlig påvirket. Forskning på rusbehandling gir støtte til at involvering av familie og pårørende bedrer effekt av behandling, både for pasient og pårørende. Det er også tydelige politiske føringer på at familie og pårørende bør involveres i behandlingsutøvelsen. Likevel er det få rusbehandlingstjenester som systematisk involverer familie og pårørende i utstrakt grad i behandlingen. Denne studien er lagt til Blå Kors Lade behandlingssenter fordi de profilerer seg spesielt på dette feltet, og problemstillingen er: *Hva vektlegger ansatte ved en rusbehandlingssklinik ved involvering av pårørende?*

Undersøkelsen ble gjennomført med to fokusgruppeintervjuer av ansatte ved klinikken, og er analysert gjennom Braun & Clarkes tematiske analyse (2006). Hovedfunnene i analysen er: *1) En tydelig pårørendeorientert behandlingsstruktur er viktig for det pårørendeorienterte arbeidet, 2) Ansattes ulike begrunnelser for det pårørendeorienterte arbeidet påvirker om vektlagt behandlingstilnærming er sosialt orientert eller individuelt orientert, og 3) En familie- og pårørendeorientert praksis gir nye faglige og etiske utfordringer.*

I diskusjonen av funn to drøfter jeg hvordan individorienterte og sosialt- og relasjonelt orienterte begrunnelser kan komplementere hverandre i holdning og praksisutøvelse ved familie- og pårørendeinvolvering. Jeg drøfter også at det sosialt- og relasjonelt orienterte arbeidet med pasient og pårørende virker sårbart grunnet pasientrettighetens binding til individet. I diskusjon av funn tre, drøfter jeg hvordan det etiske dilemmaet «lojalitetskonflikter i pasient-behandler-forholdet» henger sammen med a) få erfaringer med pårørendeorientert praksis i rusbehandlingstjenestene og b) pasientrettighetens binding til individet. Som implikasjoner av dette, foreslår jeg I) at «det sosiale nivået» generelt, og familie- og pårørendeinvolvering spesielt, i sterkere grad bør gjenspeile rapporteringskrav og kravspesifikasjoner i Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling (TSB), og II) I tråd med begrepsforslag fra Copello m.fl. (2009); begrepsendring fra «pasient» til «fokus-pasient» for den som bruker rusmidler og får pasientrettighet, for å utvide behandlingstankegang til å inkludere nære relasjoner.

Abstract

This Master's thesis examines involvement by family and significant others in treatment of addiction problems. Research shows that family members' lives and health are seriously affected by the consequences of alcohol and drug problems in close relationships. Research on addiction treatment supports that outcome of treatment is better when family is involved, both for the patient and family members. There are also clear political guidelines in favor of involvement of significant others in the course of treatment. Few alcohol- and drug treatment services involve family and significant others systematically and comprehensively as a part of treatment. This study examines involvement by family and significant others in the course of treatment at Blå Kors Lade Behandlingssenter, because this treatment facility specializes in family-oriented work. The research question is: *What do clinicians at an addiction treatment center emphasize when involving significant others?*

The data of the research project was gathered through two focus group interviews of employees at the clinic, and has been analyzed through Braun & Clarke's thematic analysis (2006). The main findings of the analysis are: *1) A solid treatment structure for family involvement is central to family-oriented work. 2) The clinicians' different rationales for family-oriented work affect whether the emphasized way of treatment is socially oriented or individually oriented, and 3) A practice which emphasizes family-oriented work creates new professional and ethical challenges.*

In the discussion of finding two, I argue how individually oriented and social- and relationally oriented rationales can complement each other in the clinicians' understanding and practice of family-involvement. I also discuss how social- and relational oriented work with families is vulnerable due to the link between patients' right to treatment and the individual. In the discussion of the third finding, I present how the ethical dilemma of: "conflicts in loyalty in the therapist-patient relationship," correlates with a) little experience with family-oriented practice in addiction services, and b) the patient's rights link with the individual. Further, I suggest that implications of these findings are: I) that the social level in general, and family involvement in particular, in a higher degree should be reflected in the demands put upon the treatment services in Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling ("Interdisciplinary treatment for substance dependence"), and II) that one should change the term "patient" to "focal patient" for the addicted person, as previously suggested by Copello et al. (2011), thus broadening the treatment perspective to include close relationships.

Innhold

1	Innledning	8
1.1	Hensikt og problemstilling	10
2	Teoretisk rammeverk og gjennomgang av tidligere forskning	11
2.1	Rusfeltets kontekst.....	11
2.2	Kunnskapsgrunnlag om familieinvolvering i rusbehandling.....	13
2.3	Politiske føringer	16
2.4	Oppsummering av pårørendeinvolveringens status i TSB	17
2.5	Teori.....	17
2.5.1	Oppsummering og diskusjon av teori.....	25
3	Metodologi.....	26
3.1	Vitenskapsteoretisk grunnlag	26
3.2	Min forforståelse, august 2015	27
3.3	Beskrivelse av virksomheten som skal undersøkes	28
3.4	Kvalitativ metode	30
3.4.1	Utvalg og rekruttering	30
3.4.2	Datainnsamling: Fokusgruppeintervjuer	31
3.4.3	Analysemetode	32
3.4.4	Etiske refleksjoner og vurderinger	34
3.4.5	Studiens kvalitet	35
4	Presentasjon av funn	39
4.1	En pårørendeorientert struktur.....	39
4.1.1	Prinsipper i arbeidet	39
4.1.2	Pårørendeorienterte rutiner og prosedyrer.....	44
4.1.3	Den reflekterende samtalen som bærende metode.....	45
4.2	Begrunnelser for pårørendeorientert praksis	47

4.2.1	Sosialt og relasjonelt orienterte begrunnelser	47
4.2.2	Behandlerorienterte begrunnelser	53
4.2.3	Individorienterte begrunnelser	55
4.3	Involvering av pårørende gir nye faglige og etiske utfordringer	57
4.3.1	Pårørenderelaterte etiske dilemma	57
4.3.2	Pårørenderelaterte faglige utfordringer	61
5	Diskusjon og implikasjoner	67
5.1	Hvilke faglige betraktninger vektlegges, og hvordan påvirker de praksisutøvelsen?	67
5.2	Hvilke faglige utfordringer og etiske dilemma erfarer de i slik praksis?	74
5.2.1	Lojalitetsdilemma i pasient-behandlerforholdet	74
5.2.2	Når vold er involvert	76
5.3	Implikasjoner for praksis	78
5.4	Mulige fremtidige forskningsspørsmål	80
5.5	Mulige svakheter ved studien	81
6	Referanseliste	83
Vedlegg 1: Godkjenning av Lade behandlingssenters navn i oppgave		
Vedlegg 2: Systemisk litteratursøk		
Vedlegg 3: Organisasjonskart Lade behandlingssenter		
Vedlegg 4: Presentasjon fra «pårørendekveld» Lade behandlingssenter 14.09.16		
Vedlegg 5: Forespørsel om deltakelse i fokusgruppe og samtykkeskjema		
Vedlegg 6: Tilbakemelding, godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste		
Vedlegg 7: Intervjuguide		

1 Innledning

«Hvis det ikke er et valg, hva er det da?»

Spørsmålet kom fra en far som jeg møtte i behandling; hans sønn hadde hatt et rusproblem i lang tid. Både foreldre og andre har stilt seg dette spørsmålet i møte med langvarig overdreven rusbruk: Hvordan kan mennesker igjen og igjen utføre handlinger som åpenbart synes å være til skade for dem selv og dem de er glade i? For å finne svar, har forskere og media i hovedsak tatt utgangspunkt i individet (Orford 2013, Copello & Orford 2002, Adams 2008, Alexander 2008).

«Jeg har kuttet kontakten med dem [familien]. Det er tøft, men jeg følte jeg måtte gjøre det.»

«Lise» var en av brukerne vi forsøkte å hjelpe gjennom et langvarig samarbeid da jeg arbeidet i «Oppsøkende tjenester ved rusavhengighet» (Kalsås 2013). Hun sa at hun hadde brutt kontakten med familien, men søkte tilbake og bodde med og i nærheten av dem den siste tiden av sitt liv. Dette gjorde en viktig positiv forskjell for henne. Rusproblemer kan også påvirke familiemedlemmer til å gjøre lignende valg som det «Lise» hadde gjort. Orford m.fl. (2005) sammenfatter hvordan familiemedlemmer forholder seg til et annet familiemedlems overdrevne rusbruk, til kategoriene «Tolerere det», «Stå imot og utfordre det», eller «Trekke seg tilbake og oppnå uavhengighet».

«Det faglige må henge sammen med livene vi lever»

På en konferanse som jeg deltok på for noen år tilbake, fortalte en pårørende mor om opplevelsene de som foreldre hadde hatt i møte med det psykiatriske hjelpeapparatet. Det var opplevelser av ikke å bli hørt, informert eller betraktet som ressurs. Hennes appell om at *«Det faglige må henge sammen med livene vi lever»* har jeg tatt med meg: det faglige skal henge sammen, ikke bare med pasientens individuelle tilværelse, men også med livene til de andre som pasienten lever sitt liv sammen med. Men hvordan få det til?

Nord i Finland har de utviklet en tilnærming, Åpen dialog, som svarer på utfordringen med å tilpasse psykososial behandling med den sammenhengen pasienten lever livet i, og menneskene hen lever livet med (Seikkula 2012). «Et sosialt nettverksperspektiv» er et av prinsippene ved behandling basert på denne tilnærmingen, og var også et av prinsippene vi brukte da jeg var leder for prosjektet med oppsøkende tjenester i Kirkens Bymisjon i Bergen (ibid, Kalsås 2013). Åpen dialog er utviklet i psykiatriske behandlingsfeltet (Seikkula 2012). Mine erfaringer med å bruke tilnærmingen i et tidsavgrenset prosjekt ved rusproblemer, var i

stor grad gode. Som jeg vil vise gjennom teori- og forskningskapittelet, er det gode grunner for å involvere familie og pårørende i rus- og avhengighetsbehandling så vel som i psykisk helsevern. Det er likevel lite erfaring med systematisk familie- og pårørendeinvolvering i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Jeg vurderer det derfor som viktig å utforske og beskrive alternativer, muligheter og utfordringer for hvordan det sosiale nettverksperspektivet kan ivaretas ved behandling av rus- og avhengighetsproblemer.

1.1 Hensikt og problemstilling

Studiens hensikt er å bringe ny kunnskap og inspirasjon om hvordan involvering av familie og pårørende kan organiseres i rus- og avhengighetsfeltet generelt, og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) spesielt. Dette vil jeg gjøre ved å utvikle forskningsbasert kunnskap om involvering av familie og pårørende på en rusbehandlingsklinikk som profilerer seg spesielt på dette.

To nasjonale undersøkelser av erfaringer fra pasienter i døgnbehandling innen TSB i 2013 og 2014 har samarbeid med pårørende som 1 av 12 punkter med stort forbedringspotensial (Haugum, Holmboe og Iversen 2013, Haugum, Iversen og Bjertnæs 2014). Haugum m.fl. (2013) viste pasienterfaringer fra Blå Kors Lade behandlingssenter som var betydelig bedre enn landsgjennomsnittet på spørsmål om pårørendesamarbeid. Tilfredsheten gikk noe tilbake 2014, men andelen som opplevde at behandlerne samarbeidet godt med pårørende var fremdeles en god del over landsgjennomsnittet (Haugum m.fl. 2014). I samme tidsrom har klinikken i ulike media profilert seg på systematisk familie- og pårørendeinvolvering (Rønning 2014, Wiig 2015). Derfor valgte jeg å legge problemstillingen til Klinikkdelingen ved Blå Kors Lade behandlingssenter sin måte å involvere pårørende på. Jeg ønsket å vite mer om spørsmål som handlet om hvordan de organiserte det familie- og pårørendeorienterte arbeidet, hvordan de begrunnet det, og hvilken påvirkning disse begrunnelsene hadde for deres praksisutøvelse.

Basert på dette så er studiens problemstilling:

Hva vektlegger ansatte på en rusbehandlingsklinikk ved involvering av pårørende?

Følgende forskningsspørsmål vil belyse problemstillingen:

- 1. Hvilke strukturelle og prosedyremessige faktorer beskrives som viktige for å gjennomføre et godt pårørendeorientert arbeid?*
- 2. Hvilke faglige betraktninger vektlegges, og hvordan påvirker de praksisutøvelsen?*
- 3. Hvilke faglige utfordringer og etiske dilemma erfarer de i slik praksis?*

Jeg har fått tillatelse til å navngi virksomheten som jeg forsker innenfor (vedlegg 1).

2 Teoretisk rammeverk og gjennomgang av tidligere forskning

Dette kapittelet tydeliggjør konteksten for studien, og jeg presenterer forskning på familie- og pårørendeinvolvering i en behandlingskontekst for rus- og avhengighetsproblematikk.

Deretter presenterer jeg teori som påfølgende funn drøftes i lys av.

2.1 Rusfeltets kontekst

Bateson (1972:408) vektlegger at vår forståelse av noe avhenger av hvilken kontekst vi ser det i. Han definerte kontekst som en psykologisk forståelsesramme: «Without context, words and actions have no meaning at all» (ibid:15). Et *fonem* (lydsegment) eksisterer bare i kombinasjon med andre fonemer som til sammen kan bli et ord. Ordet blir fonemets kontekst. Men et ord eksisterer bare, og gir bare mening, i en større kontekst som et uttrykk, og uttrykket gir bare mening i en relasjon eller samspill – relasjonen kan da ses på som uttrykkets kontekst (ibid).

Ordet «rus» kan både ha positive og negative konnotasjoner, avhengig av hvilken kontekst som omgir ordet, for eksempel: «Han er så forelsket, han går rundt i en rus», eller «Hun var så ruset at hun ikke klarte å stå på beina», «Han kjørte i ruspåvirket tilstand». På denne måten er ordets betydning avhengig av hvilken kontekst ordet og fenomenet opptrer i, og hvordan vi tolker det.

Når jeg skriver om «rusfeltet», er dette et felt av behandlings- omsorgs, og rehabiliteringstjenester som er skapt ut fra en tolkning av ordet «rus». Fekjær (2009:21-22) skriver at det ikke er noen objektiv måte å måle om et spesielt stoff er et rusmiddel eller ikke – det kommer an på hvordan vi tolker de biokjemiske, psykiske og sosiale effektene. En rekke «rusmidler» har sin opprinnelse som legemidler, og noen har fremdeles en viktig medisinsk bruk. Opiumsstoffer innbefatter for eksempel både viktig smertestillende medisin, i tillegg til stoffet heroin (ibid), et stoff som også opprinnelig ble markedsført som et smertestillende preparat (Mørland 2009). Et «rusmiddel» er altså ikke bare «Ding an sich» (Kant 2011).

«Rus» er et vel etablert begrep i det norske språket, med ordkombinasjoner som blant annet «rusavhengighet», «rusproblematikk», «rusmisbruk», «ruspolitikk», «rusbehandling», «rusomsorg» og «rusfelt». Det er denne konteksten av «rus» som jeg legger til grunn for den videre utforskningen av feltet. Jeg vil nå gå gjennom noe av rammene for rusfeltet i Norge de

siste årene, med særlig fokus på tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Dette er sentralt for å forstå konteksten til denne studien.

Strukturene innen helse- og sosialsektoren som har til hensikt å behandle og rehabilitere mennesker med rusrelaterte problemer, har vært gjennom store endringer i løpet av de siste tiår. En vesentlig kvalitativ endring var rusreformen fra 2004, hvor skadelig rusmiddelbruk formelt ble definert som et helseproblem (Helsedepartementet 2004). Behandlingstjenestene ble strukturert innunder de ulike regionale og lokale helseforetakene, fra tidligere å ha vært juridisk plassert innenfor sosiale tjenester og forvaltningsmessig innunder fylkeskommunalt ansvarsområde. Rushelsetjeneste ble formelt sidestilt med psykisk helsetjeneste og somatisk helsetjeneste, under navnet «Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk», TSB (ibid). Innføringen medførte pasientrettigheter, og et system for rettighetsvurdering og behandling som var tilpasset somatiske sykdommer (Lie og Nesvåg 2007). Selv om denne endringen kan ha bidratt til ytterligere å understreke et individuelt fokus i behandling og rehabilitering av problematisk rusbruk, har problematisk rusbruk i hovedsak vært forstått innenfor en kontekst av individuelle faktorer kombinert med egenskaper ved rusmiddelet i vår del av verden i nyere tid (Copello m.fl. 2009, Fekjær 2009, Orford 2013).

En utbredt forståelse fra forskning på rusavhengighet, er at fenomenet «er» eller «ligner på» en kronisk lidelse, som for eksempel diabetes (McLellan m.fl. 2000, Volkow, Koob & McLellan 2016). Tilbakefall er vanlig, og sårbarheten for tilbakefall varer over lang tid. Internasjonale studier viser at 50-70 % som har vært i rusbehandling vender tilbake til rusbruken i løpet av det første året etter rusbehandling, de fleste i løpet av 90 dager (Kelly & White 2011). Minst halvparten av alle pasienter som får behandling i hjelpeapparatet går også gjennom behandling flere ganger (Dennis & Scott 2007). 25-35% går i behandling igjen innen 1 år, og nærmere 50% i løpet av 2 til 5 år (Kelly & White 2011).

Rusbehandling i spesialisthelsetjenesten gis på ulike nivå, en inndeling TSB er alene om av spesialisthelsetjenestene (Lie og Nesvåg 2007). De ulike nivåene er avgiftning/avrusing, poliklinisk behandling og døgnbehandling. Stortinget har satt opp vilkår for hva som er god kvalitet på tjenestene: tverrfaglighet hvor både sosialfaglige og helsefaglige perspektiver er representert, helhetlig tilnærming og individuelt tilpasset behandling (ibid). Når en pasient får døgnbehandling som behandlingsnivå, skal pasientene som har behov for det, følges opp fra kommunene før, under, og etter døgnoppholdet. Erfaringer fra kommunene er delte. Noen hevder at det grunnet en fragmentert behandlingsskjede er vanskelig å følge opp brukere på en forsvarlig måte (Beyer m.fl. 2010). Lie og Nesvåg (2007) skriver i den første evalueringen av

rusreformen, at det tradisjonelle lineære systemet reformen legger opp til, hvor spesialisthelsetjenesten skal gjøre en avgrenset jobb i en avgrenset periode før kommunen overtar ansvaret for tjenestetilbudet til pasienten igjen, er nødt til å skape brudd i behandlingen. De konkluderer med at implementeringen av rusreformen til da så ut til å ha ført til «et mer fragmentert og rigid tilbud, med mange brudd i behandlingsforløpene, og mindre individuelt tilpasset behandling som resultat.» (ibid:19). I Stortingsmeldingen om den nasjonale rusmiddelpolitikken i 2010 er konklusjonen om et fragmentert hjelpetilbud opprettholdt: «Intervjuer med kommuner, fylkesmenn og institusjoner tyder på at samhandlingen mellom forvaltningsnivåene, TSB og kommunale tjenester ikke fungerer godt» (Beyer m.fl. 2010:6). Ønsket er det motsatte, altså helhetlig behandling, og bevegelsen i de ulike helseforetakene og i rusfeltet som sådan går i retning av behandlingsforløp hvor en differensierer på grad av behandlingsintensitet basert på pasientens varierende behov, og hvor det er en mer fleksibel bruk av ulike behandlingsnivå underveis i forløpet (ibid, Helse- og omsorgsdepartementet 2015). Det er også en økende grad av faglitteratur som fokuserer på «continuing care» og «sustained recovery management», altså behandlingstilnærming tilpasset en forståelse av rusmiddelavhengighet som en kronisk lidelse/tilstand, hvor ulik grad og ulike former av fasilitering av bedringsprosesser, behandlingstiltak, og tilgjengelighet til hjelpeapparatet er nødvendig over lang tid, noen ganger hele livet (Se for eksempel Dennis & Scott 2007, Mckay 2009, Kelly & White 2011).

2.2 Kunnskapsgrunnlag om familieinvolvering i rusbehandling

Dette underkapittelet handler om hvilken rolle familien og de som er berørt av andres rusbruk har spilt i rusbehandling. Det handler også om hvilken kunnskap vi har om ulike tilnærminger til, og effekter av dette. Gjennomgangen er basert på et systemisk litteratursøk¹

I 2002 argumenterte Copello og Orford (2002) at forskningsgrunnlaget for involvering av familien i rusbehandling var tilstrekkelig til at hjelpeapparatet burde ta denne kunnskapen inn over seg og vurdere endring av praksis til i større grad å involvere sosialt nettverk. I 2007 ble det i en gjennomgang av 34 studier på alkoholproblematikk vist generelt bedre resultater ved involvering av familie enn ved individuell behandling eller gruppebehandling, målt på grad av avholdenhet og fungering i parforhold sett fra den rusmiddelavhengiges og partnerens side (Mead 2007).

¹ vedlegg 2, dokumentasjon og forklaring av litteratursøk.

Lindgaard (2012) hevder på bakgrunn av et systematisk litteratursøk og gjennomgang, at det er tilstrekkelig bevis for at familieorientert behandling for alkoholproblemer er berettiget, har god effekt og er kostnadseffektiv. Samtidig understreker hun at det er viktig med bedre nyansering av tilnærming knyttet til ulike målgrupper, og bedre kunnskap om hvordan den eksisterende viten bringes ut i praksis (ibid).

Pårørende kan involveres i rusbehandling av ulike grunner og med ulike roller (Helsedirektoratet 2012). En måte å involvere dem på, er som en del av behandlingsnettverket til en pasient med rusmiddelproblemer. I slike tilfeller er det den som bruker rusmidler som har den formelle pasientretten, og dermed bestemmer i hvilken grad pårørende skal involveres i deres behandling. En annen mulighet er at pårørende selv får pasientrettigheter og tilbud om behandling dersom deres egen helse lider overlast på bakgrunn av belastningene av et familiemedlems rusbruk (ibid). Selbekk og Duckert (2009) beskriver to ulike hovedmåter å organisere arbeid med pårørende i behandling på: en integrert behandlingsmodell og en separat behandlingsmodell. I en integrert modell møter behandlere flere familiemedlemmer sammen, i en separat modell møter behandlere pårørende for seg og pasienter for seg. De viser i denne oppsummeringen også til at familiebaserte tilnærminger som har som formål å bidra til at rusavhengige oppsøker behandling i flere studier viser gode resultater. Det er gjort flere studier på modellen CRAFT, Community reinforcement and family training, som viser bedre effekt enn kontrollgrupper i å bidra til at rusmiddelavhengige mennesker oppsøker behandling. I denne behandlingsmodellen jobber en systematisk med en «Bekymret Signifikant Annen» med dette som formål (Meyers, Roozen og Smith 2011). Copello, Velleman & Tempelton (2005) trekker frem tre forskjellige typer tilnærminger som involverer familiemedlemmer og andre som er bekymret og berørt av andres rusbruk:

- Behandlingstilnærming med formål å oppnå engasjement hos rusbrukeren gjennom å arbeide med det berørte sosiale nettverk (for eksempel «Pressures to change», «CRAFT»)
- Behandlingstilnærming som involverer både den som bruker rusmidler, familie og venner sammen, for eksempel atferdsterapeutisk parterapi, familierapi, nettverksterapi, sosial atferds- og nettverksterapi.
- Behandlingstilnærming som fokuserer på behovene til berørte familiemedlemmer for deres egen del, for eksempel «Behavioural exchange systems», «Training Interventions for partners of problem drinkers», «the five-step intervention for affected family members»

I 2013 oppsummerte Akram og Copello hva vi vet om effekten av familiebaserte tilnærminger etter en systematisk gjennomgang av forskning som er gjort. De finner «robust evidens» for effekt for integrerte intervensjoner for voksne med alkoholproblemer, knyttet både til bedring i rusbruk og relasjonelle forhold. De fant «foreløpig evidens» («tentative») for atferdsterapeutisk parterapi for voksne som misbruker narkotika. Deres tolkning av funnene er at det foreligger evidens for at familiebaserte intervensjoner bedrer resultatene av rusmiddelbrukens omfang og påvirker noen relasjonelle forhold i familien positivt. Samtidig mener de at konklusjonene som kan trekkes er begrenset grunnet hull i forskningsgrunnlaget. De skriver videre at fravær av evidens ikke betyr fravær av effekt, og at mindre robuste studier også viser oppmuntrende resultater for familieintervensjon i alle områder; både ved å jobbe med familiemedlemmer for å motivere rusmiddelbrukere til behandling, felles/integrert behandlingsinvolvering av rusbruker og familiemedlemmer, og familiemedlemmer for deres egen del.

Som en av konklusjonene i KORFOR sitt grunnlagsdokument til Stortingsmeldingen «Se meg – en helhetlig rusmiddelpolitikk» sidestiller de Motiverende Intervju, kognitiv atferdsterapi og familie/nettverksterapi som de psykososiale metoder med best effekt i rusbehandling (Beyer m.fl. 2010). De etterlyser samtidig mer kunnskap om hvordan behandlingsapparat sammen med pårørende og sosiale støttesystemer kan bidra til endring og vedlikehold av endring hos den rusmiddelavhengige (ibid). Denne etterlysningen bygger på studier som viser at både manglende oppmøte, og avbrudd av planlagte behandlingsforløp er svært vanlig innenfor rusbehandling (ibid).

En annen side av saken, er hvordan problematisk rusmiddelbruk påvirker brukerens sosiale nettverk. En forsiktig beregning av antall voksne hvis liv er alvorlig påvirket av et nært familiemedlems problematiske rusmiddelbruk, er 7-8 millioner i Europa, og 80 millioner på verdensbasis (Copello m.fl. 2009). Weisner m.fl. (2010) viser i en studie at familiemedlemmer til rusmiddelavhengige pasienter hadde betydelig flere somatiske og psykiske problemer, og dertil betydelig høyere bruk av helsetjenester sammenlignet med andre grupper. Erfaringen at rusproblemer påvirker familien rundt rusmiddelbrukeren i vesentlig grad dokumenteres også i flere andre studier (Barnard 2007; Casswell, You og Huckle 2011; Copello, Velleman og Templeton 2005; Ferris, Laslett, Livingston, Room og Wilkinson 2011; Lindgaard 2002; Orford, Copello, Velleman og Templeton 2010; Rodriguez, Neighbors og Knee 2014; Orr, Barbour og Elliott 2012; Orford m.fl. 2005). Copello, Templeton og Powell (2010) skriver at det dominerende individualistiske fokuset i behandling

og politikk, har ført til en mangel på beregninger for hvor mange familiemedlemmer som er påvirket av rusbruk, og dertil kostnadene for familien og samfunnet. De argumenterer at siden det er godt dokumentert hvilken innvirkning rusproblemer har for familiemedlemmer, er mangel på kunnskap og fokus på dette et vesentlig problem (ibid).

2.3 Politiske føringer

I tillegg til den forskning som er gjort, ligger det tydelige politiske føringer for økt pårørendeinvolvering innen rus- og psykisk helsefeltet. Helsedirektoratets veileder «Pårørende – en ressurs» som ble utgitt i 2008 er den mest eksplisitte, og uttrykker at det som hovedregel ikke er god praksis å utelate pårørende (Helsedirektoratet 2008:10). Også «ROP-retningslinjen» (Helsedirektoratet 2011) og Stortingsmeldingen «Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk» har tydelige anbefalinger om pårørendeinvolvering i behandlingstjenestene (Helse- og Omsorgsdepartementet 2012). «Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne» følger opp tidligere anbefalinger om pårørendeinvolvering, og skriver som et av hovedpunktene at «Pårørende er en ressurs og bør møtes som en samarbeidspartner ut fra den rollen de innehar, og samtidig sikres nødvendig støtte og avlastning» (Helsedirektoratet 2014:11). I stortingsproposisjonen «Opptrappingsplanen for rusfeltet» som kom i 2015 beskrives det som viktig «at tjenestene på et tidlig tidspunkt i behandlingen kartlegger, samarbeider med og involverer pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet 2015:46).

I Selbekk og Duckerts (2009) kartlegging av familieorienterte tiltak i Helse Vest, skriver de at ansatte i rusbehandlingssektoren beskriver strukturelle utfordringer med å drive familieorienterte tiltak. Blant annet trekker de frem et sitat fra en gruppesamtale om at «Familieterapi blir billigsalg/hobbyvirksomhet. Vi må ha betalt for familieterapi og gruppeterapi dersom vi skal leve av det» (ibid 2009:54). En egen forskrift regulerer godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved godkjente behandlingsevner. Slik den foreligger i 2015, gir en gruppe-/familiebehandling refusjon på 417 kroner fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). Til sammenligning gir en vanlig behandlingssamtale med én pasient 122 kroner i refusjon (Forskrift om utgifter til poliklinisk helsehjelp 2008). Refusjonen kan dermed sies å gjenspeile intensjonen om økt grad av pårørendeinvolvering. For døgnbehandlingsinstitusjoner er forholdene annerledes, siden disse får rammetilskudd fra regionale helseforetak som i hovedsak knyttes til kriterier

om et visst belegg (se for eksempel Helse Vest 2012). Det er stort rom for intern prioritering og faglig vurdering i institusjonen for hvordan de faglige ressursene brukes.

2.4 Oppsummering av pårørendeinvolveringens status i TSB

En undersøkelse av institutt for samfunnsforskning fra 2007 gir et oversiktsbilde over hvilke virksomheter innen TSB som gir tilbud til pårørende (Bjørnstad 2007). En rekke virksomheter oppgir å gi slike tilbud, men hvordan og i hvilket omfang denne delen av behandlingstilbudet gjennomføres er i liten grad beskrevet i rapporten. Mange virksomheter gir også tilbud til pårørende separat, i forbindelse med at pårørende har fått pasientrettigheter i TSB for egen del (ibid).

På tross av forskningsfunn og politiske føringer, skjer involvering av pårørende i TSB i begrenset grad, og når det skjer, skjer det ofte ikke som en del av en etablert rutine eller struktur (Haugum, Iversen og Bjertnæs 2013, Duckert og Selbekk 2009). Et søk i Oria 24. april 2015, ga søkeord «pårørende» og «rusbehandling» 52 treff. Søkeord «rusbehandling» og «sosialt nettverk» gir ni treff, mens «rus» «sosialt nettverk» «behandling» gir 27 treff. Et søk på «pårørende» i tidsskriftet «Rus og samfunn» på Idunn.no (Årgang 2007 – april 2015) ga 106 ulike treff. Et søk på «sosialt nettverk» ga 11 treff. De treff som var, ga lite informasjon om anvendt praksis i *hvordan* pårørende involveres i ulike behandlingstilbud, og bygger slik oppunder Lindgaard (2012) sin påstand om behov for bedre kunnskap om hvordan den eksisterende viten bringes ut i praksis.

2.5 Teori

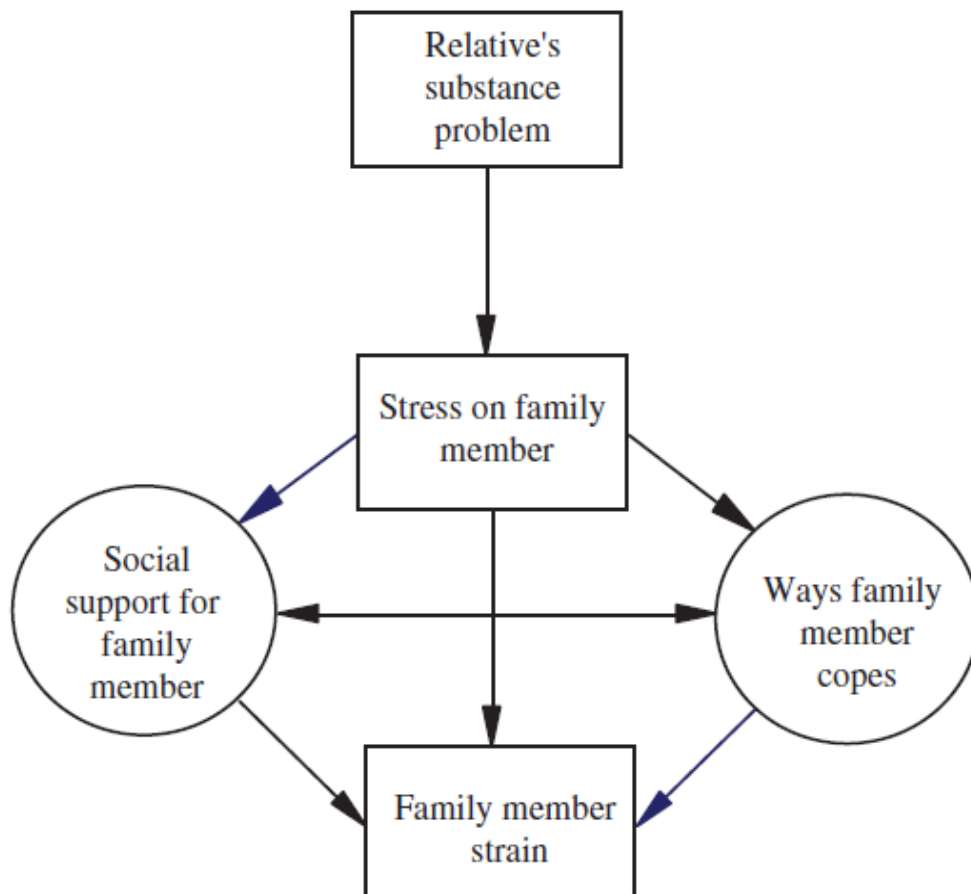
Når vi undersøker rusbehandling og familie- og pårørendeinvolvering, blir et viktig spørsmål hvordan vi skal forstå problemene vi skal «behandle». Hvordan kan et «rusproblem» eller en «rusavhengighet» forstås? Hvilket kart har vi for avhengighetslandskapet, som er det landskapet hvor mesteparten av «Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling» ferdes i? Selbekk, Sagvaag og Fauske (2014) utforsker fenomenet «avhengighet» fra et kritisk-realistisk ståsted, og forstår fenomenet som sammensatt med mekanismer både på biologisk, psykologisk, sosialt og kulturelt nivå. En utforsking av avhengighetens ontologi, hva avhengighet *er*, innebærer en utforsking av disse forskjellige nivåene, og kan gi et grunnlag for å forstå hvorfor involvering av pårørende og familie kan være virksomt i prosessen med å bli uavhengig av rusmidler. I det følgende vil jeg gjøre en gjennomgang av relevant teori, hvorav hovedparten har fokus på det «sosiale nivået» i forståelsen av avhengighet.

Innen diagnosesystemet ICD-10 (Helsedirektoratet.no) som brukes i Norge og Europa diagnostiserer en problematisk rusbruk i kategoriene «skadelig bruk» eller «avhengighetssyndrom». Det er vanlig å forbeholde bruken «avhengighet» («addiction») til situasjoner hvor individet opplever egen evne til å styre bruken som sterkt begrenset. Sellman (2009) skriver at avhengighet, forstått som «addiction», innebærer at den vanlige fleksibiliteten i menneskelig atferd i økende grad forsvinner, og individet blir «fanget» i et repeterende mønster av vanedrevete handlinger. Samtidig er det ikke enten – eller, som i spørsmålet «er du alkoholiker eller er du ikke?». Både Orford (2013) og Alexander (2008) differensierer på grad av avhengighet. Orford (2013:x) argumenterer at avhengighet bør ses på som en prosess som til enhver tid er representert i en befolkning som et kontinuum. Mange mennesker er mildt eller moderat avhengige og årsakene er sammensatte. Alexander (2008) mener avhengighet i den moderate enden av skalaen, kan overvelde et menneskes liv bare tidvis, og slik avhengighet kan være kortlivet, sterkt kontekstavhengig og sosialt akseptabel. I midten av skalaen vil den avhengige streve for å klare å leve et dobbeltliv som viser en «normal» fasade. I den alvorlige enden av skalaen, kan avhengighet være fullstendig overveldende og umulig å skjule (ibid).

Det er ulike teorier om avhengighetens årsaker, opprettholdende faktorer, og «tilfriskningsfaktorer», både hva gjelder avhengighet som sådan og avhengighet til rusmidler spesielt. Selbekk, Sagvaag og Fauske (2014) skriver at det i behandlingsmodeller som fokuserer spesielt på relasjonelle og sosiale forhold, går en skillelinje i hvorvidt en forstår avhengighet som et grunnleggende sosialt fenomen, eller et grunnleggende individuelt fenomen. De plasserer modellen «Stress-strain-coping-support» (SSCS) i sistnevnte gruppe, hvor avhengighet ses som et grunnleggende individuelt fenomen, men med sosiale konsekvenser. Orford m.fl. (2010) hevder at en av grunnene til at berørte familiemedlemmer har blitt oversett i helse- og sosialtjenestene, er mangelen av en god modell for avhengighetsproblemer og familien (ibid). Selbekk m.fl. (2014) beskriver SSCS - modellen som en søken etter myndiggjøring (empowerment) og aktørskap (agency). Hovedanliggende for modellen er å fokusere på og ivareta familiemedlemmer som er påvirket av avhengighetsproblem (Orford m.fl. 2010). Deres situasjon med å leve med alkohol- og narkotikaproblemer vurderes som svært stressende, og dersom dette stresset ikke håndteres tilfredsstillende, er risikoen for alvorlige belastninger og helseproblemer stor (ibid). Orford m.fl. (2010) mener at berørte familiemedlemmer trenger sosial støtte av god kvalitet som kan hjelpe dem å håndtere sin stressende livssituasjon. En sentral antagelse er at mennesker i slike

situasjoner har iboende og potensielle ressurser til å håndtere situasjonen, og også kan bidra med hjelp til det avhengige familiemedlemmet. Modellen anses som et verktøy for å kunne styrke og frigjøre slike ressurser hos berørte familiemedlemmer (ibid).

Figur 1: The Stress-Strain-Coping-Support Model (Orford m.fl. 2010)



Måten berørte familiemedlemmer møtes i denne modellen, er på det individuelle psykologiske nivå, med fokuset på det stress og de belastninger berørte familiemedlemmer forsøker å håndtere (Selbekk m.fl. 2014). Orford m.fl. (2005, 2010) kritiserer eksisterende modeller for å operere med et patologisk perspektiv. Deres syn er at «et perspektiv som ser familiemedlemmer som mennesker utfordret med oppgaven å forholde seg til stor stressbelastning tilbyr det klareste alternativet til modeller basert på patologi.» (Orford m.fl. 2005:19). Dette er et viktig poeng. Double bind-hypotesen til Bateson (Bateson m.fl. 1956) førte ifølge Haley (1997) nettopp til en type «offer» – perspektiv på den syke, og en skyldforskyvning til foreldre. Samtidig legger SSCS-modellen frem en forståelse av avhengighet som noe som «er» inne i individet, og forklarer ikke hvordan avhengighet kan

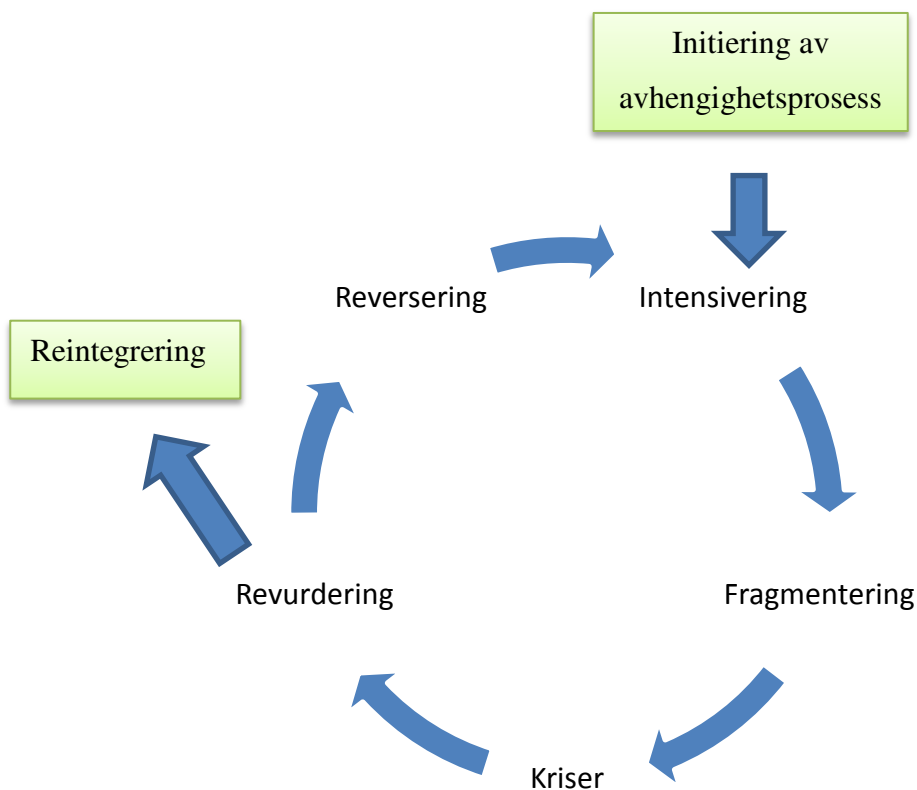
henge sammen med sosiale relasjoner. De fleste teorier om avhengighet legger vekt på at også avhengighetsproblemer og bedringsprosesser påvirkes av relasjonelle forhold (se for eksempel West 2006, Adams 2008, Alexander 2008), og Adams (2008) skriver at SSCS-modellen har en mangel idet at den ikke gir verktøy for hvordan en kan jobbe med de relasjonelle forholdene i familien. Alexander (2008) mener at også rusavhengighet er en måte å forholde seg til en vanskelig eller stressende livssituasjon, som en respons på «dislokasjon» - en opplevelse av psykologisk og sosial separasjon fra ens omgivelser. Han skriver at det tidligere dyreforsøk om rusmiddelavhengighet viser, er at “severly distressed animals, like severely distressed people, will relieve their distress pharmacologically if they can.» (Alexander 2001). Alexanders utsagn er ikke så ulikt måten psykiske problemer forstås i behandlingstilnærmingen «Åpen dialog» (Seikkula 2012). Seikkula skriver at pasientens atferd i denne behandlingstilnærmingen forstås som en normal reaksjon på ekstreme belastninger (Seikkula & Arnkil 2013:63). Han trekker inn Goolishian og Andersons (1987, 1992) konsept om det problemskape og problemoppløsende system i vurderingen rundt hvem som bør inkluderes i behandlingen (Seikkula 2012). De psykososiale problemene som er grunnlaget for at mennesker tar kontakt med behandlingsapparatet, ses i tråd med et sosialkonstruksjonistisk syn ikke som et problem *i* et individ, men et språklig definert problem i relasjoner som flere mennesker blir berørt av (Goolishian & Anderson 1987, Gergen 2015). Seikkula (2012:112) skriver at «[de sosiale] systemene skaper ikke terapeutiske problemer. Problemene oppstår i innholdet i de språklige systemene.». «Språk» forstås i vid forstand, ikke bare som det talte ord, men mer som Gadamer (2010:518) formulerer det: «*All forståelig varen er språk*». Hensikten med behandlingssamtalene med pasient og vedkommendes pårørende/familie, er å tilrettelegge for en dialog som bidrar til å skape et felles språk for de erfaringene de ulike berørte har i den problematiske situasjonen (Seikkula 2012, Seikkula og Arnkil 2013). Et sentralt poeng Seikkula (2012) har, er at forandringen skjer og trer frem *i selve dialogen* mellom ulike deltakernes ulike stemmer, ved å legge til rette for at hver enkelts stemme kan bli hørt samtidig som de oppfatter den andres synspunkt. Seikkula (2012) tilstreber et «både/og» perspektiv i samtalene. Det tradisjonelle positivistiske perspektiv tillater i utgangspunktet bare et riktig svar, mens et sosialkonstruksjonistisk eller konstruktivistisk perspektiv, vil anerkjenne at det i enhver situasjon vil finnes like mange synspunkter som deltakere (Burr 2015, Gergen 2015, Watzlawick m.fl. 1980, Foerster 1973). De relasjonene som pasienten er en del av, ses *ikke* som årsaken til pasientens psykiske problem, men samspillet, dialogen og relasjonene er sentrale på flere måter. For det første fordi «symptomet», for eksempel psykotiske problemer,

også er et uttrykk, har et meningsinnhold. Dette uttrykket er vanskelig, kanskje nesten umulig, for menneskene rundt å forstå og forholde seg til. Gjennom tilrettelegging av dialog i behandlingsmøtet forsøker en å anerkjenne og «oversette» dette uttrykket, slik at pasientens erfaringer blir mulig å forstå og forholde seg til både for pasienten selv og for det nære nettverket. Dette bidrar igjen til styring over eget liv (Seikkula 2012:175). Hvis ikke en slik gjensidig forståelse skjer, kan relasjonene på sikt kan forringes på bakgrunn av at dialogen «går i stå» og blir monologisk (Goolishian & Anderson 1987). Seikkula (2012) skriver at pasienten og nettverksmedlemmene som konsekvens kan minske sin kontakt eller at kontakten blir av dårligere kvalitet. Til sist vil muligheten for helbred minskes, fordi den sosiale støtten som er nødvendig i en slik prosess blir vanskeligere å etablere jo mer det opprinnelig støttende nettverket har trukket seg tilbake (ibid). Åpen dialog gir slik jeg ser det, en tredje vei i problemet knyttet til potensiell patologisering av enkeltmennesker. Dette gjør den ved å se problemet som organiserende for et sosialt system, i språket mellom mennesker, heller enn knyttet til et spesifikt individ.

Seikkula (2012) sin tilnærming og teori, vil passe inn i Adams (2008) beskrivelser av behandlingstilnæringer som er basert på et sosialt paradigme. Han definerer paradigme som en overordnet forståelsesramme som et verdenssyn er bygget på (ibid:19). Det sosiale paradigmet har fokus på språk, relasjoner og samspill, og bygger på en postmodernistisk tradisjon hvor kunnskap ses på som situert og kontekstuell heller enn universell (ibid:27). Adams (2008) argumenterer for at avhengighetsprosesser også bør forstås innenfor et sosialt paradigme. Han forsøker å utvikle et relasjonelt begrepssett for avhengighetsproblemer, og bruker begrepet «person i et avhengighetsforhold» («person in addictive relationship») om den som bruker rusmidler eller engasjerer seg overdrevent i en aktivitet (ibid). Som utgangspunkt for sin teori beskriver han et normalt sosialt system i et menneskes liv som sammensatt av ulike tilknytningspunkter, hvor de viktigste er tilknytningen til familie, venner, arbeid, partner, ens egen kropp, ens fortid og ens fremtid (ibid). I tillegg kan et tilknytningspunkt være en potensielt avhengighetsskapende substans eller prosess. Ved et tap eller en svekkelse av en viktig relasjon, kan avhengighetsskapende objekter bidra med en umiddelbar og attraktiv erstatning for funksjoner den tapte eller skadde relasjonen hadde (ibid). I en avhengighetsutvikling beskriver han en fragmentering av tilknytningssystemet, hvor relasjonen til den avhengighetsskapende substansen/aktiviteten blir intensivert på bekostning av andre relasjoner (ibid).

Adams (2008) definerer de menneskene som relaterer seg til personen i det avhengige forholdet, som et «avhengig sosialt system». Med dette mener han at relasjonene i dette systemet i sterk grad er styrt eller påvirket av den «avhengiges» forhold til den avhengighetsskapende substansen/prosessen. I et langtømm avhengig sosialt system, har de fleste av mennesket i det avhengige forholdet sine tilknytningspunkter blitt forringet og erstattet av styrket tilknytning til den avhengighetsskapende substansen/aktiviteten (ibid). Mer og mer av ens sosiale liv kretser rundt anskaffelse og bruk av den avhengighetsskapende substansen/prosessen, og det blir etter hvert en sentral del av ens identitet (ibid).

Veien ut fra et langtømm avhengig sosialt system beskrives som lang og usikker (ibid). I tiden det tar å gjenoppbygge sosiale tilknytninger er reversering av prosessen hvor intensiteten i relasjonen til den avhengighetsskapende substansen/aktiviteten gjenoppstår svært sannsynlig. Adams (2008) argumenterer for nødvendigheten av reintegrering for å få til varighet i endringen som gjøres. Reintegrering defineres som en prosess av re-tilknytning som beveger mennesket i den avhengige formasjonen tilbake til en normal sosial verden med et mangfold av tilknytninger (ibid). Adams (2008) illustrerer en avhengighetsprosess og reintegrering slik (Figur 2):



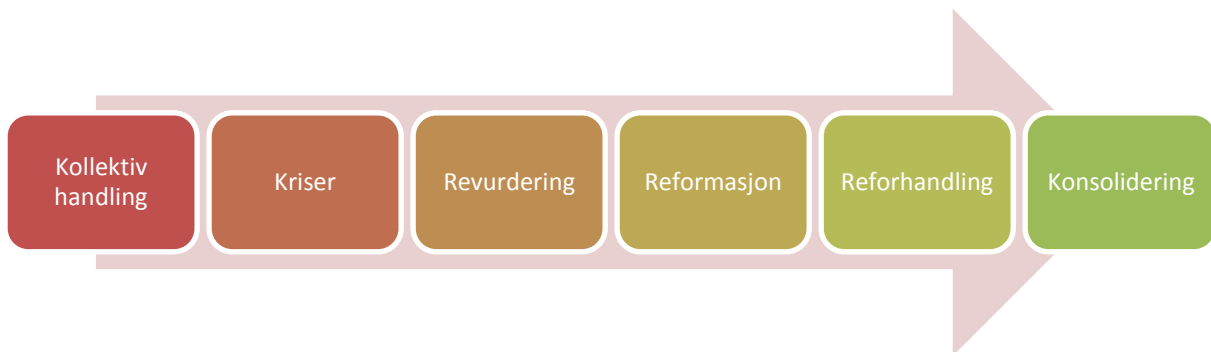
Intensivering av relasjonen til den avhengighetsskapende substansen/prosessen vokser omvendt proporsjonalt med forringelsen av andre relasjoner., noe som fører til en gradvis fragmentering og tap av kvalitet og intimitet i andre tilknytninger (ibid). Han hevder at menneskene som blir berørt av denne fragmenteringen vil utfordre avhengighetsprosessen, noe som igjen vil føre til en eller annen form for krise (ibid). Slike kriser kan igangsette revurdering og forandringsforsøk, men for å lykkes i endringen, er det ifølge Adams (2008) nødvendig med en prosess for å reparere og gjenoppbygge forhold til andre mennesker - reintegrering. Uten en slik prosess hevder han at den avhengige «konfigurasjonen» i systemet vil bevares, som i sin tur vil legge til rette for en reversering til det avhengige systemet (ibid).

Adams' (2008) sosiale teori om avhengighetsprosesser fører til en endring av ansvarsforholdene i en reintegreringsprosess. Integrering, «...en prosess, der deltakerne blir gjort og gjør seg selv til deler av helheten» (Brochmann 2014), fordrer også bidrag fra andre enn den som har relasjonen til den avhengighetsskapende substansen/prosessen selv. Adams (2008) mener individet selv er ansvarlig for en beslutning om for eksempel å slutte å bruke rusmidler, men hen har liten sjanse for å lykkes særlig langt dersom omverdenen avviser å engasjere seg i re-tilknytning. Hen vil da ikke ha noe å restrukturere sin verden med.

Gjenopprettelse av intimitet i menneskets tilknytninger er vektlagt hos Adams (2008). Han vektlegger 4 faktorer som sentrale i et intimt forhold: Nærhet (Closeness), Medfølelse (Compassion), Forpliktelse (Commitment) og Samhørighet (Accord) (ibid). Adams (2008) bruker begrepene symmetrisk og asymmetrisk om intime relasjoner, hvor symmetriske relasjoner har en relativ gjensidighet mellom de to partene. I asymmetriske relasjoner er det gjerne bare ene parten som bidrar inn med noen eller alle av faktorene som kjennetegner et intimt forhold, uten at de blir gjengjeldt (ibid). Han hevder at en person i et avhengig forhold, ikke gir tilbake den intimiteten som de andre gir til ham/henne, men retter mye av sin intimitet mot aktiviteter knyttet til den avhengighetsskapende substansen/prosessen (ibid).

Adams (2008) mener at terapeuter bør forsøke å hindre fortsatt fragmentering og styrke sosial inkludering ved å utvide rekkevidden av den første kontakten med en pasient. Dette kan gjøres ved å etablere en forventning om inkludering av det sosiale nettverket; å vurdere den sosiale situasjon og planer for reintegrering med involvering av nære andre, og legge til rette for ulike typer møter og samtaler med deltakelse fra ulike medlemmer av «det avhengige sosiale systemet» (ibid). Dette ligner på behandlingstilnærming etter Åpen dialog (Seikkula 2012).

Adams (2008) beskriver seks ulike faser av reintegrering som kan være til hjelp for å sette involvering av familie og nettverk ved avhengighetsproblemer inn i en behandlings- og oppfølgingskontekst:



Figur 3: Adams' seks faser for reintegrering

Den første fasen, kollektiv handling, handler om hvordan bekymrede involverte snakker sammen og koordinerer sin innsats for en endring i situasjonen overfor personen i det avhengige forholdet (ibid). Han mener kombinasjonen av kollektiv handling og motreaksjoner fra personen i det avhengige forholdet vil føre til en eller annen form for krise, som er den andre fasen (ibid). Få kriser fører videre til reintegrering, men han hevder at en slik krise åpner et midlertidig mulighetsvindu for forandring (ibid). I tilfeller hvor muligheten gripes, beskriver han den neste fasen som «Revurdering» (ibid). Da er det viktig at parten i det avhengige forholdet og de rundt som er involvert vurderer å enten gå tilbake til «den vanlige tralten», eller å forandre den. Fase 4, «Reformasjon» beskrives av Adams (2008) som den viktigste fasen i reintegreringsprosessen. Målet er å bevege seg bort fra den asymmetriske tilstanden av et avhengig sosialt system, og gjenoppdage en verden av mangfoldige, symmetriske forhold. Dette er en sosial prosess og må involvere både personen som forlater det avhengige forholdet og andre pårørende (ibid). Reforhandlingsfasen beskrives som tiden hvor foreldre starter samtalen om tema som skade og forsømmelse av barna, par utforsker konflikt- og kommunikasjonstema, og familiemedlemmene starter å utforske hva de ønsker i sine forhold i fremtiden (ibid). Denne fasen setter kursen for fase 6, «Konsolidering». De forpliktelsene og forholdene folk ønsker eller ikke ønsker er relativt avklart, og denne fasen avgjør robustheten av det reformerte sosiale systemet (ibid). Reversering til tidligere handlings- og samhandlingsmønstre er i hele prosessen en mulighet. Adams (2008) hevder at flere av disse fasene i seg selv kan pågå i år, og at hele prosessen med å reformere de fragmenterte tilknytningene sannsynligvis kan ta 5-10 år, hvor det er behov for større eller mindre grad av pågående støtte og hjelp i hele denne prosessen.

Adams (2008:263) ser terapeuten eller behandleren sin rolle i stor grad tilsvarende den Seikkula (2012) beskriver for Åpen dialog; som en person som kan fasilitere for endringsprosesser, dialog og retilknytning mellom viktige mennesker i personens liv, fremfor en «ekspert» som skal komme med løsningene.

2.5.1 Oppsummering og diskusjon av teori

Selbekk m.fl. (2014) beskriver at SSCS-modellen innebærer en vektlegging på den sosiale siden av avhengighet som fenomen, samtidig som Orford et. al (2010) gjør et skille mellom fenomenet avhengighet som sådan, og hvilken innvirkning avhengigheten har på de sosiale omgivelsene. Seikkula (2012) og Åpen dialog- tilnærmingen har ikke et spesielt fokus på avhengighetsproblemer, men gir en ramme for en sosialt nettverksorientert og dialogisk forståelse og behandling ved ulike psykososiale problemer. Adams (2008) fokuserer spesielt på avhengighet som et relasjonelt fenomen. Hans modell er etter mitt syn sterkest som en mer overordnet forståelsesramme og modell for tilrettelegging av en sosial og relasjonell behandlingspraksis i rus- og avhengighetsfeltet, men kan være noe lineær i fasebeskrivelsene i en avhengighets- og reintegreringsprosess. Modellen er også mindre spesifikk enn Seikkula (2012) på hvordan endring i de terapeutiske møtene skjer.

Selbekk et. al (2014) skriver at forskjellene mellom Orford m.fl. (2010) og Adams (2008), dreier seg rundt vektleggingen av psykologiske eller sosiale mekanismer, og mellom aktørskap eller struktur, som forskjellige nivå². Fokus på aktørskap vil gi en annen behandlingstilnærming for familie og nettverk enn hvis en fokuserer på struktur. Dersom en fokuserer på de ulike individuelle problemene som oppstår rundt et avhengighetsproblem, ser en familiemedlemmene som individer i en vanskelig situasjon hvor de trenger støtte og hjelp til å håndtere (cope) sin livssituasjon, bli *aktører* i eget liv, uavhengig av deres forhold til mennesket som «har» avhengigheten. Et slikt synspunkt vil logisk forsterke fokus på praksistilnæringer som individuelle tilbud og gruppetilbud for berørte familiemedlemmer. På den annen side vil fokus på relasjoner og struktur vektlegge viktigheten av å engasjere seg i mellommenneskelige forhold og systemer, med formål å bedre familieforhold, familiefunksjoner, og mellommenneskelige forhold utenom familien. De argumenterer at behandlingstilnæringer på begge disse premisene kan være viktige, men at deres relevans i et behandlingsløp vil avhenge av situasjon og tidspunkt (Selbekk m.fl. 2014)

² Nivå, lag eller «strata», jamfør Kritisk realismes beskrivelse av virkeligheten som delt i ulike lag/ nivå eller strata

3 Metodologi

3.1 Vitenskapsteoretisk grunnlag

Jeg har valgt et kritisk realistisk vitenskapsteoretisk ståsted for denne undersøkelsen. Kritisk realisme bygger sin plattform fra ontologi; læren om hva som *er* (Fosshagen 2014). Det grunnleggende ontologiske spørsmålet i den kritiske realismen er: «Hvordan må virkeligheten være beskaffet for at vitenskap skal være mulig?» (Archer, Bhaskar, Collier, Lawson, Norrie, 1998:18, min oversettelse). Bhaskar argumenterer for at vitenskap er en sosial virksomhet hvis mål er å produsere kunnskap om en virkelighet som eksisterer uavhengig om vår viten om den, men denne virkeligheten er ikke umiddelbart gitt og empirisk tilgjengelig (Danermark m.fl. 2002).

Bhaskar (1998:41) deler virkeligheten inn i tre domener; Det Virkelige domenet («Real»), det Faktiske domenet («Actual») og det Empiriske domenet («Empirical»). «Det Virkelige domene» består av strukturer og mekanismer som forårsaker hendelser, hvor det finnes kausale sammenhenger til det Faktiske domene. Det Faktiske domenet er begivenheter, fenomener og hendelser som skjer uavhengig av om vi oppfatter dem eller ikke, mens Det Empiriske domenet er det sansbare domenet, det vi erfarer og oppfatter. «Det Virkelige Domene» beskriver Bhaskar som det «intransitive» objekt i vitenskapen. Det kan ikke «fanges» fullstendig, og den påvirkes heller ikke av våre beskrivelser av den. Vitenskapen er en systematisk undersøkelse i det «Empiriske domenet», og gjennom denne undersøkelsen et forsøk på å beskrive og forstå hendelser i «det Faktiske domene» og mekanismer i «det Virkelige domenet» som forårsaker disse hendelsene.

Forskningsobjektene i samfunnsvitenskap (social science) er både sosialt skapt og sosialt definert (Danermark m.fl. 2002). Kultur og samfunn er generert av menneskelig aktivitet, noe som betyr at et samfunn er i kontinuerlig forandring grunnet menneskelige handlingers omskiftelige natur. Menneskene som studeres i samfunnsvitenskapen er selv aktive deltakere i kunnskapssøken, og den sosiale verden er til enhver tid en verden som andre mennesker allerede har tolket og tillagt mening, og fortsetter å tolke, gjentolke og tillegge mening. Samfunnsvitenskapene må derfor gjennomføres på hermeneutiske premisser (Danermark m.fl, 2002). Læg Reid og Skorgen (2006) skriver at hermeneutikk har en tredelt betydning: uttrykk, fortolkning, og oversettelse. En «hermeneutisk operasjon» er arbeid med forståelse for øye (ibid). Innenfor hermeneutikken vektlegges det at alle tolkninger vi gjør av et fenomen, gjøres på bakgrunn av en forforståelse (ibid). Vi ny møter alltid en ny situasjon med en forforståelse,

«kart», som bygger på våre tidligere erfaringer, og nye erfaringer farges og begrenses av disse (se for eksempel Gadamer 2010). For samfunnsvitenskapen betyr det at andre menneskers oppfatninger og forståelser blir en udelelig del av forskningsobjektet, og studier av sosiale forhold forutsetter en «dobbel hermeneutikk», hvor den kritiske dimensjonen alltid er tilstede (Danermark m.fl. 2002). Forskeren må fortolke fenomener som allerede er fortolket av andre, og både forskningsobjektene tolkninger og forskerens gjentolkninger av deres tolkninger vil være farget på en eller annen måte. Outhwaite (1996 gjengitt i Andersen 2007:17). skriver at vi har bruk for en kritisk hermeneutikk, fordi meninger og forståelsen av meninger ikke kan skilles fra makt- og dominansrelasjoner og forsøket på å trenge gjennom dem: de farger både forskningsobjektene og forskerens meninger. Kritisk realisme grenser til det Burr (2015:25) kaller for «makro sosial konstruksjonisme», hvor språk ses i tett sammenheng med materielle eller sosiale strukturer, sosiale relasjoner og institusjonaliserte praksiser

3.2 Min forforståelse, august 2015

Jeg har lenge vært opptatt av hvordan møter mellom mennesker kan bidra til endring. Boken «Reflekterende prosesser» (Andersen 2005) med sine ideer for samtalen og vektlegging av sosiale relasjoner har påvirket meg mye. Senere satt jeg meg nærmere inn beskrivelser av behandling basert på «Åpen dialog» (Seikkula 2012, Seikkula og Arnkil 2013), og i perioden 2009-2013 ledet jeg et prosjekt i Stiftelsen Kirkens Bymisjon i Bergen hvor vi brukte tilnærming basert på Åpen dialog og reflekterende prosesser i arbeid med rusmiddelbrukere (Skatvedt og Edland-Gryt 2012, Kalsås 2013). Pårørendeinvolvering ble etter hvert et viktigere tema for meg under prosjektperioden, og har vært det siden.

Slik jeg ser på langvarig rusmiddelavhengighet, medfører det en kronisk sårbarhet hos individet. Det vil si at risiko for reversering eller tilbakefall varer ved i lang tid. Jeg mener også resultatene av rusbehandling gjennomgående er for dårlige. Mitt syn er at dette henger sammen med et behandlingsapparat som i for liten grad er tilpasset avhengighetsproblemers «natur», og jeg mener det er særlig mangel på gode psykososiale tiltak med rask respons, og generelt for liten vekt på det «sosiale nivået» av problemet. De sosiale relasjonene er den nærmeste kilden til ressurser, men de samme sosiale relasjonene kan også virke negativt inn på et avhengighetsproblem. Etter mitt syn bør behandlingsapparatet i større grad å tilpasse behandlingen denne sammenhengen.

En del av bakteppet er at jeg selv i over 15 år har hatt en livspartner som har vært plaget med en spiseforstyrrelse. De problemene hun og vi har erfart, har mange likhetstrekk med de

avhengighetsproblemene som de pasientene jeg møter i mitt profesjonelle liv beskriver. Jeg har også kjent hvor vanskelig dette problemet har vært for meg som har vært nær. En klar forståelse jeg har etter disse årene, er at hennes avhengighetsproblemer påvirkes av hvordan jeg forholder meg. Samtidig er det ingen lineær sammenheng mellom hva jeg gjør, tenker og sier, til hennes forhold til mat og kropp. Jeg tror mine viktigste bidrag som «pårørende», har handlet om aksept og tålmodighet for henne i den situasjonen hun er, de gangene jeg har klart det. Disse erfaringene farger også min holdning til rusbehandling og forholdet til pårørende.

Jeg håper jeg gjennom undersøkelsen vil få funn på gode erfaringer med ulike alternativer for pårørendesamarbeid, og kontekstuell kunnskap gjennom konkrete eksempler på hvordan involvering kan gjøres. Jeg ønsker også å få frem historier med utfordrende pårørendeinvolvering. Hva har utfordringene vært? Og hvordan har de forholdt seg til dem? Jeg håper å få noen funn på situasjoner hvor pårørende *ikke* har blitt involvert eller samarbeid har fungert dårlig og begrunnelser for dette. Handler det om juridiske forhold, etiske forhold, faglige grunner, personlige årsaker, strukturelle årsaker, rapporterings- og inntjeningskrav, eller annet?

Jeg håper å ikke bare finne «honnørhistorier». Ideen om at «vi hadde bare en samtale, så snudde alt», er en ide som jeg sjelden har erfart fungerer i møte med praksis. Vendepunkt kan skje *i* eller som konsekvens av en samtale, men hva videre? Er det et alvorlig avhengighetsproblem, så kan en gjøre nesten samme hva man vil av godt arbeid, og allikevel må man tenke at dette problemet forsvinner ikke: behandlingen må følges opp. Jeg håper å finne en dybde i erfaringene og en grundighet i praksisen som gjør den robust i en faglig debatt.

3.3 Beskrivelse av virksomheten som skal undersøkes

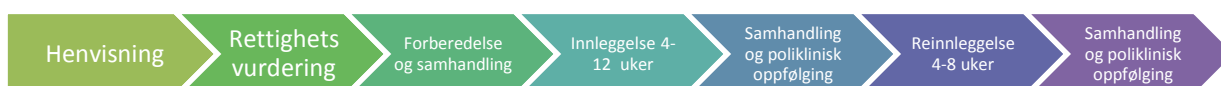
Jeg har fått tillatelse til å navngi virksomheten som jeg forsker innenfor (vedlegg 1). Lade behandlingssenter Blå Kors BA (LBS) har en driftsavtale med Helse Midt Norge RHF om å yte tjenester innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (Lade Behandlingssenter 2014). Senteret omfatter en akutt- og avrusingsavdeling, en poliklinisk avdeling, en skjermings- og utredningsavdeling, og en klinikkavdeling³. Klinikkkavdelingen er den avdelingen som hvor døgntilleggsbehandlingen gis, det vil si lengrevarende innleggelse hvor det gis

³ Vedlegg 3, Organisasjonsplan Lade behandlingssenter per 090215

et aktivt terapeutisk tilbud. Klinikkavdelingen er også den avdelingen som er fokus for denne undersøkelsen.

Målgruppen for Klinikkavdelingen beskrives å være kvinner og menn fra 23 år med rusrelaterte problemer (Lade BS u.å.). Prestvik og Flatås (2016) definerer målgruppen nærmere til pasienter med alvorlig alkohol- og/eller medikamentmisbruk. Det er separate poster for menn og for kvinner, og det vektlegges samarbeid med innsøkende instans og pasient både før, under og etter innleggelsen (Lade BS u.å.).

I presentasjonen som ble brukt på pårørendekveld 15.09.15⁴ beskrives rammene i behandlingen, og vanlige behandlingsløp for pasienter. Tiden fra pasient har fått en dato for innleggelse til innleggelsen faktisk skjer, kalles «forberedelsestid og samhandling». De første kontaktpunktene med pasientene skjer i dette tidsrommet, og det er ansatte med tittel «samhandler» som har ansvar for kontakt med pasient, pårørende og samarbeidende instanser da. Innleggelsene har en tidsramme på 4-12 uker, og i tiden etterpå kan behandling følges opp gjennom samhandling og poliklinikk. Denne behandlingen innbefatter ulike kombinasjoner av ansvarsgruppemøter, individualsamtaler, polikliniske oppfølgingsgrupper, samt par og familie/pårørendesamtaler. For en del pasienter er det aktuelt med en reinnleggelse på 4-8 uker etter en periode, og deretter kan det igjen være aktuelt med oppfølging som etter første innleggelse. Dette kan visualiseres på denne måten:



Figur 4: Behandlingsløp Lade Behandlingssenter

Fra LBS sin nettside skriver de at behandlingssenteret ønsker å gi et tilbud til alle som definerer seg selv som pårørende (Lade BS u.å.). Flatås og Prestvik skriver i en artikkel i om det familie- og pårørendeorienterte arbeidet ved klinikkavdelingen, at rusproblem oppstår, opprettholdes og må løses i relasjoner (2016). Ofte blir ikke rusbruk snakket om i familiene de jobber med, og de bruker begrepet «den usynlige muren» om manglende samtale og åpenhet om problemene (ibid). I behandlingen beskrives en målsetting om å bryte denne muren (Wiig 2015).

⁴ Vedlegg 4, Powerpoint brukt på pårørendekveld 150915

3.4 Kvalitativ metode

Kvale og Brinkmann (2009:199) skriver at begrepet metode opprinnelig betyr veien til målet. Kvalitative metoder sier noe om ikke-tallfestede data ved fenomenet som undersøkes (Larsen 2007). Det å oppnå en forståelse av sosiale fenomener er en viktig målsetting med kvalitative tilnærminger (Thagard 2009:11).

Målet med denne studien er å utvikle kunnskap om hvordan involvering og samarbeid med pårørende til pasienter i rusbehandling kan gjøres. En praksis mellom behandlere i en rusbehandlingssenhets, pasientene og deres pårørende er et sosialt fenomen, og det er hva ansatte vektlegger i denne praksisen, som er fokus for undersøkelsen.

3.4.1 Utvalg og rekruttering

I februar 2015 tok jeg telefonisk kontakt med avdelingsleder for Klinikkavdelingen ved LBS. Hun fortalte at alle klinisk ansatte ved avdelingen var deltakende i pårørendeinvolveringen. Aktuelle informanter i undersøkelsen ble dermed alle som er involvert i pårørendesamarbeid ved LBS.

For å besvare problemstillingen vurderte jeg det som interessant å få med ulike stemmer på hvordan arbeidet blir beskrevet, utført og betraktet fra flere posisjoner ved klinikken, og jeg konkluderte med at fokusgruppeintervju ville være egnet for dette. Gruppeintervju ga mulighet til å involvere en større del av ansattgruppen enn individuelle intervju, og ville dermed gi et mer representativt bilde av hvordan ansattgruppen forholder seg til pårørendeinvolvering. I samarbeid med ledelse på senteret ble alle ansatte i klinikkavdelingen med to års erfaring forespurt til deltakelse i fokusgruppe (Vedlegg 5).

Jeg sendte ut forespørsel om deltakelse til alle klinisk ansatte på klinikkavdelingen ved LBS, tilsammen 19 personer. De som ønsket å delta signerte samtykkeskjemaet. Ansatte med ulik utdanning, stillingsfunksjon og kjønn ble representert i fokusgruppene. De ulike utdanningsbakgrunnene var sosialfaglig utdanning, de fleste med videreutdanning/spesialisering, helsefaglig utdanning på høyskolenivå med videreutdanning og/eller spesialisering, samt psykologfaglig utdanning.

Fastsettelse av tidspunkt for intervjuene ble gjort og forespørsel om deltakelse ble sendt ut til alle aktuelle informanter 11. august 2015. 27. august hadde syv ansatte svart positivt på henvendelsen, hvorav seks av dem var i målgruppen. Årsaken til at en ansatt ikke var i målgruppen, var for kort yrkeserfaring. Avdelingsleder hadde i tillegg mottatt positivt svar fra 4 ansatte, slik at det totale antall ble ti ansatte. Disse ble delt i to grupper á fem personer.

3.4.2 Datainnsamling: Fokusgruppeintervjuer

I denne undersøkelsen har det vært en avveining mellom å gjennomføre to blandete fokusgrupper (ansatte med ulike egenskaper som for eksempel profesjon og posisjon i begge gruppene), en to-trinns fokusgruppe (samme gruppe intervjues to ganger), eller parallelle fokusgrupper (ansatte blir plassert i ulike grupper basert på egenskaper, eksempelvis utdanningsbakgrunn, kjønn eller hierarkisk posisjon). Piercy og Hertlein (2005:89) skriver at de fleste eksperter vektlegger homogenitet (likhet) mellom fokusgrupped medlemmer, på bakgrunn av at deltakerne typisk uttaler seg mer fritt i en slik kontekst. Klinikkavdelingen har ansatte med forskjellige funksjoner og ulik profesjonsbakgrunn. Ledere og underordnede har forskjellig hierarkisk posisjon, og ansatte i forskjellige roller med forskjellig profesjonsbakgrunn kan ha forskjellige måter å forholde seg til pårørende på. Dette kan tas til inntekt for at parallelle fokusgrupper kunne vært hensiktsmessig i denne studien. Dallos og Vettere (2005) argumenterer på den annen side at ulempen med for homogene grupper er at det kan sette hindringer for tenkning ved at det blir for liten forskjell i synspunkter. I drøfting med veileder valgte jeg å vektlegge fordelene med å få frem hvordan de ansatte diskuterer og reflekterer om pårørendeinvolvering ved klinikken på tvers av utdanningsbakgrunn og stilling. Derfor ble blandete fokusgrupper vurdert som mest hensiktsmessig. Å gjennomføre en to-trinns fokusgruppe kunne bidratt til å utvikle tenkningen og gi mer dybdekunnskap omkring forskningsspørsmålene, noe som ville vært positivt. Å gjennomføre dette praktisk ble derimot av geografiske og tidsmessige grunner vurdert for vanskelig, fordi begge intervju måtte gjennomføres i løpet av én uke. Jeg valgte derfor å gjennomføre to blandete fokusgruppeintervju med ulike deltakere..

Intervjuene ble gjennomført med én dags mellomrom. Jeg bestemte meg etter fokusgruppeintervju én å endre noe på intervjuguiden (vedlegg 7). Jeg endret det første spørsmålet, som i første intervju var helt åpent formulert: «Det innledende spørsmålet er det at dere har profilert dere på samarbeid og involvering av pårørende i behandlingen deres. Kan dere fortelle litt om den praksisen.» Jeg ønsket å få frem tydeligere detaljer om den overordnede strukturen enn det jeg fikk frem i det første intervjuet, og dette spørsmålet ble derfor endret til: « (...) fortell kort om de viktigste strukturene i pårørendearbeidet deres, hvordan det er lagt opp». Utover dette gjorde jeg ingen endringer i spørsmålene fra første til andre fokusgruppeintervju. Det første spørsmålet ble brukt ordrett i hvert intervju, mens de andre spørsmålene ikke ble stilt ordrett. Intervjuene var semistrukturerte, så intervjuguiden ble

kun brukt veiledende. Bredden i temaene intervjuguiden var ment å dekke, ble dekket i begge intervjuene. I første intervju ble det etiske dilemmaet som angikk lojalitet i behandler-pasientrelasjon ganske grundig utforsket, og hoveddelen av dette funnet kommer fra det første intervjuet. I det andre intervjuet ble den pårørendeorienterte strukturen mer grundig utforsket, og mesteparten av dette funnet stammer fra det intervjuet.

3.4.3 Analysemetode

Som metode for denne undersøkelsen har jeg valgt tematisk analyse (Braun & Clark 2006). Tematisk analyse er en metode for å identifisere, analysere og beskrive mønster i data (ibid). Et tema fanger noe viktig om dataene i forhold til forskningsspørsmålet, og representerer en type mønster i responsene eller meningene i datasettet (ibid).

Braun og Clarke (2006) beskriver en steg-for-steg prosess for tematisk analyse av et datasett: Det første steget handler om å bli kjent og fortrolig med dataene (ibid). Datasettet er fokusgruppeintervjuene og lydopptakene av dem, og det å bli kjent med dem, handler om å bruke tid til å lytte til intervjuene, transkribere dem, lese den transkriberte tekst, og notere ideer. Intervjuene ble tatt opp med lydopptaker, og jeg transkriberte dem i de påfølgende ukene. Deretter leste jeg gjennom en gang uten å dele i noen kategorier, mens jeg i andre gjennomlesing grovkategoriserte uttalelsene med de opprinnelige forskningsspørsmålene i mente. Jeg noterte P i margin på utsagn som beskrev praksisutøvelsen, og F på utsagn som jeg tolket som faglige begrunnelser. Jeg førte samtidig logg med ideer for analysen.

Steg to er å generere foreløpige koder av interessante sider ved dataene på en systematisk måte gjennom datasettet (ibid). Å kode betyr å sammenfatte meningsbærende utsagn fra intervjuene med få ord. Meningsbærende utsagn er utsagn fra respondentene som sier noe om eksisterende forskningsspørsmål og problemstilling, eller som representerer et interessant tema i seg selv. Noen meningsbærende utsagn kodet jeg og vurderte som ganske sikre under tema «Faglige begrunnelser», mens andre meningsbærende utsagn ble kodet og passet bedre som «Dilemmaer». Andre igjen kunne forstås som «nye utfordringer/dilemmaer», som åpnes nettopp fordi pårørendes perspektiver kommer frem og tydeliggjøres når de jobber pårørendeorientert. Jeg gjorde så et forsøk på å dele opp kodene som var samlet under «Faglige begrunnelser», hvor noen ble sortert under «Faglig dilemma», mens andre under «Faglige begrunnelser» Koder under faglige dilemma kategoriserte jeg foreløpig i undertema «Faglig undring/utfordring», «Etisk dilemma» og «Utforsket område».

Steg tre handler om å sammenligne de dataene som er kodet, og samle de relevante data til hvert potensielle tema (ibid). Jeg hadde laget et potensielt overordnet tema «Faglige

begrunnelser», og vurderte følgende undertema til dette temaet: «Direkte formidling og påvirkning», «tilegnelse av informasjon/forstå mer/utvide kontekst», «gjenoppretting av relasjoner», «åpning av muligheter» og «pasients opplevelser/erfaringer/uttrykk»

En del av kodene samlet jeg under hovedtema «Faglige dilemma», og vurderte undertema: «Grenser vold/omsorgssvikt barn». Under tema «Beskrivelse av praksisutøvelse» sorterte jeg koder på foreløpige kategorier «overordnede strukturer», «samtalestrukturen», «Spørsmål» og «gi informasjon»

I steg fire skal man vurdere temaene og skape et tematisk kart over analysen (ibid). De meningsbærende utsagn jeg hadde kodet, bestemte jeg meg for å samle under de ulike temaene «Faglige begrunnelser», «Faglige utfordringer», «Etiske og faglige dilemma», «Overordnede strukturer», «Samtalestruktur», og «Spørsmål». Jeg sorterte kodene først manuelt med papirlapper under de forskjellige tema, deretter la jeg dem inn i et elektronisk tankekart, dataprogrammet «FreeMind», som jeg brukte som mitt tematiske kart.

Steg fem handler om å definere og navngi temaene, finne ut hva som kjennetegner dem, og hva analysen som helhet forteller (ibid). De meningsbærende utsagn jeg valgte å kode og samle under tema identifiserte jeg først teoretisk på bakgrunn av mine problemstillinger og forskningsspørsmål (deduksjon). Etter å gjort en førsteinndeling av koder og tema, lest gjennom teoridelen igjen, sett på de meningsbærende enhetene jeg hadde kodet, og lest gjennom en del av intervjuene, bestemte jeg meg for å endre flere av de opprinnelige temaene (induksjon). Dette bestemte jeg meg for samtidig som jeg endret det ene forskningsspørsmålet, og la til et nytt. Et opprinnelig forskningsspørsmål var: «Hvordan beskrives praksisutøvelsen». Jeg vurderte at dette spørsmålet i liten grad var egnet for analyse, og fjernet det. Jeg la i stedet til to andre forskningsspørsmål:

- Hvilke strukturelle og prosedyremessige faktorer beskrives som viktige for å gjennomføre et godt pårørendeorientert arbeid?
- Hvilke faglige utfordringer og etiske dilemma erfarer de i slik praksis?

Dette gir analysen også et induktivt element, siden den nye tematiske inndelingen kom som et resultat etter at de kodete meningsbærende enhetene og deler av datasettet igjen ble gjennomgått. De overordnede temaene i det tematiske kartet navnga jeg til slutt som «En pårørendeorientert struktur», «Dilemma og utfordringer ved familie- og pårørendeinvolvering» og «Begrunnelser for pårørendeorientert praksis». Under temaet

«Begrunnelser for pårørendeorientert praksis» sorterte jeg kodene under 3 nye undertema på bakgrunn av hvilken funksjon eller effekt ansatte vektla ved pårørendeinvolveringen: «Sosialt - og relasjonelt orienterte begrunnelser», «individorienterte begrunnelser» og «behandlerorienterte begrunnelser». Hva som kjennetegner hvert tema kommer nærmere frem i analysedelen av oppgaven.

Trinn seks omfatter ferdigstilling av rapporten, å velge ut illustrerende eksempler fra teksten, og relatere analysen tilbake til forskningsspørsmål og litteratur. Trinn seks er med andre ord den fullstendige studien. Studiens tre hovedfunn ble:

- 1) En tydelig pårørendeorientert behandlingsstruktur er viktig for det pårørendeorienterte arbeidet.
- 2) Ansattes ulike begrunnelser for det pårørendeorienterte arbeidet påvirker om vektlagt behandlingstilnærming er sosialt orientert eller individuelt orientert.
- 3) En familie- og pårørendeorientert praksis gir nye faglige og etiske utfordringer.

3.4.4 Etiske refleksjoner og vurderinger

Piercy & Hertlein (2005) fremhever at gruppesettingen gir fokusgruppe som metode spesielle etiske avveininger. I denne studien kan ansatte føle et sosialt press henimot visse typer uttalelser, mens andre synspunkter er mindre populære. De synspunkter som deltakere uttrykker i gruppen, kan få en sosial konsekvens for den aktuelle deltakeren. Piercy & Hertlein (2005) vektlegger at deltakerne skal føle seg trygge nok i settingen til at de skal kunne gi upartiske og ærlige responser. De skriver at forskeren bør gi informasjon om hvordan resultatene vil bli brukt, opplyse om forhold knyttet til lyd- og videoopptak, og kommunisere tydelig deltakernes rett til å avslå invitasjon om å delta (ibid). Dette er informasjon som ble gitt som en del av forespørselen til å delta i intervjuene (vedlegg 5). Piercy & Hertlein (2005) anbefaler videre at etiske regler som taushetsplikt blir tatt opp i forkant av gruppeintervjuet, noe jeg gjorde i begge intervjuene. Min opplevelse var at deltakerne virket trygge i settingen, også i det ene intervjuet som ble preget av at en deltaker kom senere enn de andre. Det ble i liten grad konfidensielt innad på klinikken hvilke ansatte som deltok i studien. Dette skyldtes primært at deltakerutvalget representerte en stor andel av ansattgruppen, og at intervjuene ble gjennomført på selve klinikken. At behandlingssenteret er navngitt, spiller også inn på grad av konfidensialitet. For i størst mulig grad ivareta deltakernes anonymitet gitt disse forutsetningene, er navn og kjønn på deltakerne i intervjuene fiktive. At graden av anonymitet

er begrenset, ville vært mer problematisk dersom det var sensitive og private tema som var fokus i studien. Jeg vurderer ikke temaet for studien å være av en slik type.

I intervjuene refererer deltakerne til ulike situasjoner som involverer pasienter og pårørende. De fornavn som brukes er endret både i transkripsjon og sitater i analysedelen. Studien er meldt inn og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (vedlegg 6)

3.4.5 Studiens kvalitet

Viktige begreper i vurderingen av studiens kvalitet, er validitet, reliabilitet og overførbarhet. Validitet handler om forskningens gyldighet (Thagaard 2009:22). Kvale & Brinkmann (2009) skriver at å validere betyr å fortløpende kontrollere og stille spørsmål til sin plan og fremgangsmåte i forskningen: «Er de enkelte fasene i forskningsprosessen fornuftige og forsvarlige, og understøtter de forskerens konklusjoner?» (ibid:254). Reliabilitet handler ifølge Thagaard om forskningens pålitelighet, altså i hvilken grad forskeren redegjør for hvordan data utvikles, for relasjoner til informantene, og hvilken betydning erfaringer i felten betyr for dataene forskeren får (2009:22). Overførbarhet handler om i hvilken grad forståelsen som utvikles innenfor rammen av prosjektet er relevant i andre sammenhenger (ibid). Jeg vil nedenfor redegjøre for disse tre ulike faktorene i denne studien.

Validitet

Problemstilling er blant annet basert på et systemisk litteratursøk etter forskning på rusbehandling som innbefatter familie- og/eller pårørendeinvolvering⁵.

Valg av problemstilling passer sammen med at det er ansatte på en rusbehandlingsklinikk som blir spurt om å svare på den. De tre forskningsspørsmålet fokuserer på ansattes synspunkter, opplevelser og erfaringer. Det ene forskningsspørsmålet, har to spørsmål i seg: «hvilke faglige betraktninger vektlegges, og hvordan påvirker de praksisutøvelsen?». Hvordan de faglige betraktningene påvirker praksisutøvelsen, får jeg gjennom fokusgruppeintervjuet kun ansattes beskrivelser av. Det kan være en uoverenstemmelse mellom hva ansatte sier om praksisutøvelsen, og hva de faktisk praktiserer. Fokusgruppeintervju gir en fordel knyttet til intersubjektivitet i praksisbeskrivelsene. I intervjuene supplerte, nyanserte og korrigerende deltakerne hverandre når de beskrev sin praksis, og det er derfor sannsynlig at beskrivelsene gir et bedre bilde av den faktiske praksisen, enn hva individuelle intervjuer ville gjort.

⁵ vedlegg 2: Dokumentasjon av litteratursøk

Min egen erfaring og kjennskap til rusfeltet gjennom 15 år øker sannsynligheten for forståelse av intervjudeltakernes utsagn, og at oppfølgingsspørsmålene jeg stilte var relevante for temaet. Samtidig gjør det at jeg går intervjutemaet i møte med en betydelig forforståelse som også kan komme i veien for å utforske tema. For å bli mer bevisst min egen forforståelse i forkant, fortalte jeg om den til en medstudent og beskrev den deretter skriftlig før intervjuene ble gjennomført.

En ulempe med fokusgruppeintervju er at det kan være et press mot visse type utsagn/responser (Piercy & Hertlein 2015). En etablert kollegagruppe har i tillegg til formelle strukturer, sannsynligvis relativt faste samhandlingsmønstre og uformelle rollefordelinger. Fokusgruppedeltakerne skal i denne studien også forholde seg til sine kollegaer etterpå. Dette er faktorer som kan bidra til forsiktighet i deltakernes uttalelser. Samtidig kan kolleger som er trygge på hverandre raskere gi uttrykk for vanskelige problemstillinger enn en setting hvor gruppedeltakerne ikke kjenner hverandre. De vil også i mindre grad bli påvirket av intervjuer. Mitt inntrykk var at denne effekten viste seg svært tydelig i det ene intervjuet, og noe mindre tydelig i det andre.

I analysekapittelet kommer det frem funn som er dominert av sosialt- og relasjonelt orienterte begrunnelser fremfor individorienterte for involvering av pårørende. Det at dette temaet er så mye større enn de individorienterte temaene, handler kanskje i noen grad om konteksten undersøkelsen ble gjennomført i. Temaet i intervjuene var i utgangspunktet spisset inn mot pårørendeinvolvering. På den annen side er spørsmålene åpent formulert, og deltakerne kunne ha valgt en annen inngang til temaet dersom de ønsket. Jeg tror ikke min egen forforståelse skal ha påvirket deltakernes uttalelser i særlig grad på dette området. Gruppesettingen kan derimot ha påvirket det i en del grad, da noen stemmer kommer sterkere frem enn andre i et slikt intervju. Individuelle intervjuer ville ha ført til andre uttalelser.

Reliabilitet - pålitelighet

Jeg hadde i forkant av intervjuene kontakt med klinikkleder som ga meg mulighet til å gjennomføre intervjuene, og hjalp meg å legge til rette for gjennomføring av dem. Jeg hospiterte også ved klinikken samme uke som jeg gjennomførte fokusgruppeintervjuene. Dette betydde at jeg hadde truffet og snakket med de fleste deltakerne i fokusgruppene før selve intervjuene ble gjennomført, og noen av deltakerne mer enn andre. Intervjuene skjedde på dag to og tre av hospiteringen på til sammen 5 dager.

En ansatt i lederfunksjon deltok i fokusgruppeintervjuet. Det hierarkiske forholdet mellom leder og underordnet ble først drøftet med den ansatte med lederfunksjon. Vi ble enige om å adressere dette temaet i starten av fokusgruppeintervjuet, hvor vedkommende også fikk understreke viktigheten av at folk uttalte seg mest mulig åpent, også hvis de var uenig. Ansatt i lederfunksjon sendte en epost til forespurte ansatte vedrørende vedkommendes rolle: *Jeg blir med på et av dem, etter vi har snakket om bevissthet rundt min rolle og at dere må kunne snakke fritt.*»

Rekrutteringen til studien skjedde med hjelp fra ledelse, noe som var åpent i og med at forespørsel ble videresendt fra leder til ansattgruppen. Dette kan ha påvirket hvem som meldte seg som deltaker.

Ved gjennomføring av intervjuene møtte alle som hadde sagt ja til å delta. En deltaker kom for sent til ene intervjuet, og vi hadde da begynt selve opptaket ca. 5 minutter før vedkommende kom. Jeg hadde avtalt med de til da oppmøtte deltakere at hen ikke skulle bli med i intervjuet dersom vedkommende kom senere. Dette ble ønsket av de andre deltakerne og begrunnet med at de syntes det kunne bli vanskelig dersom de da var midt inne i et potensielt ømfintlig tema. Da siste deltaker kom, var vi akkurat startet å snakke om strukturer i behandlingen. En øyeblikksvurdering jeg gjorde da, var at temaet vi snakket om ikke var ømfintlig, og det opplevdes vanskelig å avvise sist ankomne deltaker. Jeg valgte å slå av opptakeren, spurte deltakerne om det allikevel var greit at vedkommende ble med, fikk aksept for det, gikk raskt gjennom taushetsløfte med vedkommende, før jeg slo båndopptakeren på igjen. Denne hendelsen syntes å påvirke stemningen i intervjuet negativt og forstyrret min evne til å lytte oppmerksomt et stykke inn i intervjuet.

Det ble brukt digital lydopptaker. Jeg transkriberte teksten selv i etterkant, mest mulig ordrett. Typiske dialektord samt noen «nølebrøl» og liknende, er tatt bort fra sitatene som er brukt i analysedelen, både for konfidensialitets og leservennlighet sin del. Dette skal ikke ha påvirket meningsinnhold. Ferdig transkribert tekst fra fokusgruppeintervju 1 utgjorde 24 sider (16153 ord), og fokusgruppeintervju 2 utgjorde 32 sider (16994 ord). Forskjell i sidetall kommer av ekstra linjeavstand hver gang en ny deltaker tok ordet.

Jeg beskrev min egen forforståelse før jeg gjennomgikk teksten, og jeg forsøkte etter beste å sette denne og min teoretiske referanseramme i klamme i innledende analyse av teksten, slik Malterud (2011:98) anbefaler.

Overførbarhet

Studien involverer ansatte i en døgnbehandlingsklinikk i TSB. De overordnede økonomiske, forvaltningsmessige, juridiske og rapporteringsmessige rammer for andre døgnbehandlingsklinikker i TSB er nokså like. Dette betyr at funnene i studien kan ha særlig relevans for behandlingstiltak i TSB generelt, og andre døgnbehandlingsklinikker i TSB spesielt. Funnene kan også være relevante for helse- og sosialtjenester utenfor spesialisthelsetjenesten, for eksempel tjenester på kommunenivå. Funnene kan være relevante utenfor behandlings- og rehabiliteringsfeltet i Norge også, men rammene som rusbehandling utføres innenfor, er annerledes i andre land.

4 Presentasjon av funn

Denne studien handler om hva ansatte på en rusbehandlingsklinikk vektlegger ved involvering av pårørende. I dette kapitlet presenterer jeg funnene jeg har identifisert fra den tematiske analysen. Mine valg av koder og tema har skjedd på bakgrunn av mønster jeg har sett i teksten, og på bakgrunn av problemstilling og forskningsspørsmål for oppgaven. Deltakerne i fokusgruppene er May-Linn, Arne, Ulla, Paul, Karl, Margot, Åshild, Tove, Johanne og Toril. Navn og kjønn er fiktive. Jeg har brukt [klamme] i noen sitater. Innholdet i klammene er ikke sagt av deltakerne, men lagt til av meg for å få frem sammenhengen i sitatet. Jeg har brukt «(...)» noen steder i sitatene. Dette betyr at deltaker eller andre har sagt noe i dette mellomrommet, som jeg har valgt å ta bort fra sitatet etter vurdering av at meningsinnhold likevel kommer frem.

4.1 En pårørendeorientert struktur

Dette funnet handler om at det pårørendeorienterte arbeidet ved klinikken ble beskrevet å bygge på noen relativt faste strukturer og prinsipper, som var viktige for arbeidet. Jeg har delt dette temaet inn i undertemaene «Prinsipper i arbeidet», «Pårørendeorienterte rutiner og strukturer», og «Den reflekterende samtalen»,

4.1.1 Prinsipper i arbeidet

Dette funnet handler om at deltakerne beskrev viktige overordnede føringer for hvordan de arbeidet. I analysen valgte jeg å sammenkoble disse og kalle det «prinsipper i arbeidet». De prinsippene som ga utgangspunkt for arbeidet ved klinikken var: 1) Ha et åpent sinn, 2) Bevisstgjør om pårønderelasjonenes betydning 3) Inkluder pårørende tidlig og vær med over tid, 4) Pårørende skal møtes på egne behov, 5) Gjenforene og styrke tilknytning, 6) Tilrettelegg for tydeliggjøring og stillingtaken

Ha et åpent sinn

Et åpent sinn eller åpen holdning til de mennesker en møter, både pasient og pårørende, syntes å være viktig. Dette konkretiseres blant annet til etterstrebelser av å unngå forutinntatte meninger i samtalene, og stille åpne spørsmål.

Uttrykket «å fasilitere for endring» blir nevnt av en deltaker som en beskrivelse av deres rolle, mens Johanne beskrev rollen de skal ha i familiesamtalene slik:

Det det egentlig handler om, det er jo bare å få folk til å møtes, og tenke veldig enkelt omkring det, og veldig ukomplisert om ting. Min oppgave er jo ikke å grave i alt, alle detaljer, eller all skiten som har vært, eller sånne ting. Men det er rett og slett å bare sette opp litt sånn enkle, ja sånn, her og her er utgangspunktet, og hva gjør vi videre med det? (...) det er jo å finne noen løsninger, sånn at det er mulig å, eller først og fremst en erkjennelse av at det har vært sånn, og fra det: hva gjør vi med det?

En annen deltaker uttaler at pasienten er ekspert på eget liv, og at en ikke skal ta ting for gitt uten å være i dialog med dem det gjelder. Unntak fra holdningen om å «ha et åpent sinn» ble beskrevet fra deltakere i møte med vold i nære relasjoner og dårlige omsorgsforhold for barn.

Bevisstgjør om pårønderelasjonenes betydning

Dette funnet handler om at ansatte jobber med å bevisstgjøre pasientene om pårønderelasjonenes betydning i et behandlingsløp. Deltakerne sa at de jobber mye med pasientene for å bevisstgjøre dem om pårørende som ressurs, og at de snakker med pasientene om nettverk og viktige relasjoner, både i strukturerte behandlingssamtaler og som en del av mer spontane samtaler i det miljøterapeutiske arbeidet. Det tas opp forhold til egne barn i samtaler, hvor en videre mulighet kan være å senere invitere dem inn og snakke med dem på klinikken. Ved tegning av genogram kan det stilles spørsmål om hva og hvem som er viktig i pasientens liv, som Arne sa noe om:

For eksempel i forhold til en pasient som jeg jobbet med, så kom det frem at han var veldig opptatt av en sønn da, som han egentlig hadde, men han var plassert i fosterhjem. Men han hadde ikke hatt kontakt med ham på årevis. Men når vi tegner det her kartet så kom det jo tydelig frem at det var jo kjempeviktig for ham, til tross for at han ikke hadde hatt noen kontakt.

Sitatet gir eksempel på hvordan pårørende identifiseres og bevisstgjøring rundt deres betydning. Det gjelder også viktige svake eller brutte relasjoner i tillegg til dem som åpenbart er viktige her og nå.

Inkluder pårørende tidlig og vær med over tid

Dette prinsippet handler om viktighet av å involvere pårørende tidlig, og å følge opp kontakten over tid. May-Linn sa det er et mål å involvere pårørende allerede før innleggelsen starter, noe som også ble også fremhevet av Johanne:

(...) og om det er mulig å få invitert inn pårørende så tidlig som mulig, for veldig ofte har pårørende veldig mye å si, og de ja....

På den annen side, er det ikke alltid pårørende ønsker å bli involvert tidlig. Da ble det i ene intervjuet bragt frem viktighet av at det blir tatt hensyn til. Et viktig poeng synes å være at det tar lang tid å bli kvitt en rusavhengighet, og behandlerne må være med så lenge det er behov, som Tove beskrev og begrunnet slik:

(...) men jeg tenker på det der at vi ønsker å være med i et løp, og vi tenker at, for vi vet at det med å bli «frisk» eller «kvitt» en rusavhengighet, det er ikke noe sim-salabim. At vi da er tydelig på det at «det her tar tid, og her kan vi være med over tid» da.

I tillegg til det individuelle nivå, synes dette prinsippet også å gjelde for de pårørende som er involvert i de ulike sakene, blant annet i form av tilbud om kontakt med pårørende også etter utskrivelse, som blant andre Arne fortalte om:

Det tror jeg var veldig viktig. At vi veldig tidlig formidlet at «vi blir med så lenge dere har behov for det». For de var vant til, for det første å ikke få hjelp i det hele tatt, og at han har erfaring fra psykiatri, var vant til inn og ut, og...ja. Så det at vi formidlet til dem at «vet du, vi har tid, og vi skal være med dere så lenge dere har behov.» Det tror jeg gjør noen ting med tillit og trygghet. Og håp om at vi kan få til noen ting.

Johanne tok opp viktigheten av å følge opp de tingene en åpner:

Når du åpner opp alle de dørene her, så er det ganske tidkrevende fordi at det forplikter at...at sånne ting blir ordentlig forankret videre. Og det kan ta litt sånn tid og det kan vi kjenne liksom «ja, har du ikke kvittet deg med den saken der enda?» «Nei, jeg har ikke gjort det, fordi at det handler om at jeg må få gjort den jobben der ordentlig.»

Flere problemstillinger åpnes når pårørende involveres, og Johanne beskrev her en holdning om å få fulgt opp dette arbeidet ordentlig.

Pårørende skal møtes på egne behov

Et viktig prinsipp som deltakerne syntes å enes om er at pårørende inviteres inn som en egen person som skal ha sitt eget perspektiv, og at behandlerne tar et ansvar for at pårørende og særlig barn også får nødvendig hjelp. Arne beskrev at pårørende inviteres inn gjennom telefonkontakten ...*med å liksom spørre ut «hvordan har det vært for deg, med den her relasjonen til den som ruser seg, hva er du opptatt av i forhold til den her pasienten, og hva er dine behov?»*

Å møte pårørendes behov, kan innebære å undersøke hvilke tilbud som kan være aktuelle for pårørende for egen del, og hva som finnes i nærområdene hvor de bor. Et tema som omtales flere ganger er viktigheten i å ta barnas situasjon på alvor, se barna og formidle til dem at de ikke skal ha det slik når det kommer frem omsorgsforhold som tilsier det. Det å gi «tydelig beskjed» om barnas omsorgssituasjon ble også understreket av to deltakere. Her et eksempel fra Arne, som fortalte om en parsamtale hvor paret hadde felles barn og mannen var pasient:

(...) jeg tenker at vi fikk i hvert fall et rom, til på en måte, si noen ting om hvordan det har vært, og hun fikk sagt det høyt, og hun ble møtt. På det. Og jeg tenker, i hvert fall har jeg et håp om at, det her kunne gjøre at hun kunne ta noen valg som var god for seg selv i fremtiden.

May-Linn: *Og for barna*

Arne: *Og for barna. Nå vet jeg ikke hvordan det endte, men i hvert fall det...for vi fikk jo sagt noenting om at det var, det er på en måte mulighet for hjelp. Og på en måte, jeg blir normativ i forhold til at «det som barna dine utsettes for, er ikke ålreit. Det som barna deres utsettes for, er ikke ålreit». At vi på en måte møtte henne på det: «Det her, det er ikke ålreit»*

I den saken Arne her refererte til, gikk ikke pasientens behandling etter planen. Sitatet viser at barnas omsorgssituasjon allikevel ble adressert, og pårørende ble møtt i forhold til hennes egne behov.

Gjenforene og styrke tilknytning

Dette prinsippet handler om å legge til rette for gjenforening og retilknytning mellom pasient og pårørende, bygge «relasjonelle broer», forstå og forholde seg til de andres perspektiver, og få frem at de er betydningsfulle for hverandre. Tove sa det slik i forbindelse med en sak:

Og av og til så er det jo dårlige bånd, imellom de som er i...er i familie. Vi har jo gjennomført..det er to døtre som både May-Linn og Arne [behandlere] har vært inne sammen med meg, sammen med pasienten, i håp om at med tid og stunder kanskje vi kan få til at de er i samme rom. Der er vi ikke enda.

Et mål i de fleste saker er å samle pårørende og pasient i samme rom, men som en kan se av ovenstående sitat, er det ikke alltid slik at de får det til, eller at det er mulig. En annen deltaker sa at en utvikling som har skjedd i hennes perspektiv, er at de også kan jobbe i situasjoner hvor det er manglende kontakt eller store konflikter mellom pasient og pårørende. Arne beskrev en samtale med et ektepar, hvor dette med responsen fra mannen på det partneren sier vektlegges:

(...) Og litt hva hun [konen til pasient] trengte videre, og hvilke behov hun hadde og sånn. Og det var jo på en måte, litt av intensjonen var jo at, når hun forteller ut det her, at han skulle respondere på det. Men han gjorde det i veldig liten grad, da.

Flere var opptatt av styrket kvalitet i kontakt mellom pårørende og pasient, og intensjon om å få dette til gjennom behandlingsarbeidet.

Tilrettelegg for tydeliggjøring og stillingtaken

Å tilrettelegge for tydeliggjøring og stillingtaken, handler om at de ulike individene i en familie/sosialt system får tydeligere frem hvor de står i relasjon til den andre, hva som er viktig for den enkelte, og hvordan de stiller seg til den andres valg. Et mål er også styrking av de individuelle valgmulighetene i relasjonen, for eksempel hvor mye familiemedlemmer vil være del av hverandres liv.

Paul formidlet at også brudd i relasjonen noen ganger kan oppleves som det beste:

....mange har jo, på en måte, vil jo tenke i hvert fall i ettertid, hvis det blir brudd i et forhold, at det var det beste for dem, begge to, kanskje. Mange vil på en måte si at «jeg er ikke villig til å påta meg den forventningen du har», eller «Du, det der orker jeg ikke å høre om en gang», og så videre, og det kan jo skape en konflikt, men det tydeliggjør i hvert fall noe, at hver enkelt får lov til å ta et standpunkt til noen ting.

Flere deltakere trakk frem at tydeliggjøring, ærlighet og konflikt kan være viktig for å hjelpe de ulike familiemedlemmene å ta standpunkt til noe.

4.1.2 Pårørendeorienterte rutiner og prosedyrer

Dette funnet handler om de sentrale pårørendeorienterte rutiner og prosedyrer ved klinikken som deltakerne beskrev i intervjuene. Praktiske rutiner og prosedyrer handler om at en del faste rutiner og prosedyrer syntes viktig for det pårørendeorienterte arbeidet. En deltaker fortalte at relevante pårørendetema er tatt inn alle formelle strukturer og at det er fordelt roller hvor pårørendeansvarlig er utskilt som en egen del, med én pårørendeansvarlig for klinikkavdelingen, og 3 barneansvarlige ⁶

Deltakerne sa at det er et mål å få kontakt med de pårørende før innleggelsen starter, ved at pasienter blir oppringt og oppfordret til å ta med en som kjenner dem godt til den første samtalen. Videre beskrev de at behandlerne starter kartlegging av pårørende i inntakssamtalen, og gir informasjon om pårørendearbeid. Deltakere fortalte at det i løpet av de 3 første ukene av innleggelsen blir tegnet genogram/familiekart og sosialt nettverkskart sammen med pasient, og at dette legges frem på behandlingsmøte, som er forumet hvor pasientens behandling planlegges. Innen 14 dager skal behandler kontakte nærmeste pårørende per telefon. I denne telefonkontakten beskrev deltakerne at en gir informasjon til pårørende om behandlingstilbudet ved klinikken, og spør også *hvordan det har vært for dem* å være pårørende til pasienten. En deltaker sa at andre pårørende enn bare nærmeste pårørende også ofte kontaktes. Dersom man gjennom telefonsamtalene fikk grunnlag for å invitere den/de pårørende inn, er det et poeng å få samtale med alle i samme rom. En deltaker sa at dersom pårørende ikke ønsker å bli invitert inn, blir det spurt eller tilbudt dem om de ønsker å bli oppringt mot slutten av pasientens behandling.

Deltakere sa at behandlingsplan skal lages innen 3 uker, og her opplyste en deltaker at det alltid blir spurt om nærmeste pårørende. Den samme deltaker opplyste også at det fylles ut eget barnesporskjema⁷ i saker hvor pasienten har barn. I de tilfellene familiesamtale blir gjennomført, ble tilbudet videre beskrevet å være at behandler tar kontakt igjen om en stund ved ønske. Det formidles også til familien at klinikken blir med så lenge de har behov for det.

⁶ Spesialisthelsetjenestelovens § 3-7a. Om barneansvarlig personell mv.: «Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter.»

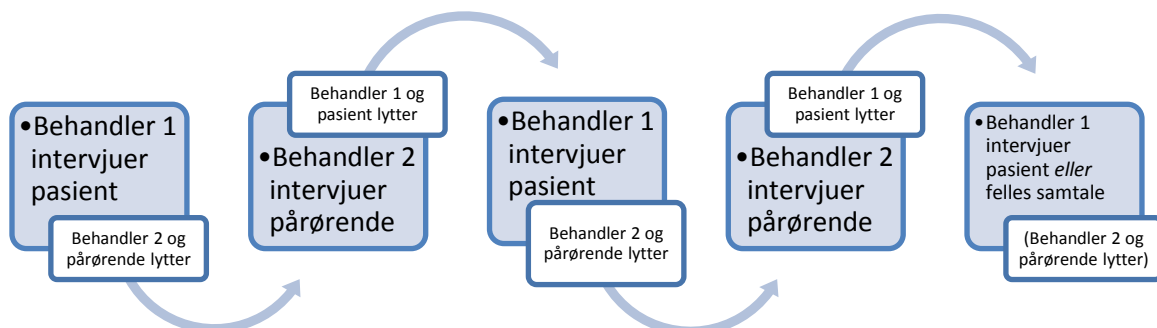
⁷ «Barnespor for helsepersonell» er et hefte som har samlet verktøy til støtte for samtaler med foreldre som sliter med rus og / eller psykiske vansker (Korus Midt-Norge 2012)
http://www.vfb.no/filestore/NR_BARN_ER_PRRRENDE/JOBBER_MED_BARN/Ressurser_p_net/Dokumenter/Barnesporforhelsepersonell.pdf

«Pårørendekvelden» ble av deltakerne beskrevet som et tilbud 4 ganger i året som gis alle pårørende utifra pasientens samtykke. På pårørendekvelden gis det både informasjon om behandlingsopplegget som sådan, og det vises en film som omhandler en tidligere pasients bedringsprosess sammen med hans familie. I tillegg tas det opp tema knyttet til familierelasjoner, vanlige problemstillinger pårørende til rusavhengige sliter med, og hvilke hjelpetilbud som finnes for pårørende selv. En deltaker sa at det i tiden rundt pårørendekvelden er flere pårørendeorienterte tema som tas opp i innlagte pasienters behandling.

4.1.3 Den reflekterende samtalen som bærende metode

Deltakerne fortalte at den reflekterende samtalen med skifte i tale- og lytteposisjon er en sentral metodikk i samtaler med pasient og pårørende i samme rom. De beskrev en «mester-svenn» - modell, hvor en mer erfaren behandler jobber sammen med en mindre erfaren i planlegging eller gjennomføring av samtalen. Strukturen ble beskrevet som relativt strikt, med inspirasjon fra Tom Andersens «reflekterende processer» (2005), hvor en veksler mellom å være i talende og lyttende posisjon. To behandlere deltar i samtalen. Den ene har fokus på pasienten, og den andre har fokus på den eller de pårørende.

Slik samtalen ble beskrevet av deltakerne, struktureres den slik at det er 5 skift i tale- og lytteposisjon, og samtalen varer en til halvannen time. Samtalen starter med at behandler 2 og pårørende lytter mens pasienten blir intervjuet av behandler 1. Deretter intervjuer behandler 2 pårørende om hva hen/de har blitt opptatt av. Neste trinn er at behandler 1 intervjuer pasient igjen, deretter ny veksling til behandler 2 og pårørende. Til slutt får pasient siste ord, eller de sitter sammen i en ring og snakker om hvordan det har vært å snakke sammen.



Figur 5: Den reflekterende samtalen

Deltakerne sa at det er en faglig vurdering og fleksibilitet knyttet til hvordan pasient og pårørende plasseres i samtalerommet. Er for eksempel pasient i et forhold med den andre forelderen, kan den ene konstellasjonen være mor-far-behandler 1, mens den andre konstellasjonen kan bli eksempelvis søster-bror- behandler 2. May-Linn omtalte denne avveiningen:

Det er jo litt ulikt hvordan vi har satt det opp, også sant, fordi at, det jo litt sånn....sånn som [en bestemt sak], så var jo første samtalen at jeg snakket med pasienten og du med konen. Og så skulle vi møte de to barna, så lurte vi på hvordan vi skulle gjøre det. For hvis vi satte konen sammen med de to døtrene så blir det sånn klar allianse, så da valgte vi å sette paret sammen, så var de sånn foreldre og døtre. Så det fungerte veldig bra da. Men det hadde ikke funket uten at vi hadde den parsamtalen på forhånd, for at de skulle på en måte være ... ja....

Det virker ut fra May-Linn sitt utsagn her, at de ulike familiemedlemmene plasseres sammen eller hver for seg etter en bevisst gjennomtenkning i forkant om hvordan familierelasjonene oppleves av behandlerne.

Innhold og spørsmål i samtalen

Dette funnet handler om at samtalen i tillegg til å ha en bestemt struktur, også har noe innhold og spørsmål som ifølge deltakerne er ganske faste.

I samtaler hvor det er foreldre og barn som er invitert, beskrev deltakerne en rutine med å spørre om foreldrene gir tillatelse til at ungene kan snakke fritt om det de har opplevd. Det er i tillegg vanlig å spørre forelder (hvis det er forelder som er pasient) på forhånd om «er det en episode der du har vært skikkelig påvirket, og ungene har sett deg?» Denne historien oppfordres pasient til å fortelle under samtalen.

Johanne: For eksempel, vi kan ha spurt mamman på forhånd: «Er det en episode der du har vært skikkelig påvirket, og ungene har sett deg?»

Paul: «Hva er det verste som har skjedd»

Johanne: «Hva er det verste som har skjedd» for eksempel, «Ja, jeg var påvirket i begravelsen til faren min, og da satt jeg, jeg hadde tatt to sovetabletter, og da sovnet jeg. Det reagerte de på. Eller «jeg sovnet nesten. Så det kan vi snakke om»

Int: Ja, ja, og da er på en måte den grensen satt: «Det er det verste, og det går an å snakke om».

Johanne: Ja (...) Paul: Senker terskelen, da

Deltakere beskrev en del spørsmål med intensjon om å fremme tilknytningen til «den Andre»: *Hva er det beste med mannen din? Hva er det du setter pris på med ham? Når er familien Hansen på det beste, hva er det som skjer da? Hvem er mamma / pappa for deg, når han har*

gode perioder? Når er relasjonen til pappa / mamma på det beste? Hva gjør dere da? Når er det dere har det som aller best i denne familien her? Samtidig stilles det spørsmål som handler om nyansering av forholdet mellom pårørende og pasient: I hvor stor grad ønsker du å være en del av...?

Tilbakefall til rusbruk, og pårørendes tanker, muligheter og rolle når dette skjer ble omtalt som tema: *Hva gjør du da? Hvordan vil du det skal være da? Er det greit om han «pårørende» tar kontakt hit hvis han blir bekymret?*

At pårørende får uttrykt hvordan de har opplevd ting fra sitt ståsted mens pasient hører på, ble nevnt av en deltaker: *Hvordan har det vært for deg når mamma / pappa er syk? Og motsatt, sirkulære spørsmål til pasient (Tomm 2013): Hva tenker dere om hvilket forhold barna har til deres alkoholmisbruk?*

Det er ovenfor beskrevet ulike spørsmålstyper, hvor noen synes å ha intensjon om å bidra til å fremme tilknytning mellom familiemedlemmer, noen å hjelpe pårørende til å tydeliggjøre og ta stilling, og noen med intensjon om å gjøre synlig familiemedlemmers opplevelser og perspektiv i situasjonen.

4.2 Begrunnelser for pårørendeorientert praksis

Dette funnet handler om begrunnelser deltakerne har for hvorfor det pårørendeorienterte arbeidet vektlegges i en slik grad som det gjør ved klinikken. På bakgrunn av det deltakerne sa, sammenstilt med forskningsspørsmål og teori, så jeg det som hensiktsmessig å dele opp deltakernes betraktninger av det pårørendeorienterte arbeidet i 3 ulike undertema. De tre undertemaene er 1) Sosialt- og relasjonelt orienterte begrunnelser, 2) Individorienterte begrunnelser, og 3) Behandlerorienterte begrunnelser

4.2.1 Sosialt og relasjonelt orienterte begrunnelser

De sosialt og relasjonelt orienterte begrunnelsene handler om familierelasjoner, samspill, fellesskap, tilknytning og intimitet mellom pasient og vedkommendes nære sosiale nettverk.

Bedre og tettere tilknytning

Bedre og tettere tilknytning handler om å bidra til et kvalitativ bedre og tettere forhold mellom pasient og pårørende, gjennom blant annet å gjenoppbygge svake relasjoner. I en sak beskrev en deltaker at familiearbeidet som ble gjennomført ved klinikken førte til at foreldrene kunne beholde omsorgsansvar for barna deres. Dette arbeidet ble igjen begrunnet

med viktigheten av de relasjonelle båndene som er mellom pasient og pårørende, som May-Linn sa noe om her:

Hvis du spør dem om hva som er viktig, hva er grunnen til at du vil komme på Lade, så er det ofte at de sier «det er barna mine, eller familien min, eller det»...noen andre de har...kjærlighetsbånd til da. Det er jo sjelden at det «Nei, jeg tenkte førerkortet, sant» Selvefølgelig viktig, men det er ikke det som gjør at de sitter og liksom er...er berørt, og griner og sånt. Det er jo de båndene. Så det å ta det på alvor...

Johanne begrunnet også involveringen med at familietilknytningen er viktig i seg selv for de forskjellige familiemedlemmene:

Ja, at de er en del av det her, og at de, jeg kjenner at det her, de er jo viktig for hverandre! Det er jo det jeg kjenner som er det viktige her, ikke nødvendigvis at det skal være så viktig for oss for at det skal gi oss så mye informasjon, men at de er viktig for hverandre, for at de skal støtte hverandre etterpå. Så det er liksom et sånn, kjenner jeg, liksom et sånn der...det er ikke det, jeg skal ikke bruke dem til noe, men de skal bruke hverandre.

Deltakere snakket også om å identifisere viktige svake eller brutte relasjoner, med det formål kunne komme i posisjon til å styrke eller gjenopprette dem.

Relasjonelle avklaringer

Relasjonelle avklaringer handler om at det kan være behov for å ta opp, vurdere og avklare samspillsmønstre og tilknytning mellom pasient og pårørende. Paul brukte begrepet maktesløshet om det å være fanget i rusen, og hans refleksjon illustrerer dette undertemaet:

For det gjør jo rusen noe med, det er en slags maktesløshet hvor den blir veldig sånn styrende, uten at man kanskje snakker så mye om det, så skjer det jo over tid en sånn omorganisering, som mange føler seg dradd inn i da, som en slags magnet, så det er noe med å avmagnetisere det, få muligheten til å: «Hva er det som er viktig for meg?»

Her er fokus på det å være et menneske i relasjon til et annet. Hva er det som er viktig for meg, i relasjonen til en annen? Paul sa litt mer om at dette

(...) er nå ofte et tema i familiesamtalene også. «I hvor stor grad ønsker du å være en del av», og «på hvilken måte», og «hva kan vi gjøre hvis...» og så videre, at de der forventningsavklaringene blir mer tydelige, og fører til en større valgfrihet, kanskje, i forhold til hverandre?

Paul fortsatte resonnetet sitt om tydeliggjøring av forventninger, mulighet å ta standpunkt og valg, og på den måten bryte ut fra maktesløshet:

Mange vil på en måte si at «jeg er ikke villig til å påta meg den forventningen du har», eller «Du, det der orker jeg ikke å høre om en gang», og så videre, og det kan jo skape

en konflikt, men det tydeliggjør i hvert fall noe, at hver enkelt får lov til å ta et standpunkt til noen ting. Og det er en slags utvikling eller utbryting fra en makteløshet. Som jeg tenker.....at vi kan...bidra til.

Også andre deltakere ga uttrykk for dette med «tydeliggjøring av forhold» som en viktig funksjon av pårørendeinvolvering, og at konflikt og i noen tilfeller brudd i relasjonen kan bli et utfall.

En deltaker nevnte også et eksempel hvor en familiesamtale førte til nye vurderinger og konklusjon om at fokus videre skulle være å jobbe individuelt med pasienten. Gjennom felles samtale kan ulike individuelle behov og ståsteder tydeliggjøres, og valgmulighetene økes, noe blant andre May-Linn snakket om:

Kanskje fortsetter den som ruser seg å ruse seg. Men allikevel, jeg er helt enig med deg i det der med å sette folk i posisjon. Vi snakket om den der usynlige muren sant, det å så få liksom satt ord på ting. Det gjør allikevel det at du får en større valgfrihet enn at du er låst fast i det her «taushetens samspill», da. Da kan du forflytte.

Paul og Johanne argumenterte for at det å komme frem til en felles forståelse, ikke nødvendigvis er det viktigste med disse samtalen:

Paul: Så det betyr ikke nødvendigvis at de...skal ha enda mer med hverandre å gjøre, eller....komme til et felles perspektiv, det tenker jeg ikke er poenget, eh....de kan få felles forståelse av noenting, eller i hvert fall forstå hva den andre forstår, det er egentlig mer det. At «når jeg hører deg si det, så forstår jeg hvordan du har det», og den....innsikten er viktig

Johanne: Ja, eller forståelse for sitt eget perspektiv (mhm), tenker jeg blir også vel så viktig. «Hva står jeg overfor her?»

Det Paul og Johanne snakket om her, kan vise at familiesamtaler kan gi en bedre forståelse av den andre den andre og/eller seg selv.

Hjelpe flere bedre samtidig

Det er flere aspekter rundt det å hjelpe flere samtidig deltakerne trakk frem. Det ene er at flere er berørt, lider og trenger hjelp ved rusproblemer i familien, og Karl sa at det da er en god investering når man hjelper flere gjennom den behandlingstilnærmingen en bruker:

(...) alle våre pasienter, når de er en tett del av en familie, så er det en hel familie som lider. Og da er det en hel familie som trenger hjelp. (...) . Og det er viktig å ta med i betraktningen da, når man faktisk klarer å komme i posisjon, og faktisk klarer å hjelpe en hel familie, så er det en...veldig god investering, tenker jeg.

Et annet aspekt som deltakere fortalte om, er at en kan få til endringer som en ikke ville fått til med individuell behandling, altså at familiebehandlingen noen ganger er en forutsetning for å

få til endring. Et tredje aspekt som deltakerne beskrev, går på tidsdimensjonen og overførbarhet av endringene. Deltakerne fortalte om økt langvarig effekt både for pasient og pårørende. Johanne og Paul snakket om «boblen» eller «kapselen» som pasienten kan oppleves å være i ved en innleggelse:

(...) det der med «kapsel», at «når mamma var inne i behandling, så følte jeg at mamma var inne i en boble, og vi levde i en annen boble, når vi var hjemme».

Paul: *Ja, «behandlingskapselen», på en måte (Johanne: Ja, (latter)), noe annet enn ruskapselen, ja.*

Johanne: *Ja at, jeg tenker, det er jo det det her det også er med på å bidra til å motvirke, at man ikke lever i to forskjellige sårne kapsler*

Dette kan forstås som at involvering av pårørende øker sjansen for at endringene som skjer under institusjonsoppholdet, også får relevans og kan overføres til livet utenfor klinikken.

Endring gjennom direkte formidling i fellessamtaler

Et eksplisitt mål flere deltakere oppgir, er å få samlet en eller flere pårørende i samme rom som pasienten, og to deltakere oppga det få til en «direkte formidling» mellom partene som et sentralt aspekt ved dette.

Den reflekterende samtalen som er felles med pasient og pårørende er som tidligere beskrevet en sentral metode i arbeidet. Blant begrunnelsene deltakerne hadde for dette, var den påvirkning felles tilstedeværelse og kommunikasjon har for de involverte parter. Her har May-Linn og Arne en dialog om dette, i en samtale hvor datter og mor kommer nærmere hverandre:

May-Linn: *(...) og så skal jeg sitte med de to, og.....han sønnen setter seg liksom nærmest moren, og datteren setter seg sånn halvveis med ryggen mot da. Sånn at det var veldig sånn tydelig i rommet, at hun tar litt sånn avstand. Så du ser liksom at hun klarer å bevege seg nærmere dem da, gjennom...*

Arne: *...de samtalene*

May-Linn: *De samtalene vi hadde, da*

Arne: *Det at de sitter og kikker moren i øynene, på siste samtale. Det var veldig sterkt*

Utvidelse av pasientens innsikt i hvordan hen virker på andre i familien, og hvordan de opplever situasjonen, var et annet aspekt deltakere trakk frem. De delte også erfaring med at pårørendes tilstedeværelse i samtalen påvirker gyldigheten av pasientens utsagn, og pasientens grad av sannferdighet. Et eksempel en deltaker trakk frem, var en samtale hvor foreldre sier ting om hjemmesituasjonen som ikke stemmer i påhør av barna. Barna fikk da

korrigert bildet av situasjonen. Et annet eksempel som ble gitt, var en datter som korrigerende forståelsen av relasjonen mellom henne og mor i løpet av fellessamtalen. Temaet gyldighet av utsagn, ble også beskrevet nærmere av deltakere: Den som sier noe om sin målsetting blir mer bevisst når de sitter i samme rom som en viktig annen person. Samtalene kan også gi pårørende en stemme overfor pasienten, en mulighet til å gi innspill og motvekt, og en deltaker trakk særlig frem viktigheten av at barn får muligheten til å si det som er viktig for dem å si overfor sine foreldre, noe Margot også var inne på her:

Da har du tale og lytte, ikke sant. Du er nødt til å sitte og lytte til dette her da, og noen spør «hvordan har det vært for deg?» og sånne ting. Så sitter mor og lytter, og gråter litt, og sånne ting. Men så.....går de ut og spiser pizza etterpå, ikke sant. Altså; ting er sagt, da (mhm,mhm rundt bordet), og....da kan....det gir også et perspektiv for meg sant, for ofte så pynter folk på det livet de har levd, men det var ikke så mye å pynte på etterpå, altså, nei «det var ikke noe bra» (flere mhm rundt bordet)

Pårørendes tilstedeværelse i samtalene kan også påvirke hva pasienter sier og bestemmer seg for. Det å få ting sagt og lyttet til av viktige andre og å få en respons fra en viktig annen på de erfaringene en uttrykker, ble av flere deltakere trukket frem som en viktig hensikt i familiesamtalene.

Ringvirkninger

Ringvirkninger handler om at det pårørendeorienterte arbeidet førte til virkninger og konsekvenser utover den «direkte» påvirkningen. Deltakere snakket om flere ulike ringvirkninger, noen av disse var ønsket eller forventet, andre var uventede. En ønsket ringvirkning beskrev deltakere i samfunns- og generasjonsperspektivet: Mange pasienter ved klinikken har selv vokst opp med mye rusbruk i familien, og det å bidra til å bryte en potensiell videreføring av problemet trakk Paul frem:

Så vet vi noe om deres økte risiko. Og det å da kunne spørre da,: «Hvordan er ditt forhold til rus, hvordan er søsknene sitt forhold til rus?» Og ellers i familien også kan være aktuelt å spørre. Og det å ikke kjenne at man har dyttet på det problemet i den grad over videre, tror jeg har stor betydning for dem som er her.

Å jobbe med relasjonene i en familie kan få ringvirkninger innad i familien, blant annet eksemplifiserte en deltaker at pårørende kan endre eget rusbruksmønster som solidaritetshandling.

Ringvirkningene kan også spres til andre sosiale systemer, som Tove, Åshild og May-Linn her snakket om:

Tove: Ja, det samfunnsperspektivet er jo kjempeviktig, altså det er utrolig mange av de vi har innlagt som nettopp har vokst opp med alkoholiserte mor eller far eller begge. Og som har havnet i det samme uføret selv. Hvis man kan gå inn da, sånn som overfor Hans for eksempel, hvor det da var snakk om at barna skulle trekkes ut fra familien på grunn av fars alkoholisme, og så ender det med at de, han ivaretar sine egne barn. Ikke sant, det er ganske sterkt.

May-Linn: Det er bra for familien, men det er jammen meg bra for lokalsamfunnet, og for venneflokket. Tenk deg liksom, vi jobber jo med relasjonene sånn en til en eller i en familie, men det har....

Åshild: ...ringvirkninger...

En mer uventet ringvirkning som ble bragt frem av deltakerne i det ene intervjuet, handlet om en situasjon hvor pårørende til pasient selv har rusproblemer, og at en gjennom involveringen kommer i posisjon til å tilby dem hjelp:

Åshild: Ja. Det også er noe som, sant...og da kunne jeg gå inn og være med på en samtale med far og sønn, og så jobbe videre med å få hjelp til sønnen. Fordi at han er en del av problemet til far, han bor hjemme og røyker hodet av seg [cannabis] i...hver dag.

May-Linn: Da blir jo han også pasient da

Åshild: Sant, så han ble jo pasient her etter hvert. (...) Ja, faren var pasienten vår, og så ble det en familiesamtale, men så møter ikke han sønnen som bor hjemme opp. Og så spinner vi litt sånn videre på «hva er det som....»

May-Linn: De to andre barna som snakket om hvor bekymret de var for broren, da

Åshild: Og så fikk vi inn gutten hit, til å snakke med han, og så får vi avdekket at der var det ikke akkurat greit (...)

Arne: Så fortsetter vi med familiesamtaler, og så blir vi kjent med at datteren hans også har et rusproblem. Så nå driver vi på og jobber med henne. Og prøver å få henne inn i noen form for behandling, da, i forhold til hennes hasjavyhengighet. Så det er...

Karl: Jeg bare sitter og flirer litt over tilfeldigheten over at han i det hele tatt kom inn i behandling også. Men det er en helt annen historie (mange i munnen på hverandre)

Denne saken illustrerer ringvirkninger fra en pasient til 2 familiemedlemmer hvor den ene selv blir pasient ved klinikken etter en tid, og hvor de så jobber med et tredje familiemedlem for å hjelpe henne til en behandling for egne rusproblemer.

Felles planlegging

«Felles planlegging» handler om at pårørende trekkes inn i planlegging for å imøtekomme sannsynlige problemstillinger i behandlingsløpet. Paul trakk i nedenstående eksempel frem erfaringer pårørende har med å ikke delta i planlegging av tiden etter behandlingsinnleggelse, og hvordan familiesamtalene kan brukes til å involvere dem:

(...) så kan du få vite litegrann om hva som er planlagt etterpå, fordi at det er jo akkurat det med de korte innleggelsene, og det er jo egentlig det som skjer etterpå, kanskje det de er aller mest opptatt av. For man har kanskje opplevd at de har kommet ut før, og så har det vært fine planer, som ikke har latt seg gjennomføre. Så det å være en del av det å legge den planen, og hva den skal være, kanskje til og med fått roller i den der planen, som de ikke var klar over at de hadde, da...det var, synes jeg, er nå ofte et tema i familiesamtalene også. «I hvor stor grad ønsker du å være en del av», og «på hvilken måte», og «hva kan vi gjøre hvis...» og så videre...

May-Linn og Arne drøftet det samme temaet i dialogen nedenfor, og illustrerer også problematikken med «de to forskjellige ansiktene» mennesker kan ha når de er edru eller ruspåvirket.

Arne: Ja. For det er vi nøye med å snakke om da. «Vi er nødt til å snakke om det her, for vi vet noenting om endringsprosesser i forhold til rusavhengighet er tilbakefall en naturlig del.» At vi må tørre å stille de her spørsmålene da; «Hva gjør du da?» «Hvordan vil du at det skal være da?»

May-Linn: «Er det greit for deg at Kjell tar kontakt hit hvis han er bekymret?» «Ja, det er greit» Det kan være ganske vanskelig noen ganger. Men jeg tenker uansett så er det rett å snakke med folk, for vi vet jo ikke hvordan det vil være. Og da er vi jo, sånn som datteren til Bjarne da, hun kommer jo hit og står utenfor og (utydelig) da. Fordi at vi har hatt kontakt. Og kan oppsøke hjelp. Og er kjemperedd for at pappa skal være sint for han mente jo kanskje ikke det. Han mener når han er edru at hun kan ringe hit, men han mener ikke det når han er full. Så de må jo forholde seg til de her to ansiktene også. Det er jo ikke...nødvendigvis sånn, men da kan vi si etterpå: (...) «Ja, du sa i samtalen at...pappa sa i samtalen at» For hva er det som egentlig gjelder da?

Felles planlegging handler altså om å avklare pårørendes stilling til å være en del av den fremtidsplanen som lages, og skape en større forutsigbarhet for hva som kan skje og hvordan en som pårørende da kan respondere.

4.2.2 Behandlerorienterte begrunnelser

Dette funnet handler om hvordan behandlerne selv blir påvirket av pårørendeinvolvingen, og hvordan dette igjen får virkning for deres forståelse, holdning og praksis i behandlingsarbeidet.

Personlig-faglige og arbeidsmiljømessige virkninger

Dette funnet handler om at det pårørendeorienterte arbeidet har virkninger for utøvelsen av faget, og en påvirkning på arbeidsmiljøet. En deltaker trakk frem at de som en konsekvens av samtalemotodikken får jobbe mer sammen og observere hverandre i samtalen. Hun sa at dette stimulerer til refleksjon, og at hun som en konsekvens av dette er blitt mye mer oppmerksom på at hun kunne tatt andre veivalg i samtalen. Dette muliggjøres av samtalens struktur med tale- og lytte, som Paul snakket om her:

Og hvor kanskje tiden til å lytte...den tale-lytte metoden er bra for meg, tror jeg. For jeg er ganske sånn fremoverlent terapeut tror jeg, som ofte må liksom sånn sitte på hendene mine, og ikke bli for tiltaks- og løsnings...altså vente, og tåle stillhet og sånne ting. Men da må jeg være stille halvparten av tiden, og da rekker jeg å tenke på valg. Og da gjør jeg mer bevisste valg også, tror jeg. Ja. Så det kan vi videreutvikle.

Margot beskrev en sak hvor hun opplevde ikke å lykkes i en samtale med mor og datter, og mente dette hadde sammenheng med at de ikke var to i samtalen. Hun beskrev forskjellen på å være en eller to ansatte i samtalen på denne måten

Forskjellen er, på en måte...hvis vi hadde vært to, så hadde én villet snakke med mor først, og begynt å spørre. Det tror jeg ville ha åpnet opp, og da kunne den andre personen, på en måte hatt blikk, fokus, ja ikke sant, jeg får ikke til å si det konkret, men, men det blir noe helt annet, altså. Det var bare...jeg husker det bare som en sterk følelse: «Oooff, hvorfor gjorde jeg det her? Det her var jo helt...» Jeg har gjort det, liksom. Men...

En deltaker trakk frem opplevelse av at personlige erfaringer blir gyldig faglig kunnskap.

Johanne snakket om sin egen bakgrunn som pårørende, og at gjennom utviklingen av pårørendeorientert arbeid på klinikken har hun opplevd at dette er en erfaring som er gyldig og «lov å ha»

(...) nå så er det...faktisk en mulighet, og også en erfaring som er gyldig da, og en erfaring som det er lov til å ha, i større grad (flere mhm). Så det synes jeg liksom det at en kan bruke all erfaring som en gyldig erfaring, synes jeg er veldig okei da. At det ikke bare er den her skole- og teoretiske delen av det, men at det er erfaring som en selv kan ha som ...ja, hvis man er pårørende da (...) at den her kunnskapen man har, tause kunnskapen, eller erfaringsbaserte kunnskapen, mhm, er like viktig som den teoretiske (mhm-mhm rundt bordet).

Johanne sin uttalelse kan forstås som en mer generell virkning av det pårørendeorienterte arbeidet, mens Margot og Paul sine uttalelser handler mer spesifikt om den reflekterende samtaletilnærmingen.

Utvidelse av behandlernes forståelse og mer tilpasset behandling

Dette funnet handler om at behandlernes forståelse av en situasjon og et menneske, ofte vil utvides når mer informasjon bringes inn i denne forståelsen. Dette gir igjen behandlerne mulighet til å forstå og tilpasse sin forholdemåte og behandlingen bedre. Flere deltakere vektla dette som en effekt av pårørendeinvolveringen:

Det gir en veldig opplevelse av mening, det der å få mere opplysninger og få en følelse av pasienten utenfor Lade...fordi vi ser jo en versjon, som er en veldig kort del av livet deres. Det å få liksom kontakten med livet deres utenfor Lade, og hvem de er, den andre versjonen av vedkommende, det tror jeg er viktig for å være behandler da, eller liksom for å kunne hjelpe dem i riktig retning, at det blir mer realistisk, på en måte.

Ulla

Hvis vi ikke inviterer dem inn, og kanskje også i det samme rommet da, som vi har sånn prøvd mye, og mye mer, etter hvert, så kan hende vi bare forstår en bitteliten bit, som og er veldig preget av hvordan rus virker inn på relasjoner, eller mellom, og hos den enkelte.

Paul

Jeg får et helt annet innblikk

Margot

En deltaker sa at forståelsen blir mer helhetlig. Flere deltakerne sa at involveringen gir behandlerne mer informasjon, og et større bilde av situasjonen. I en sak beskrev en deltaker at behandlerne hadde sittet med mange spørsmål som de ikke fikk svar på med mindre pårørendes synspunkt hadde kommet frem.

4.2.3 Individorienterte begrunnelser

Dette funnet handler om begrunnelser som fokuserer på hensynet til, eller påvirkningen på, individet. Det handler om at det pårørendeorienterte arbeidet også begrunnes ut fra hensynet til pårørende og barna selv, gjennom å gi 1) informasjon, 2) psykososial hjelp og støtte, og 3) videreformidling til andre egnete hjelpetiltak.

For pårørende og barna sin del

Det kom i intervjuene frem mange utsagn fra deltakerne som handlet om å se og ivareta pårørende sine behov for deres egen del, fra innledende behandlingskontakt til langt inn i et behandlingsforløp.

To ansatte snakket om de behov pårørende uttrykker ved første telefonkontakt fra ansatte, Arne var en av dem:

Ja, for det er utrolig hva som skjer når du tar den telefonen og sier «Hei, jeg heter Arne, og jeg ringer fra Lade. Pappan din er innlagt her». Og så bare renner det ut av dem. Alle, på en måte, tanker, følelser og bekymringer som de har hatt. Etter...I første samtale, telefonsamtale. Det overrasker meg hver gang

Det å møte pårørende på deres egne behov handler om flere ting. Deltakerne sa blant annet at det handler om å se pårørende, å gi dem støtte til å ivareta seg selv, bli tryggere, å gi dem et rom til å si noe høyt om hva det er som er viktig for dem, og bli møtt på det. En deltaker beskrev at en gjennom pårørendearbeidet avdekker større behov hos pårørende, og at pårørende ikke er her som en «bi-person», men som en like viktig person som pasienten. Alle disse utsagnene kan tolkes til å handle om ulike måter å ivareta den pårørende på et følelsesmessig nivå, gjennom møter og samtaler. I tillegg beskrev deltakere konkrete tiltak, som blant handler om å gi pårørende ulik informasjon og kunnskap, om rusbruk og konsekvenser, om behandlingen, og hjelp til å finne ut hvilke aktuelle hjelpetilbud som er i nærheten som kan gi dem som pårørende nødvendig hjelp. I en sak beskrev en deltaker at pasientens datter i begynnelsen av tyveårene var nærmeste pårørende for sin far. Dette ble av behandlerne vurdert som en for stor belastning for henne, og hun fikk hjelp fra dem til å få moderert sin rolle.

Et poeng deltakere trakk frem, er at situasjonen for pårørende endrer seg når en pasient blir innlagt, og at denne endringen er uforutsigbar. Ulla beskrev for eksempel en sak hvor en pårørende selv begynner å drikke mye alkohol da pasienten ble innlagt:

Det skjer noe med pårørende når pasienten kommer inn her, et slags slipp, eller det kan til og med være et kollaps, eller...det var en dame som fortalte at hun begynte å drikke hun da, når hun endelig hadde fått partneren inn her, så liksom bare raste hele hennes tilværelse sammen, og så tydde hun selv til rusmidler etter hvert for å....ja...jeg vet ikke....hvordan vi skal tolke det, men det er nå et eksempel på den mobiliseringen da som... ja, så er det liksom noe nytt da, når pasienten, eller den som er bærer av problemet kommer hit...setter pårørende i en helt ny situasjon. (Mhm 1, mhm 2, ja,)

Situasjonen for pasienters barn ble også nevnt spesielt av flere deltakere. En deltaker sa at barn av rusmisbrukere kan frykte at de skal få de samme problemene selv, og at forskning også viser at de har en større risiko enn andre barn for dette.

Deltakere ga uttrykk for at det er viktig å gi barna mulighet til å si noe om hvordan de har det, og gi barna mulighet for å få hjelp. Nedenstående dialog kan gi et eksempel på det.

Margot: *Jo, men jeg tenker, det her er en hel familie da, som lever med en ganske forstyrret person. (mhm, ja) Og jeg tenker i dag nå så vet jeg jo at....to av de barna, tror jeg - helt sikkert en, kanskje to av de barna går til samtaler, og mannen går til samtaler. Da tenker jeg ja, det er....*

Johanne: *Ja, og den minsten blir fulgt opp av barne- og familietjenesten (...)*

Margot og Johanne snakket her om hvordan belastningen for familiemedlemmene med å leve med rusavhengighet i familien, skaper ulike individuelle hjelpebehov.

4.3 Involvering av pårørende gir nye faglige og etiske utfordringer

Dette funnet handler om at pårørendeinvolvering bringer med seg nye utfordringer for behandler og behandlingsapparat, både på faglig og etisk nivå.

4.3.1 Pårørenderelaterte etiske dilemma

Et etisk dilemma kan forklares som «En situasjon hvor det blir galt uansett hva man gjør» (Eide og Aadland 2008). Etiske dilemma kan blant annet oppstå når faglige vurderinger går på tvers av pasientens eller pårørendes vurderinger, eller når man er uenig i hva som er faglig riktig (ibid). De pårørenderelaterte etiske dilemma som presenteres her, handler om dilemma som i stor grad oppstår som en konsekvens av en pårørendeorientert praksis.

Lojalitetskonflikter i pasient-behandler forholdet

Når pårørende involveres i behandlingen beskrev deltakere at det kan føre til lojalitetskonflikter. Behandlers holdning til pasient påvirkes når behandler har en relasjon til pårørende også, og noen ganger kan det bli problematisk. Ulla beskrev hvordan den første telefonkontakten med pårørende starter en ny relasjon, som igjen kan åpne noen dilemma:

(...) for et par uker siden gikk jeg og funderte på det der der, jeg ville ta det opp på behandlingsmøte, ville problematisere litt den der telefonen, fordi jeg tenker at det er ikke så enkelt, fordi vi åpner noen dører og noen rom, og vi starter på en måte en ny relasjon, og kan komme i en slags sånn lojalitetskonflikt eller troverdighetskonflikt da, ja...mmm....(flere mhm rundt bordet)

Den relasjonen som åpnes ved pårørendekontakten, og den informasjonen som kommer frem som en del av denne relasjonen, kan igjen påvirke relasjonen til pasient.

Hun sa at informasjon fra pårørende må kunne snakkes åpent om med pasient, men slik fungerer det egentlig ikke.

Ulla: *Og noen ganger kan det kanskje også gi en slags...ja være med på å gi noen holdninger eller noe i forhold til relasjonen til pasienten som kan være utfordrende, fordi man kan havne litt i skvis....*

Intervjuer: *Fordi at pårørende sier noe som preger din...?*

Ulla: *Ja, som er sinte (Int: Ja, ja), eller som gjør noe at jeg skjønner at «oi! der var ikke pasienten helt etterrettelig», eller, ikke sant. (Flere mhm av andre).*

Temaet som omhandler lojalitet til pasient eller pårørende ble også beskrevet i en annen sak, som Karl og May-Linn her drøfter:

Karl: *Når du har en sånn situasjon, du har en familie hvor det er en person som er destruktiv for resten, og det ikke er mulig å finne noe felles plattform, da må man hjelpe til å...at man klarer å løse opp i de destruktive sidene ved relasjonen, tenker jeg. Ja. (...) Eh, og han (pasienten) blokkerte jo, i forhold til at vi skulle involvere oss. Og når vi tenkte at prosessen ble ivaretatt, så har ikke jeg fulgt opp siden. Men, jeg håper de [pårørende] fikk hjelp til å...*

May-Linn: *Ja, for sånn så, kan det jo ende med et brudd da, og det kan jeg jo tenke noen gang at det er jo det beste. Hvis det er sånn at vedkommende som ruser seg ikke slutter.*

Av dette utdraget tolker jeg en beskrivelse av en interessekonflikt, og at lojaliteten til Karl og May-Linn går til pasientens pårørende mer enn til pasienten. Åshild var også involvert i denne dialogen:

Åshild: *Det er noe med å få hevet blikket litt og. Fordi at du blir...du er så vant til å gå i den her destruktiviteten. Og det å få, at noen kommer inn, og hjelper deg til å heve blikket, og si at «det her er faktisk ikke greit for ungene deres.». Det tenker jeg kan være en sånn, ja, at det er et vendepunkt. Og selv om ikke det blir...du fikk vel litt sånn pepper fra pasienten om at «Er det det vi holder på med, det å ødelegge parforhold, eller familier, eller» Hadde han ikke et eller annet sånn...utspill eller...i forhold til hvis ikke...?*

Åshild bringer frem det normative elementet ved uttalelsen «det her er faktisk ikke greit for ungene deres», og beskriver hvordan tilliten i relasjonen mellom pasienten og behandleren synes å bli påvirket negativt.

Når vold er involvert

Dette etiske dilemmaet handler om at vold er mer tilstede i familier med rusproblemer enn i familier hvor det ikke rusproblemer, og hvordan behandlere skal forholde seg til saker hvor vold skjer eller har skjedd.

Margot: (...) *husker du vi møtte den datteren for første gang på pårørendekveld?*

Johanne: *«Jeg hater mamma»*

Margot: *«Jeg hater mamma» sa hun. Så oss rett inn i øynene, det var sånn «åh, okei». Ja....*

Paul trakk frem kunnskap om at det skjer mer vold i familier med rusproblemer enn i andre familier. Da det ble snakket om dette temaet, oppfattet jeg en ambivalens knyttet til det å ha familiesamtaler i saker hvor vold er en del av problembildet, og usikkerhet på hva som er rett og hvordan en skal gå frem. May-Linn uttalte også dette i en sak som deltakerne sier startet med vold:

Men er det på en måte sånn der, vi har jo sånn «Når er det en ikke skal involvere pårørende da?» Så hvis dere hadde liksom valgt å gå videre her nå, invitere ungene inn i rommet, og holdt på. Det er jo en grunn til at det ble stoppet der det ble stoppet.

Tema vedrørende vold ble spesielt drøftet i ene fokusgruppen, knyttet til saken som Margot og Johanne snakker om under overskriften. I denne saken hadde de hatt familiesamtale, og det hadde kommet frem at vold hadde vært et problem i familien.

Margot: *Ja vi har jo en skrekk - «skrekksamtalen». Det var jo en skrekksamtale. Det barna forteller om utskjelling og ...vold, og...ja, det var helt....vilt. (Johanne: «Ja, ja» innimellom)*

Paul adresserte problemstillingen med vold i denne saken, og hvordan de som behandlere skal forholde seg til det:

(...) Og da er vi litt inn i det landskapet, jeg tenker, når skal du kanskje, når er kanskje ikke bare familiesamtaler, eller, altså, det neste steget er når det er synliggjort, er kanskje rett og slett mer individuelt fokus mot den enkelte (mye mhm fra andre).

I dialogen rundt denne saken trakk Johanne frem poenget med at virkeligheten eksisterer uavhengig om de har denne samtalen eller ikke:

Johanne: Og jeg tenker det at samtalen i seg selv var skrekkelig for vår del, men det her er en virkelighet som ungene lever i... Margot: Ja, hver dag... Johanne: ...ja, og det er jo sånn, det er skrekkelig fordi at vi hørte hvor følt det er for... det virkelig er. Det er det som er skrekkelig. Men at ungene fikk mulighet til å kunne si noe om det, at de fikk gjøre et bidrag, det er jo...ja, at de turte å...

Margot (avbryter): De fikk jo den aksepten fra foreldrene om å snakke åpent... Johanne: Ja... Margot: ...Det som kom, var jo... Paul: terrible? (utydelig) Margot: Ja, ja Johanne: Ja, ja

Margot pekte her på rutinen med at behandlerne ofte ber foreldre åpne opp for at barna kan snakke åpent i familiesamtalen, kanskje en forutsetning for at barna turte å si det de sa. Paul skisserte en mulig måte å balansere forholdet mellom familiearbeid og individuelt arbeid når slike problemstillinger er tilstede.

(...) den, det å ha alle inn i samme rom, kan gi en oversikt og muligheter for å tilby noe til den enkelte, som ikke handler om at de skal gjøre noe i fellesskap og ha flere felles samtaler. Men kanskje hadde vi ikke oppfattet de individuelle behovene uten å ha den samtalen, i det her tilfellet.

I ene fokusgruppen ble det beskrevet som viktig å tydeliggjøre sitt personlig – faglige ståsted i møte med vold og bekymringer overfor omsorgsforhold for barn:

Int: Er det uvanlig at du blir normativ? (...)

Arne: Ikke i forhold til når det gjelder eksponering av alkohol og i forhold til unger, nei. Det er ikke uvanlig. Det er jeg veldig tydelig på det.

Tove: Og vold, og...

Arne: vold, og...

Flere:Tydelige bekymringer, tydelige bekymringer

Arne: Men ellers er det veldig uvanlig at man er normativ

Et spørsmål som videre ble tatt opp i intervjuet, var hvordan behandlerne ville forholde seg til familiesamtaler dersom de på forhånd hadde fått kunnskap om at fysisk vold var tilstedeværende i familien

Ulla: Er det da riktig å umiddelbart liksom ta det inn i en familiesamtale, eller skal vi snakke med den pasienten først?

Paul bidro med noen refleksjoner på dette:

Det er det med å kartlegge litt nærmere hva..., altså spørre litt mer med den som bringer det på bane. Få et inntrykk av «tenker du at det her er noe vi kan snakke om, når vi sitter i det samme rommet?» For noen kan det være litt farlig, kanskje heller...da ville jeg forestille meg, i hvert fall mellom et ektepar, sant, hvor den ene ikke har sagt noe til oss, og så forteller den andre at den blir utsatt for vold, da. Hva vil skje da, hvis man føler seg tvunget til å avsløre det? Bare plumper kanskje ut med det i telefonsamtalen, og så...Da er det viktig å sjekke ut, er det et tema, altså «kjenner du at det er okei å kunne snakke fritt om deres forhold når det er en faktor?»

Oppsummert er vold et tema behandlerne uttrykte å være svært oppmerksom på, hvor de mente det er riktig å være normativ, men hvor det er vanskelige grenseoppganger knyttet til i hvilken grad og hvordan pårørende skal involveres.

4.3.2 Pårønderelaterte faglige utfordringer

Dette funnet handler om hvordan faget, i dette tilfellet helse- og sosialfaglig behandlingsarbeid for rusrelaterte problemer, blir utfordret i behandlingspraksis hvor pårørende involveres. Jeg har derfor valgt å kalle dem pårønderelaterte faglige utfordringer.

Jeg har valgt å dele disse faglige utfordringene i tre ulike undertema, som er pasientsenterte utfordringer, relasjon pasient – pårørende og system/struktur-utfordringer. Forskjellen til etiske dilemma er at det her er spørsmål om hvordan en som fagperson best kan forholde seg og tilpasse det faglige arbeidet til situasjoner som oppstår som en konsekvens av å jobbe pårørendeorientert.

Pasientsenterte faglige utfordringer

Dette undertemaet omhandler utfordringer som hovedsakelig dreier seg om hvordan behandlerne forholder seg til pasienten sin væremåte, vurderinger og utsagn knyttet opp mot det pårørendeorienterte arbeidet. Flere deltakere beskrev situasjoner hvor de opplever stor forskjell mellom «kart og terreng» med henblikk på hva pasienten sier om sin situasjon, og hva familiesamtaler og møter med pårørende gir av informasjon. I en sak ble det beskrevet at pasienten ga uttrykk for ønske om totalavhold, og barna kom på samtale. Så viste det seg at det var lite sammenheng mellom pasientens ord og handling.

I en annen sak beskrev Ulla at pasienten tegnet et bilde av familieforholdene som ikke stemte:

(...)....jeg var ikke klar over, jeg trodde kanskje at søsknene der...fordi at pasienten fremstilte den her familien som så velfungerende, og at alle snakket med alle, og nei, det var så åpent, og alle visste alt, og «nei, de ble kjørt hit og dit», og det tok litt tid å forstå at hun ikke var helt etterrettelig når hun ga informasjon, at hun hadde store planer, og at det var ikke noen avtale med sønnen om den henting, eller det var ikke noen avtale med datteren om den permisjonen, sånn som hun fremstilte det overfor oss.

Flere deltakere sa at de ikke kan være med på samtaler hvor pasient vil «late» som at rusbruk og målsetting er annerledes enn hva det er, og en deltaker uttrykker at han i en sak utfordret pasienten til ikke å skape feile forventninger hos pårørende, som Karl her beskriver:

...altså når vi snakket om den nye familiesamtalen, at vi måtte si litt om hvordan det hadde gått underveis her. For jeg sa til ham «Du vil...altså det er ikke bra for deg om ungene dine går ut av det her med en forventning som du kommer til å skuffe».

En annen utfordring som deltakere fortalte om i forbindelse med familiesamtaler, var det å forholde seg til og jobbe med pasientens vanskelige og ubehagelige følelser. En deltaker nevnte spesielt at hvordan kvinner ser seg som mor er viktig for deres verdighet, og at det er viktig at de som behandlere anerkjenner dette som en viktighet for dem. Mødrenes situasjon ble også bragt inn av Ulla, som uttrykte at mødrene trenger hjelp til å forberedes på å tåle barnets historie. Hun sa det, at mor må hjelpes å forstå sin rolle og hva hun kan gi i en samtale sammen med barnet:

At å hjelpe dem til å tenke at «nå skal du bare lytte», for nå tenker jeg på en konkret historie hvor jeg ikke selv var med i familiesamtalen, men hvor jeg jobbet med moren, og hun var helt sånn «jeg må jo ha alle svarene, jeg». Det skjønnte jeg jo på en måte mens vi snakket sammen, at «Jobben din er å høre på». Å si: Jeg vet ikke, men la barna få lov til å fortelle sin historie (mhm, mhm). At du tåler å høre det, det er liksom gaven du kan gi dem.

På bakgrunn av at noen pasienter synes det er veldig skummelt å involvere eller invitere pårørende inn, sa Toril at det kan være bra om par- og familiesamtaler ikke kommer for tidlig. Ved å bruke tid med pasienten i det miljøterapeutiske arbeidet, sa hun at pasientene kan bevisstgjøres og bli modige nok til å invitere inn pårørende, og det kan åpnes flere muligheter for hvilke pårørende som er aktuelle å invitere med.

Flere av fokusgruppedeltakerne sa at det kan være en utfordring knyttet til pasientens forståelse av egen og pårørendes rolle i familiesamtaler, som Johanne her snakket om:

...for enkelte så forstår de jo ikke det at barna er barn. At de har behov for å være barn, og bli sett som barn. Og det er jo noen foreldre som forventer at barna skal stå der som noen sånn der «Heiagjeng».

Deltakere sa at det er viktig å sjekke ut hvilke intensjoner forelderen har knyttet til en samtale, og at noen foreldre tror barna skal være der for dem, mer enn de skal være der for barna

Relasjon pasient – pårørende

Dette funnet handler om at relasjonen mellom pasient og pårørende bringer med seg utfordringer for behandlerne. De faglige utfordringene knyttet til relasjon pasient-pårørende syntes å handle om 1) forskjell i motivasjon/endringsønske, 2) manglende respons til «den Andre» i samtaler, 3) forskjell i hvor klar pasient eller pårørende er for å involveres, 4) forskjell i verdi pasient tillegger ulike pårørende, og 5) plassering av samtaledeltakere i rommet.

Flere deltakere beskrev en opplevelse av dissonans i respons fra familiesamtaler. Flere pasienter oppleves av deltakere å ønske aksept fra sine pårørende, for eksempel barn, om hva de har vært gjennom i livet, men denne aksepten eller anerkjennelsen kommer ikke alltid. Blant annet beskrev en deltaker en samtale hvor et voksent barns respons er at han har nok med seg selv. Utfordringen kan også gå den andre veien, og flere deltakere beskrev samtaler hvor pårørende ikke blir møtt av pasient på sine behov eller bekymringer, og/eller at pasient ikke responderer på pårørendes ytringer, som Arne snakket om her:

(...) «hun blir jo ikke møtt på, på en måte, behovene sine, og hva hun trengte fremover» Og hun ble heller ikke møtt på sin bekymring i forhold til ungene. Ehm...så det var jo veldig tøft, og veldig vanskelig å være tilstede, og vi prøvde virkelig, men det gikk ikke.

Flere deltakere beskrev også situasjoner hvor pårørende har en større motivasjon for at pasienten skal endre seg enn kanskje pasienten har selv. En deltaker beskrev en sak hvor han snakket med en pasient om det å eie sitt eget prosjekt - om det var mest han som ville være i behandling eller hans pårørende. En deltaker sa at pårørende ofte har en egenmotivasjon om å få pasienten inn før innleggelsen, og en deltaker beskrev en situasjon hvor datter blir skuffet i forhold til sine endringshåp overfor mor.

I en annen sak fortalte Karl at datteren ville mye på farens vegne, men hvor far, som var pasient, ikke levde opp til de endringsønskene datteren hadde for ham:

(...) og...datteren ville jo ganske mye på faren sine vegne, og var veldig positiv til det her da, og...hun uttrykte vel til at hun skulle være på ham og – passe på ham etter han var ferdig her. Og så, ja. Og så etter hvert, når vi fikk sett ham under innleggelsen, og han hadde flere tilbakefallsepisoder mens han var her, og det var lite ...vi så at det var lite sammenheng mellom hva han sa og hva han gjorde.

I en annen sak igjen, ble det planlagt og avtalt parsamtale, mens kun partneren og ikke pasienten møter opp. Da ble det allikevel gjennomført samtale, på bakgrunn av at partner hadde behov for dette for egen del. May-Linn sitt utsagn nedenfor, viser at det kan være ulikt for ulike pårørende nåtid det er aktuelt å involvere dem:

Og så vil egentlig alle involveres, men de bruker forskjellig tid, og så er det noe med hvordan forventninger.... det å hjelpe han Ole [pasienten] da, til å forstå, at det er jo ikke sånn at, fordi at han drar hit, så er alle «Hipp hurra glad». Det er faktisk sånn der at de også må...bruke den tiden de tar og hjelpe ham å forstå at «hva er det som gjør at det er vanskeligere for Aslaug enn for hun Marianne?»

Deltakere beskrev også utfordringer knyttet til selve samtalesettingen og i gjennomføringen av samtalen. Det ene handler om vurderingen knyttet til hvem som skal sitte sammen i samtaler med flere enn 2 personer, ut fra hvordan relasjonen er. I en sak beskrives det for eksempel at et valg om å plassere or og døtrene sammen vil skape en allianse i forhold til far som var pasient, noe de vurderte som feil. I en annen sak igjen, var foreldrene skilt, og de fortalte at det da ikke var naturlig å plassere foreldrene sammen:

Arne: Men i den saken her, så hadde det vært helt feil... May-Linn: Ja! Arne: ...igjen, og så sette foreldrene [sammen] ...for de var skilt!

I en spesiell sak beskrev Ulla et sterkt ubehag knyttet til pasientens ulike rangering eller evaluering av sine barn. Hun sa at sønnen ble oppevaluert mens datter ble devaluert, og at hun opplevde mors avvisning til datter som opprørende. I denne saken ga hun uttrykk for usikkerhet om hva samtalene faktisk bidro med, men konkluderer:

Men at pårørende fikk informasjon, og jeg kan...vet ikke om de opplevde, altså datteren syntes at familiesamtalen var vanskelig, og kjente at det kan jeg ikke gjøre flere ganger. Om de andre to vil si at det var verdt, det vet jeg ikke. Sønnen tror jeg det, for han har hatt en veldig sånn, han var en sånn...realistisk, han da. Ektefellen vet jeg ikke.

System og struktur

Utfordringer knyttet til system og struktur handler om begrensninger systemet setter for en pårørendeorientert praksisutøvelse, eller måter arbeid er organisert på som skaper vansker i pårørendeinvolverende praksis. Oppsummert synes system- og strukturutfordringene hovedsakelig å handle om 1) økt rekkevidde fører til økt ansvar og er ressurskrevende, og 2) Ny praksis krever tid til kritisk refleksjon 3) Samtalemetodikken skaper noen ganger utfordringer.

Noen av utfordringene som ble beskrevet, er slik jeg tolker det ressursutfordringer. Et poeng som ble trukket frem av flere deltakere, er at økt rekkevidde også fører til økt ansvar:

Men økt rekkevidde...man kan også få liksom «gisp», når det (utydelig)er det at, det er ganske mange man ser på en annen måte. Det kan nesten være litt overveldende, (...)
Paul

(...) når du åpner opp alle de dørene her, så er det ganske tidkrevende fordi at det forplikter at...at sånne ting blir ordentlig forankret videre (mhm).

Johanne

Ja, for det er det med ressurser, altså, at vi åpner dører, vi tar ansvar for veldig mange mange mange flere når, med det arbeidet her. Og det merkes jo det også

Ulla

To deltakere la vekt på at det er viktig med tid til etter-refleksjon for å forstå bedre hvorfor samtalen ble som den ble, og sette sine opplevelser i en sammenheng, men dette prioriteres det ofte ikke tid til. At samtalemetodikken fordrer to behandlere i én samtale, er åpenbart ressurskrevende. Samtidig beskrev en deltaker veldig tydelig at en familiesamtale han gjennomførte ble mislykket grunnet at han var alene behandler i den, og hans synspunkt var at dette ville blitt annerledes hvis en annen behandler hadde vært med og kunne hatt fokus på den andre personen.

Noen deltakere beskrev også utfordringer knyttet til samtalestrukturen med skiftene mellom tale og lytte. Ulla beskrev en sak hvor hun ikke hadde snakket med alle om metoden på forhånd. Dette medførte ekstra utfordringer i gjennomføringen av samtalen, hvorpå hun gjorde refleksjoner om dette:

.....det å snakke med alle som skal komme til familiesamtalene, også for å informere de om og forberede dem på metoden, som er litt spesiell måte å snakke sammen på, det har jeg sann...tenker at det skal jeg gjøre, og det skal jeg prøve å følge opp i de neste familiesamtalene, det har jeg gjort med en, og, ja...det tenker jeg er viktig, da.

Paul sa at en fare med metoden er at forventning om positivt utfall kan bli sterk.

Det er jo en fare, kanskje at vi...når vi har denne metoden, og opplever at veldig mange har en positiv opplevelse med det, så skal vi ikke...bidra til at det blir en sterk forventning fra vår sin side fordi at...mange har jo, på en måte, vil jo tenke i hvert fall i ettertid, hvis det blir brudd i et forhold, at det var det beste for dem, begge to, kanskje.

Slik jeg forstår dette utsagnet, er utfordringen dels knyttet til metoden, og dels til de forventningene pasient og pårørende kan få om retilknytning og reparering av skadete relasjoner. Disse forventningene kan skapes som en konsekvens av det klinikken kommuniserer gjennom sin vektlegging av pårørendeinvolvering som sådan, eller i det spesielle møtet med pasienten og familien.

Er den profesjonelle taushetsplikten en utfordring?

Den profesjonelle taushetsplikten ble ikke nevnt som en faglig eller etisk utfordring i noen av intervjuene.

5 Diskusjon og implikasjoner

Problemstillingen som skal besvares, er:

Hva vektlegger ansatte på en rusbehandlingsklinikk ved involvering av pårørende?

For å belyse denne problemstillingen, har jeg utviklet følgende forskningsspørsmål:

- 1. Hvilke strukturelle og prosedyremessige faktorer beskrives som viktige for å gjennomføre et godt pårørendeorientert arbeid?*
- 2. Hvilke faglige betraktninger vektlegges, og hvordan påvirker de praksisutøvelsen?*
- 3. Hvilke faglige utfordringer og etiske dilemma erfarer de i slik praksis?*

Det første forskningsspørsmålet vurderer jeg som tilstrekkelig besvart i analysedelen av oppgaven, og jeg vil derfor konsentrere meg om de to siste forskningsspørsmålene i den følgende drøftingen.

5.1 Hvilke faglige betraktninger vektlegges, og hvordan påvirker de praksisutøvelsen?

Jeg forstår funnene i analysen slik at det er en tendens til tiltak rettet spesifikt mot pårørendes behov når begrunnelsen for pårørendekontakten er individuelt orientert, og at det er en tendens mot felles tiltak, for eksempel familiesamtaler, når pårørendeinvolveringen er sosialt- og relasjonelt begrunnet. Dette passer overens med det Selbekk m.fl. (2014) beskriver.

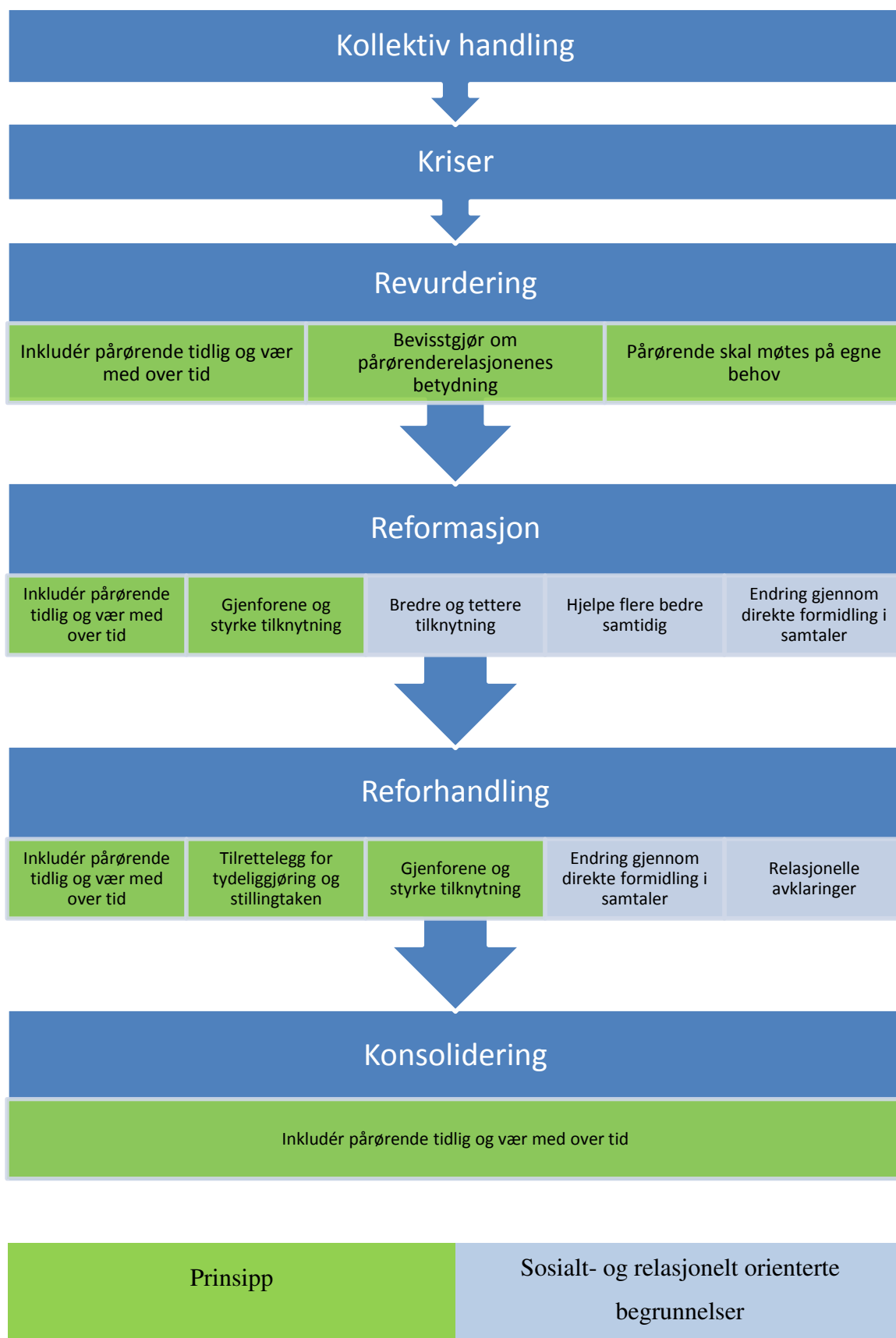
Temaet «Individorienterte begrunnelser» som handler om å ivareta, hjelpe og styrke pårørende for egen del gjenspeiler seg i prinsippet «Pårørende skal møtes på egne behov». Funnene i analysen viser at deltakerne vektlegger pårørendes egne behov for støtte og hjelp, noe som passer godt sammen med Orford m.fl. (2010) sin SSCS- modell. Denne modellen har som nevnt fokus på aktørskap og myndiggjøring, å styrke og frigjøre ressurser hos berørte familiemedlemmer (ibid).

Funnet «Sosialt- og relasjonelt orienterte begrunnelser» har blant annet undertemaene «Endring gjennom direkte formidling i samtaler», «Bedre og tettere tilknytning», «Hjelpe flere bedre samtidig» og «Relasjonelle avklaringer» som gjenspeiler seg i prinsippene «Gjenforene og styrke tilknytning», «Inkluder pårørende tidlig og vær med over tid», og «Tilrettelegg for tydeliggjøring og stillingtaken». Disse funnene passer godt med Adams' (2008) sosiale modell. Denne modellen har som nevnt reaktivering av tilknytningspunkter og

styrking av intimitet i de sosiale tilknytningene som hovedmål. Jeg vil i det følgende drøfte analysens relevante funn for dette forskningsspørsmålet, opp mot Adams' (2008) sine seks faser for reintegrering. Jeg har i figuren på neste side presentert en visuell fordeling av relevante funn til de ulike fasene. Modellen og plasseringen av de ulike funnene i den, må i tråd med studiens vitenskapsteoretiske ståsted, ikke forstås som speilbilde av «virkeligheten». Den kan derimot ses på som et kart, mer eller mindre brukbart for en forståelse av viktige aspekter for «reintegrering» som Adams (2008) beskriver det, og gir et utgangspunkt for drøfting av funnene.

Noen funn passer med flere faser, som blant annet «Inkluder pårørende tidlig og vær med over tid» som går fra kontaktopprettelse i «Revurderingsfasen» til «Konsolideringsfasen».

Figur 5: Adams` (2008) seks faser for reintegrering med funn fra analyse fordelt på ulike faser. Funn fra «Sosialt- og relasjonelt orienterte begrunnelser» og «prinsipper»



Slik jeg tolker funnene fra analysen, passer flere av de pårørendeorienterte behandlingsprinsippene, samt «Sosialt- og relasjonelt orienterte begrunnelser» godt sammen med fasene «Revurdering», «Reformasjon», «Reforhandling» og «Konsolidering» i Adams' (2008) sin reintegreringsmodell. De første to fasene, «Kollektiv handling» og «Kriser», faller i stor grad utenom det arbeidet som klinikken beskriver. For at en behandlingstjeneste skal kunne bidra i fasen «kollektiv handling», må den være tilgjengelig for pårørende før den som bruker rusmidler nødvendigvis selv oppsøker hjelp til endring. Den andre fasen, «kriser», er heller ikke en fase hvor en elektiv behandlingstjeneste⁸ kan bidra i vesentlig grad. Selv om ansatte ved LBS er opptatt av å inkludere pårørende tidlig, vil den fasen pårørende inkluderes i, sannsynligvis være Adams (2008) sin «Revurderingsfase» eller «Reformasjonsfase». Det at det pårørendeorienterte arbeidet ikke starter i fasen for «Kriser» eller «Kollektiv handling», kan gjøre arbeidet mer utfordrende. Det er forskjell på å involvere og mobilisere pårørende og nettverksmedlemmer som er aktivt involvert og bekymret, og sosiale relasjoner som over tid har blitt forringet og svekket. Seikkula (2012) skriver at et prinsipp i behandling etter Åpen dialog, er at første behandlingsmøte skal gjennomføres innen 24 timer etter pasient eller en «bekymret annen» har tatt kontakt. Allerede i dette møtet tilstrebes det å involvere det sosiale nettverket som er berørt og kan være til hjelp (ibid). Seikkula hevder det psykososiale krisearbeidet og den tidlige involveringen av pårørende er en viktig del årsaken til Åpen dialog – tilnærmingens suksess med å klare å inkludere og mobilisere familiemedlemmer i behandlingen (Seikkula 2003, Seikkula 2012).

Dersom vi tar utgangspunkt i at «Revurderingsfasen» er beskrivende for situasjonen når Klinikkavdelingen kommer i kontakt med pasienter, vil fokus ifølge Adams (2008) være om pasient og pårørende vil forsøke å få til endringer i sine tilknytninger, og bevege seg bort fra det han kaller et «avhengig sosialt system». I funnene kan en trekke paralleller mellom Adams' (2008) beskrivelse av denne fasen, til prinsippet «Bevisstgjør om pårønderelasjonenes betydning» og intensivt tilretteleggingsarbeid for å komme i posisjon for å involvere pårørende. «Pårørende skal møtes på egne behov» er et prinsipp som kanskje er spesielt sentralt i denne fasen, siden kontakten fra behandlerne her kan være mange pårørendes første kontakt med klinikken.

⁸ planlagt behandling som utføres på et forhåndsbestemt tidspunkt (Kåss 2009)

Funnene kan tolkes til at «Reformasjonsfasen» og «Reforhandlingsfasen» er tyngdepunktet i ansattes pårørendeorienterte arbeid. «Reformasjonsfasen» handler om å skape tilknytningspunkter som gjør retilknytning til symmetriske relasjoner mulig (ibid). Det passer med prinsippet «Gjenforene og styrke tilknytning», og begrunnelsene «Bedre og tettere tilknytning» og «Hjelp flere bedre samtidig». Funnet «Endring gjennom direkte formidling i samtaler» kan forstås å ligge i mellomlandet mellom «Reformasjonsfasen» og «Reforhandlingsfasen», fordi funnet i tillegg til å vise hvordan intimiteten i familierelasjonene styrkes, også viser hvordan viktige relasjonelle forhold mellom pasient og pårørende tema språkliggjøres og blir tilgjengelige for dialog.

Funnet «Relasjonelle avklaringer», passer godt med hva Adams (2008) beskriver som en viktig del av «Reforhandlingsfasen» i reintegreringsprosessen. I denne fasen beskriver han at fellesskapet og «det kollektive» kan utfordres av de ulike individuelle ønsker og behov (ibid). Funnene kan vise at deltakere i noen situasjoner mener det er bedre at forhold ender med brudd eller at en konflikt tydeliggjøres, fremfor at tilknytningen forsterkes. Her kan det tolkes som at personlig aktørskap som fremheves i SSCS- modellen vektet tyngre enn retilknytning. Samtidig tolker jeg fra funnene at relasjonelle avklaringer som skjer i fellessamtaler også kan bidra til endringer i stressfremkallende mellommenneskelige relasjoner, forhold som kan ha fungert som drivere for avhengighet eller belastninger hos pasient og/eller pårørende (Orford m.fl. 2005, Adams 2008, West 2006). «Relasjonelle avklaringer» kan altså handle om å myndiggjøre og styrke aktørskap hos det enkelte individ, og samtidig kan det handle om styrking av det sosiale fellesskapet og intimiteten gjennom en endring i relasjonsmønstrene.

«Konsolidering» er fasen hvor Adams (2008) beskriver at de relasjonelle avklaringene er gjort, og fokus er på å normalisere og opprettholde dem. I forhold til funnene, vil funnet «Inkluder pårørende tidlig og vær med over tid» passe sammen med dette. Adams (2008) anbefaler en begrenset profesjonell innsats i en slik fase, som bidrag for å hindre at redusert sosial tilknytning legger forholdene til rette for en reversering til det avhengige systemet (Adams 2008:180)

Jeg oppfattet at deltakerne anså de sosialt orienterte og individuelt orienterte tilnærminger som utfyllende til hverandre. Noen ganger er fellessamtaler hvor formål er gjenforening, bedre tilknytning, og relasjonelle avklaringer hensiktsmessig. De relasjonelle avklaringene som slike samtaler kan føre til, kan flytte fokus i arbeidet til å gi de forskjellige individene

hjelp for egen del og til å ta tilbake makt over sine egne liv, noe som samsvarer med SSCS-modellens vektlegging av aktørskap. Men noen ganger skjer begge deler i samme samtalen; Gjennom å styrke tilknytning og intimitet, kan også det enkelte individ oppleve å få mer makt og styring i sitt eget liv. Som vist i funnene «Hjelpe flere bedre samtidig», «Gjenforene og styrke tilnytning» og «Endring gjennom direkte formidling i samtalen» synes fellessamtalene å være en viktig arena hvor både pasient og pårørende *sammen* øker sin evne til å styre egne liv. Dette passer overens med både Adams (2008) forståelse av intimitetens betydning, og Seikkulas (2012) vektlegging av de sosiale relasjoner og dialogens betydning for menneskets evne til å styre eget liv.

«Den reflekterende samtalen som bærende metode» er inspirert av Andersen (2005), som vektlegger både den ytre og indre dialog i samtalen. Den reflekterende samtalsstruktur er ment å gi tilstrekkelig rom for indre dialog gjennom skiftet mellom å tale og lytte (ibid). Håpet er at slike samtaler kan bli «passe usedvanlige», som igjen gir muligheter for å se og forstå egne og andres erfaringer og uttrykk på nye måter. Slik kan samtalen vekke til live, eller gi rom for, nye måter for personen å «være- i –verden» på (Andersen 2005). Andersens (2005) «reflekterende prosesser» og Seikkulas (2012) «Åpen dialog» har mange fellestrekk med hverandre i vektlegging av dialogens betydning og tilretteleggingen for indre og ytre dialog i samtalen. Funnet «Endring gjennom direkte formidling i samtalen» gir sterk gjenklang til Seikkula (2012) beskrivelse av dialogens betydning. Pasient og pårørende kan få uttrykt ting de før ikke har fått uttrykt og de andre deltakerne i samtalen får høre og se noe de før ikke har hørt eller sett. Samtalens struktur bidrar til at den indre dialogen hos de ulike samtaldeltakerne får tilstrekkelig plass til å ta inn nye aspekter ved den andres uttrykk. Da kan en også forstå seg selv, den andre, og sitt forhold til den andre på en annen måte. Watzlawick m.fl. (1980) beskriver denne type forandring, hvor det skjer en endring av forståelsesramme, som forandringer av «annen orden».

De «Behandlerorienterte begrunnelsene» kan også forstås slik. I tråd med ideen om «annen-ordens kybernetikk», er behandlerne selv en del av det sosiale systemet i behandlingsrommet, et «observerende system», ikke utenforstående observatører (Foerster 1979). Gadamer (2010:329) skriver om den hermeneutiske regelen om å forstå helheten ut fra delen, og delen ut fra helheten. Behandlerorienterte begrunnelser handler i hovedsak om utvidelse av behandlerens forståelse av situasjonen og muligheten til å tilpasse behandlingen en slik forståelse. Forståelseshorisonten er den rammen som begrenser forståelsesmulighetene (ibid). Pårørendes involvering kan medføre utvidelse av forståelseshorisonten, noe som dette funnet

viser. Helheten som pasientenes liv og problemer forstås på bakgrunn av, utvides. Når delen (pasienten) forstås ut fra helheten (Pasienten *med og i* sine sosiale relasjoner), gir det behandlerne forståelsesmuligheter som tidligere ikke var der. Gjennom dialogen, ved å lytte oppmerksomt, kan også behandleren forandre sitt syn, tanker og følelser – som igjen fører til noen nye forståelses- og handlingsmuligheter. Seikkula (2012:104) eksemplifiserer dette fenomenet med en sak hvor endring hos familien først skjedde når behandlergruppen hadde endret sin opptreden, sin forholdemåte. Funnet «Endring gjennom direkte påvirkning i samtalen» kan på denne måten, i tråd med funnene fra «Behandlerorienterte begrunnelser», gjelde for behandlerne så vel som pasient og pårørende.

Sosialt- og relasjonelt orientert praksis og TSB

Funnene viser at deltakerne mener både pasient og pårørende kan hjelpes bedre gjennom involvering av pårørende, dels begrunnet individorientert, og dels begrunnet sosialt og relasjonelt. Et funn under «Ringvirkninger» kan synliggjøre et problem en sosial- og relasjonelt orientert behandlingspraksis kan møte i et individorientert pasientrettighetssystem. I den aktuelle saken viste det seg at flere familiemedlemmer som bodde sammen hadde rusproblemer. Sannsynligvis ville tre medlemmer i samme familie alle få en egen pasientrettighet i TSB som følge av egen rusbruk. Fra en individorientert forståelse av avhengighet vil man se deres rusproblemer som separate problemer. Behandlingstilbud for de ulike familiemedlemmene ville sannsynligvis gis på ulike behandlingssteder for eksempel på bakgrunn av type rusmiddel, kjønn og alder. Med potensielt 3 forskjellige behandlingssteder involvert, med (minst) 3 forskjellige behandlere, vil sannsynligvis en individuelt orientert praksis få hovedfokus. Å behandle deres rusproblemer innenfor et sosialt- og relasjonelt perspektiv måtte nødvendigvis bety å se dem i sammenheng med hverandre, og tilpasse en behandling den felles sosiale konteksten de var en del av. Muligheten for å behandle problemene på denne måten, synes å bli begrenset i et slikt system.

Dette eksempelet kan illustrere hvordan det individbundete pasientrettighets- og behandlingssystemet kan bidra som en driver for en praksis som ikke blir helhetlig. Det videre behandlingstilbud for familiemedlemmene blir her sannsynligvis mer påvirket av TSB sitt grunnleggende individorienterte vurdering av avhengighetsproblemer og system for pasientrettigheter og elektive behandlingstjenester, enn av deltakernes begrunnelser

5.2 Hvilke faglige utfordringer og etiske dilemma erfarer de i slik praksis?

Jeg velger å fokusere på de etiske dilemma i denne drøftingen. De mest vesentlige etiske dilemma som deltakerne beskriver, er lojalitetsdilemma i pasient-behandlerforholdet som følge av pårørendeinvolvering, og hvordan forholde seg i situasjoner hvor vold er eller har vært involvert. Jeg vil først se på lojalitetsdilemma i pasient-behandlerforholdet.

5.2.1 Lojalitetsdilemma i pasient-behandlerforholdet

«Relasjon» til pasient/klient/bruker er et viktig fokus for psykososialt arbeid, og en viktig faktor for behandlingsresultat (se for eksempel Shulman 2003, Norcross 2011). I familieterapifeltet har flere skrevet om nøytralitet i terapi hvor flere familiemedlemmer deltar; en skal ikke ta parti for en klient fremfor en annen for eksempel i en parterapi eller familieterapi (se for eksempel Schjødt og Egeland 1992, Selvini, Boscolo, Cecchin, og Prata 1980).

Jeg har tidligere beskrevet hvordan pasientrettighetssystemet medfører at den primære relasjonen ansatte nødvendigvis søker å etablere, vil være til personen som bruker rusmidler. Det er denne relasjonen behandlingen «står og faller på». En pårørende vil bare ha rett på kontakt fra behandlere ved Klinikkavdelingen, dersom pasienten samtykker til det. De lojalitetsproblemer som deltakerne erfarte, har sannsynligvis sammenheng med dette.

TSB er tverrfaglig sammensatt, med krav til fagpersoner av medisinskfaglig, psykologfaglig og sosialfaglig utdanning. De profesjoner som er representert ved klinikken og i TSB-virksomheter som sådan har ulike yrkesetiske retningslinjer, som i forskjellig grad språksetter dilemma som kan oppstå i lojalitet eller interessekonflikt mellom pasienter og pårørende. Sykepleiernes etiske retningslinjer sier veldig klart i punkt 3.2 som omhandler sykepleieren og pårørende, at hensynet til pasienten skal prioriteres ved interessekonflikter (Norsk Sykepleierforbund 2011). Psykologforeningen sine etiske prinsipper har klientens selvbestemmelse som et av fire hovedprinsipp, som inkluderer «retten til å gå inn i og avslutte den profesjonelle relasjonen» (Psykologforeningen 1998). Legeforeningen sine etiske regler sier i § 2 at legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet (Den norske legeforening 2015). De yrkesetiske retningslinjer for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere vektlegger at arbeidet må baseres på tillit mellom yrkesutøveren og brukeren, gjennom blant annet åpen kommunikasjon og ivaretagelse av konfidensialitet (Fellesorganisasjonen 2015). Silva (2006:138) skriver at alle disse yrkenes etiske

retningslinjer er prinsippbaserte, og en av deres funksjoner er å løse eller forebygge etiske dilemmaer og konflikter. At de er prinsippbaserte, betyr at det er regler som er utarbeidet på grunnlag av noen mer grunnleggende prinsipper, som for eksempel menneskeverdprinsippet og autonomiprinsippet (ibid). Alle de nevnte etiske retningslinjene er tett bundet til det dyadiske forhold mellom én hjelper og én klient/pasient.

Silva (2006:164) skiller mellom konsekvensetikk og pliktetikk som de to prinsippbaserte normative etiske hovedteoriene. Han eksemplifiserer hvordan disse teoriene kan vektes mot hverandre for å løse et etisk dilemma, for eksempel når «autonomiprinsippet og «ikke-skade prinsippet» står mot hverandre. Han beskriver en situasjon hvor det å følge det ene prinsippet vil undergrave det andre, for eksempel ved at konsekvensen av å respektere pasientens autonomi er at pasienten blir skadet, og at det da er bedre å ikke skade pasienten enn å respektere hans / hennes autonomi. En kan tolke «ikke-skade prinsippet» pliktetisk: *Du skal ikke skade*, mens autonomiprinsippet kan tolkes konsekvensetisk: *Konsekvensen av å ikke innskrenke pasienten sin autonomi i denne situasjonen, er at han blir skadet.*

Silva (2006) beskriver dydsetikk (sinnelagsetikk) som den tredje normative etiske hovedteorien. Dydsetikken har fokus på hvorvidt personen som utfører den er drevet av et godt sinnelag – godt motiv, god intensjon eller hensikt (ibid). Silva (2006) argumenterer at en etikk som skal brukes i en holistisk helse- og sosialtjeneste, bør kombinere aspekter ved dydsetikken med aspekter ved prinsippbasert etikk: Etiske regler og prinsipper kan fortelle oss hva vi bør gjøre, mens ulike dyder som omtanke, medlidenhet og altruisme kan motivere oss til faktisk å gjøre det (ibid). Dette er dyder som vi dels har «med» oss inn i situasjonen, og dels dyder som «vekkes» i selve situasjonen. Dydene kan bidra med ny innsikt i hva som bør gjøres i en gitt situasjon. Dyder som sympati, empati og omtanke kan vekke følelser som fremmer den andres interesser, og gjennom det kan vi oppdage etisk relevante aspekter ved en situasjon (ibid). Gjennom at vi identifiserer og gjenkjenner oss i det andre mennesket, kan de også gjøre oss bedre i stand til eksistensielt å forstå deres behov bedre (ibid)

Dette betyr altså at de ulike yrkesetiske retningslinjene gir begrenset hjelp til praktisk orientering i landskapet hvor en ansatt involverer seg i flere relasjoner utover pasienten. Kan det skade pasienten når kontakten med pårørende berører relasjonen og behandlers holdning til pasienten? Svaret på det må nødvendigvis være ja, når relasjonen er så sentral i psykososialt arbeid og terapi. Det er flere måter å møte en slik erkjennelse på. Kanskje kan en etisk refleksjon sammen med pasient være viktig: En konsekvensetisk samtale kunne for eksempel tatt utgangspunkt i at den risikoen pasienten løper i dag ved å åpne opp for kontakt

med pårørende, kan bære frukter på sikt - bringe gode konsekvenser både for pasient og pårørende. En pliktetisk samtale kunne for eksempel tatt utgangspunkt i at en som en del av familie også har et ansvar for andre familiemedlemmer, kanskje særlig barn. Med et utgangspunkt om at det er «rett» i seg selv, og viktigere enn de eventuelle vanskene det kan påføre relasjonen mellom behandler og pasient, kan det gi et godt grunnlag for pårørendeinvolveringen. Med vekt på dydsetikken, kan en samtale ta utgangspunkt i hva som er viktige verdier for pasienten, og hva som er gode handlinger på bakgrunn av de verdiene.

Et annet aspekt er at det er vanskelig å både være behandler for pasienten, og samtidig ivareta og imøtekomme pårørende med deres behov. Behovene og ønskene vil aldri være helt like, og de etiske avveiningene mellom dem må skje i disse ulike møtene med pasient og pårørende. Kanskje kan dilemmaet minskes ved at kontakten med pårørende gjøres av andre ansatte ved behandlingstjenesten, ansatte som ikke jobber direkte med pasienten i det daglige? Da kan pasientens behandler beholde sin lojalitet til pasienten uten bli utfordret av andre relasjoner i like stor grad. Den ansatte som kontakter pårørende kan konsentrere seg om å ivareta de pårørende sine behov. Dette kan sikre en bedre «ryddighet» i relasjonene, men vil samtidig utfordre samhandling og kommunikasjon mellom de ansatte som vil være involvert i samme «sak», men har ulike lojaliteter å ivareta.

5.2.2 Når vold er involvert

Som nevnt i analysen tolket jeg en ambivalens i deltakernes utsagn når det gjaldt saker hvor vold var en faktor i familien. Ambivalensen handlet om når det er ok å ha fellessamtaler dersom den som utøver vold og de(n) som det har blitt utøvd vold mot alle er tilstede, og når det ikke er det. Dette er et vanskelig spørsmål, som er relevant for flere enn rusbehandlingstjenester som kommer i kontakt med denne problematikken. Fekjær (2009:188) vektlegger alkoholen som den aller viktigste enkeltårsaksfaktor for voldsbruk, og Norström (1993) beskriver en statistisk signifikant sammenheng mellom befolkningens alkoholbruk og partnervold/familievold. En stor studie hvor over 1300 kvinner på krisesentre ble spurt om deres partner var ruspåvirket når vedkommende utøvde vold i forkant av deres ankomst på krisesenteret, svarte 60 % av de norskåttede kvinnene ja (Lund 2014). Pape (2011) mener forskningen tyder på at det er hensiktsmessig å samordne behandling for volds- og aggresjonsproblematikk og problemfylt drikking. Voldsproblemer beskrives også som et spesielt vanskelig og tabubelagt tema i familievernet inntil de senere år (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet 2010). I denne rapporten beskrives også en undersøkelse av de ulike norske familiekontorenes måte å tilnærme seg voldsproblematikk på. Tre metoder er spesifikt

rettet mot aggresjon- og voldsproblematikken: Behandlingsmetoder ved Alternativ til Vold, Brøsetmodellen, og Veteremodellen (Ibid). Av disse, er det bare Vetere-modellen som har et systemisk grunnfeste, og legger opp til å jobbe med voldsutsatt og voldsutøver samtidig (Cooper & Vetere 2005).

Østensjø familiekontor har profilert seg på parterapi med et barneperspektiv i familier med vold i nære relasjoner etter Vetere-modellen (Cooper & Vetere 2005, Middelborg m.fl. 2007, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet 2010). De beskriver at sikkerhetsarbeid har fokus inntil volden har opphørt, og at de utarbeider ikkevoldskontrakt og sikkerhetsplan. Et viktig aspekt er også at taushetsplikten oppheves om vold, og at terapien innebærer involvering av en stabil tredjepart, det vil si en person eller offentlig instans som begge parter har tillit til (Middelborg m.fl. 2007, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet 2010). I artikkelen vektlegger forfatterne viktigheten av å ha en god tilnæringsmåte i møte med voldsproblematikk i familien, og også ressursperspektivet i å jobbe med slike saker: Problematikken er tilstede i 5 % av sakene, men de bruker opp mot 20 % av terapeutressursene i slike saker. De anslår med andre ord at saker hvor vold er involvert krever rundt 4 ganger flere ressurser enn en vanlig sak.

Å arbeide med saker hvor vold er involvert, er altså krevende både terapeutisk, kompetansemessig, metodisk, og ressursmessig. Ressursaspektet berører både interne og eksterne forhold, fordi eksterne instanser som barneverntjenesten i større eller mindre grad må involveres. Involvering av familie i behandling gir større muligheter for avdekking av voldsproblemer, og forskning viser klare koblinger mellom rusbruk og vold. Som Pape (2011) skriver, kan koblingen mellom alkohol og vold i nære relasjoner tilsi at det er hensiktsmessig å samordne behandling i slike tilfeller, men som vist i drøftingen, er det ressurskrevende og krever en egen kompetanse.

5.3 Implikasjoner for praksis

Det å klare å jobbe familie- og nettverksorientert i et felt som er basert på individuelle pasientrettigheter krever en spesiell oppmerksomhet mot det. Selv om mye synes tilrettelagt med tanke på rammevilkår samt juridiske og politiske føringer, blir involveringen fra et forvaltningsmessig synspunkt som et «ekstra» lag på «kaken». Personen med pasientrettigheter er i fokus, og det er den som skal ha hovedoppmerksomheten.

Lojalitetskonflikt-temaet som bringes opp og drøftes i oppgaven, er påvirket av dette. Hadde det vært «Rusproblemet» som var pasienten, og ikke en bestemt person, måtte lojaliteten til de ansatte naturlig gått til alle krefter som kunne bidra til å løse opp i rusproblemet, jamfør Goolishian og Andersons (1987, 1992) konsept om det «problemskapte og problemoppløsende system»

Adams (2008) påpeker at språket vi bruker om avhengighetsproblemer og behandling også virker inn på hvordan vi forholder oss til problemet, og bruker derfor et annet begrepssett. Dette er i tråd med det sosialkonstruksjonistiske syn om at språket er helt sentralt for vår verdensanskuelse og praksiser (Burr 2015, Gergen 2015). Jeg har selv brukt pasient og pårørende ganske konsekvent gjennom oppgaven. Kanskje er disse begrepene med på å undergrave pårørendes betydning og behandlernes innsats for å involvere dem. Pasienten er alltid den som er det primære fokus i helsetjenestene. Etter rusreformen har begrepet for mennesker som får behandling i TSB vært «pasienter». Hvis en ser til pasientordets opphav, kommer det fra latinsk «patiens», som hadde betydningen «som lider» eller «lidende» (Hem 2013). Skadelig rusbruk og avhengighet bidrar ikke bare til lidelse for den som bruker rusmidler, men også til omgivelsene. Derfor er det behov for begreper som retter oppmerksomheten også til andre berørte mennesker av rusbruk, og anerkjenner deres behov. Innenfor den systemiske tradisjon hvor bevisstheten på språkets makt skaper forsiktighet eller til og med uvilje mot å språklig definere mennesker, kan alternative begreper bli lange og omstendelige. Når Adams (2008) bruker begrepet «person i det avhengige forholdet» og «avhengig sosialt system», så oppnår han et fokus på «avhengighet» som relasjon og med relasjonelle konsekvenser, men begrepene er lange og vanskelige å bruke konsekvent.

Da tror jeg Copello m.fl. (2009) har et begrep som har potensiale for større utbredelse. De skriver:

«Social Behaviour and Network Therapy (...) brings concerned and affected adult family members and friends into the centre of the picture. In the language of SBNT they are “network members”. They become clients of the treatment enterprise themselves. Since the person they are concerned about is therefore not the only client, SBNT refers to that person as the “focal client”.”

“Focal client” har ingen direkte oversettelse til norsk språk, men kanskje kan «fokus-pasient» være et godt begrep. Hvis vi planlegger behandling for en fokus-pasient, blir det kanskje også lettere bringe behandleres tanker videre, for eksempel til «hvem andre er berørt av problemet?» eller «hvem andre er det «som lider» i denne situasjonen?».

Det etiske dilemmaet knyttet til lojalitet i behandler-pasient-forholdet henger også sammen med hvordan vi tenker om dette. Området hvor pårørende involveres systematisk i rusbehandling er lite «etisk kartlagt», siden få behandlingstilbud i TSB har jobbet spesielt pårørendeorientert. Da blir det viktig med dypere undersøkelse og analyse, som kan bidra til tryggere etisk manøvrering i dette feltet..

Slik det ser ut fra analysen av intervjuene, klarer deltakerne i stor grad balansegangen å forholde seg til de individorienterte rammene som feltet gir, og allikevel ha det sosiale relasjonsperspektivet i møte med individet og ved involvering av pårørende. Denne rammen som arbeidet skjer under, skaper allikevel utfordringer og sårbarhet for fundamentet til et slikt arbeid. I hvilken grad det sosiale nivået og pårørendeinvolvering er en av markørene som rapporteres og virksomheter vurderes i forhold til når de regionale helseforetakene gir kontrakter eller anbud blir her relevant. Alle institusjoner er avhengig av økonomiske ressurser for å overleve, og skal en klinikk få statlig finansiering, må kriteriene som sikrer offentlig avtale være tilstede. Det er de regionale helseforetakene (RHF) som har «sørge- for – ansvaret» i TSB, altså ansvaret for at det finnes tilstrekkelig helsetjenester for TSB i deres region. Helse Midt - Norge, som er det RHF som Lade behandlingssenter sokner til, har laget en regional plan for TSB 2016 - 2020 (Helse Midt-Norge 2015). I denne planen er familie- og pårørendeinvolvering vektlagt flere steder, men det er bare i forhold til ungdom og unge voksne det eksplisitt blir beskrevet at det skal jobbes for å tilpasse tjenester med familietilnærming og at familieperspektivet må styrkes (ibid). Utover det vektlegges i hovedsak pårørende for egen del, og særlig barns situasjon som pårørende (ibid). Det betyr at tjenestene styres i retning av fortsatt individorientert praksis, mens det sosiale nivået i

begrenset grad fokuseres på. Helse Nord sine kravspesifikasjoner til ideelle institusjoner fra 2014 er enda tydeligere på dette fokuset. De skriver:

«Behandlingstilbudet skal omfatte rusavhengighet uansett type og skal i tillegg til avhengighetsbehandling tilby sammensatt behandling av somatisk problematikk, psykiske lidelser, kognitiv svikt og/eller adferdsmessige problemer.»

Her er det er ingenting om det sosiale nivået, om nettverk eller pårørende i grunnbestillingen, men spesifikasjoner som appellerer til en individorientert behandling.

Slik kan det se ut at det rommet som Klinikkavdelingen har laget med å arbeide med å ivareta pårørende for egen del, og barn som pårørende, er et godt fundamentert rom som også passer godt inn i de eksisterende føringer og krav. Det rommet de har funnet for det relasjonelle og systemiske arbeidet, synes å være et mer sårbart rom. Foruten kognitiv terapi og Motiverende Intervju (MI) er det nettverks- og familieorientert behandlingspraksis som blir vurdert å ha sterkest evidens i rusbehandling (Beyer m.fl. 2010), men mens MI og kognitiv terapi passer fint inn i de kravspesifikasjoner som Helse Nord ovenfor beskriver, er familie- og nettverksarbeid som vist kvalitativt annerledes.

Hvordan det kan sikres insentiver, kravspesifikasjoner og rapporteringskrav som ivaretar rommet det sosiale nivået og familie- og nettverkssentrert arbeid skal ha i Tverrfaglig Spesialisert Behandling, vurderer jeg derfor å være et sentralt spørsmål.

5.4 Mulige fremtidige forskningsspørsmål

Det er som vist gjennom teoridelen av oppgaven, mange sider knyttet til familie, sosialt nettverk og rusproblemer som er utforsket. Fra de erfaringene og funn som jeg har gjort gjennom denne studien, tror jeg longitudinelle studier med systematisk involvering av sosialt nettverk i en langvarig behandlingsinnsats vil være interessante. Da vil det være viktig å inkludere situasjon og perspektiv fra medlemmer av det sosiale nettverket i tillegg til pasientens perspektiv i undersøkelsen. Forskning som fokuserer på pårørendes situasjon spesielt, og betydning av integrert eller separat psykososial hjelp vil også være nyttig. Gjennom denne studien, synes Adams (2008) sine fasebeskrivelser av veien fra et «avhengig sosialt system» til reintegrering å være en nyttig modell for å se på ulike type behandlingsinnsatser på forskjellige tidspunkt. Kanskje kan forskningsspørsmål som ser på i hvilken grad denne modellen er hensiktsmessig for utforming av familie- og nettverksorientert behandlingspraksis i TSB gi gode ideer for slik tilrettelegging i praksisfeltet?

Jeg synes også de etiske problemstillingene som kom frem er viktige for fremtidige forskningsspørsmål. Hvordan kan dilemma med lojalitetskonflikt i relasjonen behandler – pasient – pårørende best forstås, og hvordan kan det imøtekommes? Denne oppgaven har bare i liten grad berørt dette sentrale temaet i pårørendeorientert praksis. Knyttet til sammenheng mellom rusproblemer og voldsproblematikk, kan mulige forskningsspørsmål handle om det kan være fornuftig å samordne behandling for rusproblematikk og vold i familier hvor begge deler forekommer. Et forskningsprosjekt som fokuserer på hvordan det kan gjøres på en faglig og etisk god måte kan være både spennende og viktig.

5.5 Mulige svakheter ved studien

Et spørsmål som jeg har drøftet en del med veileder, er om studien har en tydelig nok systemisk forankring. Jeg har vektlagt Adams (2008) sin sosiale modell, som i stor grad er systemisk, men den er ikke en del av den «etablerte» systemiske tradisjonen, selv om han plasserer sitt faglige ståsted i en postmoderne tradisjon (2008:29). Jeg har valgt denne vektleggingen fordi jeg synes hans sosiale paradigme og modell gir en tydelig gjenklang og gjenkjennelse fra mine egne erfaringer i systemet og i feltet. Modellen fyller etter mitt syn et viktig rom i forståelse av en sosial- og relasjonell behandlingstilnærming til rus- og avhengighetsproblemer, og har slik jeg ser det vært nyttig for å drøfte problemstilling og forskningsspørsmål.

Det har også vært et spørsmål om jeg burde ha redusert antall forskningsspørsmål for å få en mer stringent studie og bedre dybde i drøftingen på de resterende forskningsspørsmålene. En masteroppgave har en begrenset ramme, og jeg har måttet jobbe hardt for å holde denne rammen. En klar fordel med å redusere forskningsspørsmålene, ville vært større dybde i oppgaven, og kanskje en klarere rød tråd. Når jeg har valgt bredde fremfor dybde, har det sammenheng med at jeg vurderte funnene på de ulike forskningsspørsmålene som så sentrale at jeg ikke ønsket å forkaste noen av dem.

Metodisk har det vært en avveining om ansatte med forskjellige hierarkisk nivå (leder og underordnet) skulle være med i samme fokusgruppe. Et skille kunne ha gjort ansatte på lavere hierarkisk nivå friere i sine uttalelser. På den annen side ville det ikke vært nok deltakere på de ledernivå til å dele fokusgruppene etter den egenskapen, og da ville en kombinasjon av individuelle intervju og fokusgruppeintervju vært alternativet.

6 Referanseliste

- Adams, P.J. (2008) *Fragmented intimacy. Addiction in a social world*. New York: Springer science
- Akram, Y., Copello, A. (2013) *Family-based interventions for substance misuse: a systematic review of reviews*. The Lancet, volume 382, S24 2013 10.1016/s0140-6736(13)62449-6
- Alexander, B.K. (2001) *The Myth of Drug-Induced Addiction*. Hentet 6. September 2015 fra nettside "Parliament of Canada":
<http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/371/ille/presentation/alexander-e.htm>
- Alexander, B.K. (2008) *The Globalization of Addiction. A study in poverty of the spirit* Oxford: Oxford University Press
- Alexander, B.K. (2012). Addiction: The urgent need for a paradigm shift. *Substance Use & Misuse*, 47, 1475–1482.
- Alexander, B. K., Beyerstein, B.L., Hadaway P.F., Coombs, R.B. (1981) Effect of early and later colony housing on oral ingestion of morphine in rats in *Pharmacology Biochemistry and Behaviour*, Volume 15, Issue 4, Oktober 1981 s. 571-576
- Andersen, S. (2007) Kritisk realisme som perspektiv i sosialt arbeid – en introduktion og en forskningsoversigt. arbeidsnotat. *Social skriftserie Den Sociale Højskole i Aarhus, nr. 8, 2007*
- Andersen, T. (2005) *Reflekterende processer – samtaler og samtaler om samtalerne*. Dansk psykologisk forlag.
- Archer, M., Bhaskar, R., Collier, A., Lawson, T., Norrie, A. (red.) (1998) *Critical realism. Essential readings* London: Routledge
- Barnard, M. (2007) *Drug addiction and families* London: Jessica Kingsley Publishers
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2010) *Vold i nære relasjoner. Familievernets skriftserie 1/2010*
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J. og Weakland, J. (1956) Towards a theory of schizophrenia. DOI: 10.1002/bs.3830010402. Lastet ned 24.mai 2016 fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bs.3830010402/pdf>,
- Bateson, G. (1972) *Steps to an ecology of mind* Chicago and London: The University of Chicago press.

- Beyer, S., Enoksen, E., Lie, T., Nesvåg, S. (2010) *Stortingsmelding om den nasjonale rusmiddelpolitikken. Oppdatering av Rusreform-evalueringen (2006-2010)* Stavanger: KORFOR
- Bjørnstad, T.C. (2007) *Tilbud til pårørende av personer med rusmiddelproblemer* Oslo: Institutt for samfunnsforskning
- Braun, V. og Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology I: *Qualitative Research in psychology*, 3 (2). pp. 77 - 101
- Brochmann, G. (2014) *Integrasjon i sosiologisk teori* Hentet 2. januar 2014 fra <https://snl.no/integrering>
- Burr, Vivien (2015) *Social constructionism. Third edition* East Sussex: Routledge
- Casswell, S., You, R.Q., og Huckle, T. (2011) Alcohol's harm to others: Reduced wellbeing and health status for those with heavy drinkers in their lives. *Addiction* 106, 1087-1094
- Cooper, J. & Vetere, A. (2005) *Domestic violence and family safety: a systemic approach to working with violence in families* London: Whurr Publishers
- Copello, A., Orford, J. (2002) Addiction and the family: is it time for services to take note of the evidence? *Addiction* 97, 1361 - 1363
- Copello, A., Orford, J., Hodgson, R., Tober, G (2009) *Social Behaviour and Network Therapy for Alcohol Problems* London and New York: Routledge
- Copello, A., Templeton, L., Powell, J. (2010) The impact of addiction on the family: Estimates of prevalence and costs *Drugs: Education, Prevention and Policy* December 2010, 17(Supplement 1):63-74.
- Copello, A., Velleman R.D.B., og Templeton L.K. (2005) Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review*, 24, 369-385
- Dallos, R. og Vetere, A. (2005) *Researching psychotherapy and counselling* Berkshire: Open University Press
- Danermark, B., Ekström, M., Jakobsen, L., Karlsson, J. (2002) *Explaining Society. Critical realism in the social sciences*. Routledge, London and New York

Den norske legeforening (2015) *Etiske regler for leger* Hentet 23.05.16 fra <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/>

Dennis M.L., Scott C.K. (2007) Managing addiction as a chronic condition. *Addict Sci Clin Pract.* 2007 Dec; 4(1): 45–55.

Eide, T. og Aadland, E. (2008) *Etikkhåndboka for kommunenes helse- og omsorgstjenester* Oslo: Kommuneforlaget

Fekjær, H. (2009) *Rus* Oslo: Gyldendal akademisk

Fellesorganisasjonen (2015) *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernpedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere* Oslo: Fellesorganisasjonen

Ferris, J.A., Laslett, A.M., Livingston, M., Room R., og Wilkinson, C. (2011) The impacts of other's drinking on mental health. *Medical journal of Australia*, 195 S22-S26

Foerster, H.V. (1973) On constructing a reality I: Watzlawick, P. (1984) *The invented reality. How do we know what we believe we know? Contributions to constructivism* New York: W.W. Norton & Company, Inc.

Foerster, H.V. (1979) *Cybernetics of cybernetics* Lastet ned 22.05.16 fra: http://faculty.stevenson.edu/jlombardi/pdfs/cybernetics/cybernetics_cybernetics_hvf.pdf

Forskrift om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak. Helse- og omsorgsdepartementet (2008)

Fosshagen, K. (2014) Ontologi hentet fra <https://snl.no/ontologi> 13. januar 2016

Gadamer, H.G. (2010) *Sannhet og metode* Oslo: Pax forlag

Gergen, K..J. (2015) *An invitation to social construction. Third edition* London: Sage Publications

Goolishian, H. A., & Anderson, H. (1987) Language systems and therapy: An evolving idea. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24(3S), 529-538.

doi:10.1037/h0085750

- Goolishian H.A. og Anderson, H. (1992) *Från påverkan til medverkan. Terapi med språkssystemiskt synsätt* Stockholm: Mareld
- Graham, M.D., Young, R.A., Valach, L. og Wood, A. (2008) Addiction as a complex social process: An action theoretical perspective I: *Addiction Research and Theory* April 2008; 16(2) 121 - 133
- Kelly J.F., White L.V. (2011) *Recovery Management and the Future of Addiction Treatment*. I *Addiction Recovery Management* New York: Humana Press / Springer
- Kelly J.F., White L.V. (red.) (2011) *Addiction recovery management: Theory, research and practice* New York: Humana Press / Springer
- Haley, Jay (1997) *Leaving home: The therapy of disturbed young people*. 2nd edition Levittown: Brunner / Mazel
- Haugum, M. Holmboe H., og Iversen H. (2013) *Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2013. Resultater for Blå Kors, Lade Behandlingscenter. Pasopp- rapport nr 8 2013* Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Haugum, M. Holmboe H., og Iversen H. (2014) *Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2014. Resultater for Blå Kors, Lade Behandlingscenter. Pasopp- rapport nr 7 2014* Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Haugum, M. Holmboe H., og Iversen H. (2014) *Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2014. Nasjonale resultater. Pasopp-rapport 7 2014* Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Haugum, M., Iversen, H., Bjertnæs, Ø. (2013) *Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling – resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2013. Pasopp-rapport 7 2013* Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Helse Midt-Norge (2015) *Regional plan for Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB) 2016 – 2020* Lastet ned 29.04.16 fra <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2042-16%20vedlegg%20Regional%20plan%20for%20tverrfaglig,%20spesialisert%20behandling%20av%20rusmiddelproblemer%202016%20-%202020.pdf>

Helse Nord (2014) *Kravspesifikasjon* Lastet ned 24.mai 2016 fra <http://www.helse-nord.no/aktuelt/invitasjon-til-konkurranse-vedrorende-kjop-av-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb-article121264-19948.html>

Helse Vest (2012) *Oppfølging av tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB)* Lastet ned 11.05.16 fra <http://www.helse-vest.no/no/OmOss/Rapportar/internrevisjon/Documents/HVIR%202012%20Rusbehandling.pdf#search=tsb>

Helse Vest (2014) *Regional plan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*. Stavanger: lastet ned 20.12.15 fra [http://www.helse-vest.no/no/OmOss/Rapportar/Regionale_planar/Documents/Regional%20plan%20for%20tverrfagleg%20spesialisert%20rusbehandling%20\(TSB\)%202015%20-%202019.pdf](http://www.helse-vest.no/no/OmOss/Rapportar/Regionale_planar/Documents/Regional%20plan%20for%20tverrfagleg%20spesialisert%20rusbehandling%20(TSB)%202015%20-%202019.pdf)

Helsedepartementet (2004): *Rundskriv I/8 2004 Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven* Oslo: Helsedepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet (2012) *Meld. St. 30, Melding til Stortinget. Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Prop. 15. S. Proposisjon til Stortinget. Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet (2008) *Pårørende – en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innem psykiske helsetjenester* Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2011) *Nasjonal daglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP – lidelser* Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2012) *Prioriteringsveileder tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)* Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2014) *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2015) *ICD – 10. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10. revisjon – 2015*. Elektronisk søkeverktøy ICD-10 versjon 1 for 2015. Tilgjengelig på <https://finnkode.helsedirektoratet.no/>

- Kalsås, Øyvind R. (2013) *Prosjekt Optra. Oppsøkende tjenester ved rusavhengighet* Hentet 11. desember 2015 fra http://www.bymisjon.no/PageFiles/10533/prosjekt_optra.pdf
- Kant, Immanuel (2011) *The critique of Pure Reason* Seattle: Pacific Publishing Studio
- Korus Midt-Norge / Helsedirektoratet (2012) *Barnespor for helsepersonell* Lastet ned 3. januar 2016 fra http://www.vfb.no/filestore/NR_BARN_ER_PRENDE/JOBBER_MED_BARN/Ressurser_p_net/Dokumenter/Barnesporforhelsepersonell.pdf
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju 2. utgave* Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kåss, Erik. (2009, 13. februar). Elektiv. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 11. mai 2016 fra <https://sml.snl.no/elektiv>.
- Lade behandlingssenter Blå Kors BA (2014) *Årsmelding 2013*. hentet 24. mai 2016 fra: http://ladebs.no/files/rsmelding_2013_Lade_Behandlingssenter_endelig-2.pdf
- Lade BS (u.å.) *Vi gir pårørende en viktig rolle* Hentet 13. februar 2016 fra <http://www.ladebs.no/index.php/pasient-parorende/parorende>
- Lade BS (u.å.) *Klinikkavdelingen* Hentet 13. februar 2016 fra <http://www.ladebs.no/index.php/vare-tilbud/klinikkavdelingen>
- Larsen, A.K. (2007) *En enklere metode. Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode* Bergen: Fagbokforlaget
- Lie, T. og Nesvåg S.M. (2007) *Evaluering av rusreformen* Stavanger: International Research Institute of Stavanger
- Lindgaard, H. (2002) *Voksne børn fra familier med alkoholproblemer: mestring og modstandsdyktighet*. Aarhus: Center for rusmiddelforskning, Aarhus Universitet
- Lindgaard, H. (2012) *Familier med alkoholproblemer. Et litteraturstudium av familieorienteret alkoholbehandling* Hentet 15. april 2015 fra <http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/A43084E3445544A295C6A7B6876A257E.ashx>
- Lund, I. O. (2014) Characteristics of a national sample of intimate partner violence (IPV) victims: Associations between perpetrator substance use and physical IPV, *Nordic Studies on Alcohol and Drugs. Volume 31, Issue 3, Pages 261–270*, ISSN (Online) 1458-6126, DOI: 10.2478/nsad-2014-0021, June 2014

- Lægreid, S og Skorgen, T. *Hermeneutikk – en innføring* Oslo: Spartacus Forlag AS
- McLellan, A.T., Lewis, D.C., O'Brien C.P., Kleber, H.D. (2000) Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA* 284(13):1689-1695, 2000.
- Mckay, J.R. (2009) *Treating substance use disorders with adaptive continuing care* Washington: American Psychological Association
- Meads, C.M., Ting, S., Dretzke J., og Bayliss, S. (2007) *A systematic review of the clinical and cost-effectiveness of psychological therapy involving family and friends in alcohol misuse or dependence*. Rapport fra Department of Public Health and Epidemiology, West Midlands Health Technology Assessment Group, University of Birmingham
- Meyers, R. J., Roozen, H., Smith, J.E. (2011) *The community reinforcement approach. An update of the evidence* I Alcohol research & health Vol. 33, No 4 2011, 380-388
- Middelborg, J., Lilledalen, G., Tindberg, J.W., Solevåg. A., Lang, N. (2007) Tryggere barndom. Parterapi – en nyttig tilnærming for barn som lever med vold i familien I: *Fokus på familien nr 4 2007 s 292 - 311*
- Mørland, J. (2009) Heroin. I Store medisinske leksikon. Hentet 9. april 2016 fra <https://sml.snl.no/heroin>.
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness. Second edition* Oxford: University Press.
- Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Oslo: NSF.
- Norström, T (1993) Familjevåld och totalkonsumtionen av alkohol I: *Nordisk Alkoholtidskrift Vol. 10 1993 311-317*
- Orford, J., Natera G., Mora, J., Tiburcio M., Copello A., Velleman R., Templeton L., Atkinson C., Crundall I., Walley G. (2005) *Coping with alcohol and drug problems* East Sussex: Routledge
- Orford, J., Copello, A., Velleman, R., og Templeton, L. (2010) Family members affected by a close relative's addiction: The stress-strain-coping-support model. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 17, 36-43

- Orford, J. (2013) *Power, powerlessness and addiction* Cambridge: Cambridge University press
- Orr L.C., Barbour R.S., Elliott L. (2012) Carer involvement with drug services – a qualitative study *Health Expectations* 16, e60-e72
- Pape, H (2011) Alkohol og vold i nære relasjoner. I: *Rus & Samfunn* 05/2011
- Piercy, F. og Hertlein, K. (2005) *Focus groups in family therapy research*. I: Sprenkle, D.H. og Piercy, F. (red) *Research methods in family therapy* New York: The Guilford Press
- Prestvik, Å. og Flatås I. (2016) Å bryte gjennom den usynlige muren. I: *Fontene nr 1/2016*
- Psykologforeningen (1998) *Etiske prinsipper for nordiske psykologer*
- Rodriguez, L.M., Neighbors, C. og Knee, C.R. (2014) Problematic alcohol use and marital distress: An interdependence theory perspective. *Addiction Research & Theory*, 22, 294-312
- Rønning A.K. (2014, 04. juni) Familien – ressurs i rusbehandling. Intervju med Åse Prestvik og Ingebjørg Flatås. *NAPHA – Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid*. Hentet 27. august 2015 fra <http://www.napha.no/content/13650/Familien---ressurs-i-rusbehandling>
- Schjødt, B. og Egeland, T.A. (1992) *Fra systemteori til familierapi* Jørgen Paludans forlag
- Seikkula, J. (2003) Nätverket ökar resurserna vid psykosbehandling I: *Tidsskrift for den norske legeforening nr. 23 2003, 3419 – 3421* Lastet ned 20.02.2016 fra www.tidsskriftet.no
- Seikkula, J. (2012) *Åpne samtaler*, 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Seikkula, J. og Arnkil, T. (2007) *Nettverksdialoger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Seikkula, J. og Arnkil, T. (2013) *Åpen dialog i relasjonell praksis. Respekt for annerledeshet i øyeblikket* Oslo: Gyldendal Akademisk
- Selbekk, A.S. og Duckert, F. (2009) Familieorienterte tiltak innenfor spesialisert rusbehandling i Helse Vest. Kartlegging og kunnskapsoppsummering Stavanger: Regionalt Kompetansesenter i Helse Vest (KORFOR)
- Selbekk, A.S., Sagvaag, H. og Fauske, H (2014): Addiction, families and treatment: A critical realist search for theories that can improve practice. I *Addiction research & Theory* 27.august 2014
- Sellman, Doug (2009): The 10 most important things known about addiction. I *Addiction*, 105 6-13

Selvini, M. P., Boscolo, L., Cecchin, G. and Prata, G. (1980), Hypothesizing — Circularity — Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of the Session. *Family Process*, 19: 3–12. doi: 10.1111/j.1545-5300.1980.00003.x

Shulman, L. (2003) *Kunsten å hjelpe individer og familier*, bind I. Oslo: Gyldendal norsk forlag.

Silva, A.B. (red.) *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid* Oslo: Gyldendal akademisk

Skatvedt, A. og Edland-Gryt M. (2012) *Øyeblikksomsorg – et verktøy for bedring* SIRUS-rapport nr. 4 2012. Tilgjengelig på: <http://www.sirus.no/wp-content/uploads/2014/12/sirusrap.4.12.pdf>

Thagard, T. (2009) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* Bergen: Fagbokforlaget

Volkow, N.D., Koob, G.F., McLellan, T.A. (2016) Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction I: *The New England Journal of Medicine* 374:4 s 363 - 371

Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R. (1980) *Forandring. Prinsipper fra psykoterapien* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Weisner, C., Parthasarathy, S., Moore, C., & Mertens, J. (2010) Individuals receiving addiction treatment: are medical costs of their family members reduced? *Addiction*, 105, 1226-1234.

West, R. (2006) *Theory of addiction* Oxford: Blackwell publishing

Wiig, Frøy Lode (2015) Involverer pårørende I behandlingen. Intervju med Åse Prestvik og Ingebjørg Flatås. *ROP.no* Hentet 27. august 2015 fra <http://rop.no/artikler/involverer-paaroerende-i-behandlingen>

Vedlegg 1

Lade Behandlingscenter BA

Lade Allé 86

7041 Trondheim

Øyvind Kalsås

Olsvikåsen 80

5183 Olsvik

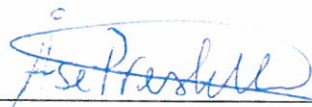
Godkjenning av Lade Behandlingscenters navn i oppgave.

Vi godkjenner at Lade behandlingssenters navn generelt og Klinikkavdelingen spesielt fremkommer som kontekst for forskningsdelen i Øyvind Kalsås sin masteroppgave i familieterapi og systemisk praksis ved Diakonhjemmets Høgskole. Oppgavens arbeidstittel er «Involvering av sosialt nettverk i rusbehandling», og den er planlagt ferdigstilt i mai 2016. Ansatte som har deltatt i studien er anonymisert i oppgaven.

Denne bekreftelsen vil bli lagt ved den ferdige oppgaven.

Sted: Trondheim den 10.03.2016

Underskrift



Underskrivers tittel: ÅSE PRESTVIK, avd.leder Klinikkavdelingen Blå Kors Lade Behandlingscenter

Vedlegg: Systemisk litteratursøk

23.11.14 søkte jeg etter treff på "EBSCO Host" på «"drug abuse" or "drug addiction" or "substance abuse" or "alcohol dependence", or "alcoholism" and "treatment" and famil*»». Dette ga ingen resultater. Samme dato søkte jeg på "APA PsycNet" via "Helsebiblioteket.no" på "Substance abuse" and «family» and «treatment». Dette ga 281 treff. Samme dato søkte jeg på Oria via Diakonhjemmets Høgskole. Jeg brukte søkeord «alcohol*», «treatment*», «famil*», og «experience». Dette resulterte i 82907 treff. Jeg innskrenket så søk til «famil* member* alcohol» i Tittelfeltet, noe som resulterte i 40 treff, mange av dem relevante. Jeg søkte så i Oria på søkeordene «famil* member* substance» og fikk 29 treff. Jeg har dels brukt den forskningen som søkeresultatene viste til, og dels funnet mer relevant forskning gjennom referanser fra disse treffene. Den 25.03.15 søkte jeg etter forskningsrapporter for systematisk pårønderarbeid i TSB. Søk på google «pårørende tsb» ga noen treff som jeg gikk videre på. På Helseorost.no fant jeg ingen forskning, gjennom ROP.no fant jeg ingen forskning. På Helsemidt.no fikk jeg på dette tidspunktet ingen treff på søk etter «pårørende», «family», «familie», «next of kin» eller «social network». Søk på Google.no «rapport tsb helse nord pårørende» ga ikke treff på kartlegging av pårørendesamarbeid i tsb i Helse Nord. Jeg fant på disse søkene ingen rapporter eller forskning som spesifikt undersøker pårørendesamarbeid i TSB.

The screenshot shows a web browser window with the URL ezproxy.diaistud.no:2171/ehost/search/advanced?sid=743e59de-018b-457a-ad25-9ccb73c3f46d%40sessionmgr4003&vid=10&hid=4204. The search interface is for EBSCO Academic Search Elite. The search query is: `drug abuse OR drug addiction OR substance abuse OR alcohol abuse OR alcohol dependence OR alcoholism AND treatment AND famil*`. The results section states "No results were found." Below the search bar, there are search options including "Search Modes and Expanders" with radio buttons for "Boolean/Phrase", "Find all my search terms", "Find any of my search terms", and "SmartText Searching". There are also checkboxes for "Apply related words" and "Also search within the full text of the articles".

psycnet.apa.org.proxy.helsebiblioteket.no/index.cfm?fa=search&searchResults

APA PsycNET / **helsebiblioteket.no**
gir deg fri tilgang til denne tjenesten

Logg ut
Authenticate Mobi
Admin Center Help Contact Us Feedback

SEARCH BROWSE TERM FINDER MY PsycNET

Advanced Search Recent Searches

PsycARTICLES (281)

281 results for Any Field: substance abuse AND Any Field: famil* AND Any Field: treatment

Did you mean: Any Field: substance abuse AND Any Field: **family** AND Any Field: treatment

Set Email Alert Get RSS Feed Get Permalink Edit Search Save Search

Sort by Year

All Display Save Print Email Export Add to My List

Show All Abstracts

Sequenced Versus C...pdf Vurderingskriterier...doc Brief strategic family...pdf Multidimensional fa...pdf Multiple Family Gro...pdf Vis alle nedlastinger

3:

bibsys-primo.hosted.exlibrisgroup.com/primo_library/libweb/action/search.do?dscont=0&vl(121992273U4)=all_items&tab=alle_bibliotek&dstmp=1416757227368&

Øyvind Reehorst Kalsås (diak548016) Lagrede treff Min konto Logg ut

Bestill Nytt søk Finn e-tidsskrifter/e-bøker Tagger Hjelp Language/Giella Bokmål

Diakonhjemmet Høgskole

Mitt bibliotek Alle bibliotek

Alle felt inneholder alkohol*
Alle felt inneholder treatment*
Alle felt inneholder famil*
Alle felt inneholder experience

Utgivelsesdato Alle år
Materialtype Alle typer
Språk Ingen avgrensning på språk

Søk
Nullstilt Enkelt søk

Orta vil bli oppdatert i uke 48 (24/11 - 30/11). Du kan bruke Orta som vanlig, med unntak av lagring av poster eller søk. Bestilling av lån, kopier og fornyinger fungerer som normalt. Orta will be updated during week 48 (24/11 - 30/11). You can use Orta as usual, except for the storage of records or searches. Ordering loans, copies and renewals works as usual.

rss
Lagre søk
Legg hele siden til lagrede treff

Vis mer
Vis flere treff (inkluder materiale ditt bibliotek ikke har tilgang til)

Vis kun

Vis populære artikler

Resultat 1 - 10 av 82 907 for BIBSYS

Sorter etter Relevans

1 2 3 4 5 +
Vis alle versjoner

Artikkel
Class, gender and culture in the experience of menopause. A comparative survey in Tunisia and France
Delance, Daniel; Haji, Selma; Bachelot, Annie; Mahfoudh, Draoui; Dorra; Hassoun, Danielle; Marsicano, Elise; Ringa, Virginie
Social Science & Medicine. 2012. Vol 75(2). pp. 401-409 [Fagfellevurdert tidsskrift]
experience of menopause. These experiences vary between al, 2011; The social experience of menopause: treatments. This experience appeared to focus
Tilgjengelig online

Family Support and...pdf Engaging the Unmot...pdf Psychosocial Approa...pdf Implications of Fam...pdf Treatment Adherenc...pdf Vis alle nedlastinger

Diakonhjemmet Høgskole

Mitt bibliotek **Alle bibliotek**

Tittel inneholder famil* member* alcohol
 Alle felt inneholder
 Alle felt inneholder
 Alle felt inneholder

Utgivelsesdato Alle år
 Materiatype Alle typer
 Språk Ingen avgrensning på språk

Søk
 Nullstill Enkelt søk

Ona vil bli oppdatert i uke 48 (24/11 - 30/11). Du kan bruke Ona som vanlig, med unntak av lagring av poster eller søk. Bestilling av lån, kopier og fornyinger fungerer som normalt.
 Ona will be updated during week 48 (24/11 - 30/11). You can use Ona as usual, except for the storage of records or searches. Ordering loans, copies and renewals works as usual.

rss
 Lagre søk
 Legg hele siden til lagrede treff

Vis populære artikler

Resultat 1 - 10 av 40 for **BIBSYS** Sorter etter: Relevans

Consequences of alcohol use for family members: a population based study
 Kamilla Rognum 1990-2013
 Dokumentet har en overordnet post (se detaljer)
 Avhandling **Ikke tilgjengelig ved Diakonhjemmet Høgskole, men fra andre institusjoner** Liker 0

Vis mer
 Vis flere treff (inkluder materiale ditt bibliotek ikke har tilgang til)

Vis kun
 Plasseringer Detaljer Omtaler & tagger Bestill dokument Bestill kopi

Family Support and ...pdf Engaging the Unmet...pdf Psychosocial Approa...pdf Implications of Fam...pdf Treatment Adherenc...pdf Vis alle nedlasteringer

Diakonhjemmet Høgskole

Mitt bibliotek **Alle bibliotek**

Tittel inneholder famil* member* substance
 Alle felt inneholder
 Alle felt inneholder
 Alle felt inneholder

Utgivelsesdato Alle år
 Materiatype Alle typer
 Språk Ingen avgrensning på språk

Søk
 Nullstill Enkelt søk

Ona vil bli oppdatert i uke 48 (24/11 - 30/11). Du kan bruke Ona som vanlig, med unntak av lagring av poster eller søk. Bestilling av lån, kopier og fornyinger fungerer som normalt.
 Ona will be updated during week 48 (24/11 - 30/11). You can use Ona as usual, except for the storage of records or searches. Ordering loans, copies and renewals works as usual.

rss
 Lagre søk
 Legg hele siden til lagrede treff

Vis populære artikler

Resultat 1 - 10 av 29 for **BIBSYS** Sorter etter: Relevans

Removing the roadblocks: group psychotherapy [i.e. psychotherapy] with substance abusers and family members
 Marsha Vanmcelli c1992
 Bok **Ikke tilgjengelig ved Diakonhjemmet Høgskole, men fra andre institusjoner** Liker 0

Vis mer
 Vis flere treff (inkluder materiale ditt bibliotek ikke har tilgang til)

Vis kun
 Plasseringer Detaljer Omtaler & tagger Bestill dokument Bestill kopi

Development of the ...pdf Effectiveness of an E...pdf Increasing the involv...pdf
 Molykktet - Systemet er ... Working with family ...pdf the alcohol drugs t... docx Vis alle nedlasteringer

www.idunn.no/sok/#?q=p%C3%A5r%C3%B8rende&j=rusos&p=7

Meny Søk

Søk i over 20 000 artikler

Bytt til Avansert Søk

RSS for søkeresultat E-postvarsel for søketreff

SØKERESULTAT (TREFF 61-70 AV 102)

Rus & Samfunn, 01/2008

Opptrappingsplanen et spill for galleriet?

av **TERJE TURØY NESTLEDER FAGRÅDET & FAGLIG LEDER STIFTELSEN FOSSUMKOLLEKTIVET**

... familier. Prisen påørende betaler når en av deres nærmeste er ute i aktivt misbruk er stor. Også...

Rus & Samfunn, 05/2008

Krevende sesken Ber...pdf | Familieperspektiv i r...pdf | Påørende ressurse ll...pdf | Debattr_spraakbruken.pdf Vis alle nedlastinger

bibsys-primo.hosted.exlibrisgroup.com/primo_library/libweb/action/search.do?fn=search&ct=search&initialSearch=true&mode=Advanced&tab=default_tab&indx=1

Oria biblioteksøk GJEST LAGREDE TREFF MIN KONTO LOGG PÅ

Bestill Nytt søk Finn e-tidsskrifter/e-bøker Tagger Hjelp

LANGUAGE/GIELLA BOKMÅL

Diakonhjemmet Høgskole Norske fagbibliotek

Alle felt inneholder alcohol OG

Alle felt inneholder substance OG

Alle felt inneholder family OG

Alle felt inneholder professionals

Materialtype: Alle typer

Språk: Ingen avgrensning på språk

Utgivelsesdato: Alle år

Startdato: Dag Måne År

Sluttdato: Dag Måne År

Enkelt søk

Søk Nullstill

Legg hele siden til lagrede treff Vis populære artikler

Resultat 1 - 10 av 55 i Diakonhjemmet Høgskole Sorter etter: Relevans 1 2 3 4 5

bibsys-fts3.hosted.exlibrisgroup.com/diakon?fbcrVersion=9&ctx.ver=Z39.88-2004&ctx.enc=info:ofi/enc:UTF-8&ctx.time=2015-03-09T22:54:54.305T&url.ver=Z39.88-2004&url.ctx.fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:ctx&ctx.id=info:ofi/prim...
 bibsys-fts3.hosted.exlibrisgroup.com/diakon?fbcrVersion=9&ctx.ver=Z39.88-2004&ctx.enc=info:ofi/enc:UTF-8&ctx.time=2015-03-09T22:54:54.305T&url.ver=Z39.88-2004&url.ctx.fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:ctx&ctx.id=info:ofi/prim...

Diakonhjemmet Høgskole **Norske fagbibliotek**

Alle felt	inneholder	alcohol	ELLER
Alle felt	inneholder	substance	OG
Alle felt	inneholder	family	OG
Alle felt	inneholder	professional	

Materialtype: Alle typer
Språk: Ingen avgrensning på språk
Utgivelsesdato: Alle år
Startdato: Dag Måne År
Sluttdato: Dag Måne År

Søk Nullstill Enkelt søk

[PDF] Henvisning til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
www.helse-mn.no/Rus/Bilder/HenvisningskjemaTSB.pdf
Henvisning til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Elektronisk skjema for pasienten samt/eller til pårørende kan lanktes ilt med henvisningen. ja

[PDF] Regional strategi for pasient- og pårørendeopplæring 201...
www.helse-sorost.no/pasient_/.../Strategidokumentet%20PPO.pdf
spesialisert behandling av rusmisbrukere (TSB), pasient- og retter seg mot pasienter, pårørende og familier, og kan være individuell- og/eller gruppebasert

Terapibefalinger Helsedirektoratet - Porta Medicus
www.portamedicus.no/ArticleDisplay.aspx?MenuId=6137&ContentId...
Tema: Psykisk helsevern. Behandling av rusmiddelproblemer i TSB... i behandling og oppfølging av pasienter med test-ikk-rett samt pasienter og pårørende

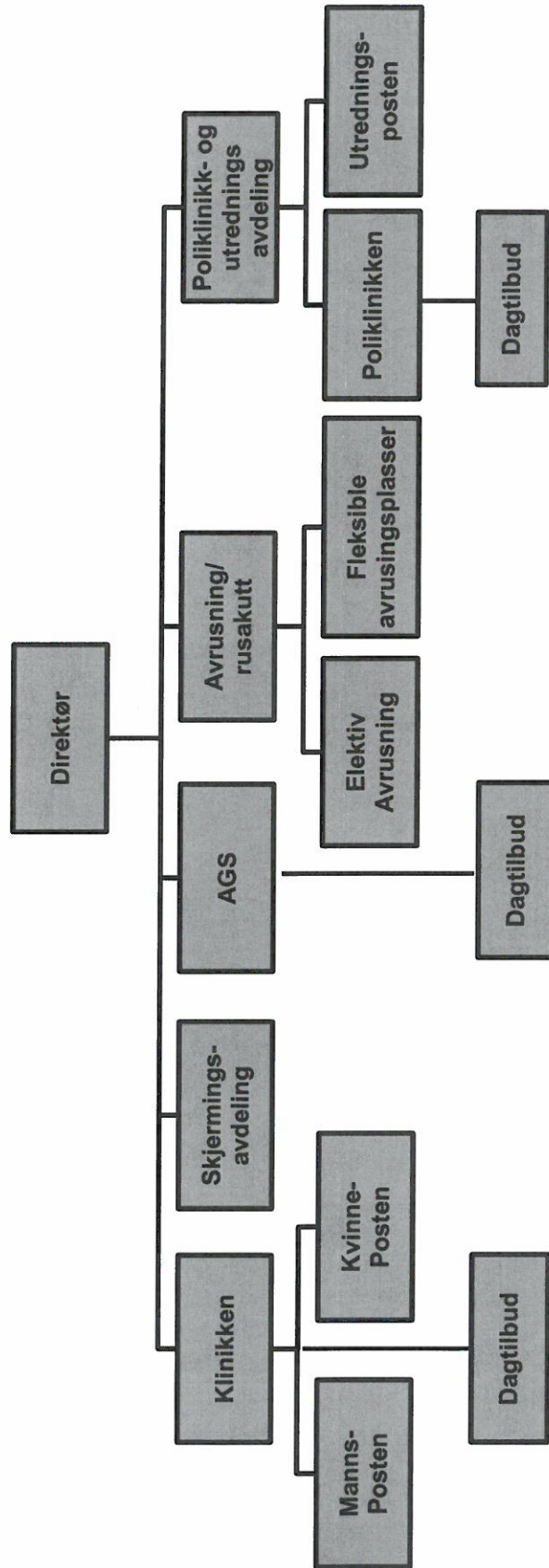
[PDF] Christine Wisloff og Peter Krajci Klinisk forskning
Ilegforeningen.no/.../Christine%20Wisloff%20og%20Peter%20Krajci%2...
12. nov. 2014 - Konferanse: Pårørende til brukere av anabole androgene steroider... STEROIDPROSJEKTET | Nasjonal kompetansetjeneste TSB

[PDF] Rapport om barn som pårørende - Helse Nord
www.helse-nord.no/.../Suttrappot_Barn_som_parorende_17062012.pdf
rekrutteringslinjer om barn som pårørende, som er lagt i DocMag. Fagdirektør retter en stor takk... Tverrfaglig spesialisert rusbehandling TSB 0.32 m/s Studier av...


[PDF] Ruspolitisk handlingsplan for Stavanger 2011-2015
www.stavanger.kommune.no/.../Ruspolitisk%20handlingsplan%20stavan...
Pårørende til rusmiddelavhengige, barn og voksne... Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) er beleggelsen på den psykologiske, medisinske og

Lade Behandlingscenter


Vedlegg 3



Velkommen til Påførendekveld !



Lade behandlingssenter, Klinikken



18.00: G. Velkommen og presentasjon
 18.15: Presentasjon av Behandlingsstadiet
 19.00: Pause med enkel servering
 19.30: Påførendes rolle og rettigheter

20.00: Kort pause
 20.10: Visning av filmen "Den usynlige muren"
 20.40: Info om tilbudet til påførende
 20.50: Oppsummering/ evaluering
 21.00: Takk for i kveld!

Lade Behandlingssenter Blå Kors

Administrasjonsavdeling
 Inntakskontor
 Avrusningsavdeling
 Skjermingsavdeling
 Klinikkavdeling
 Avdeling for gravide og småbarnsfamilier
 Poliklinikk og
 Utredningsavdeling



Barnas Stasjon
 Kongsneset

Klinikken i våre ♥♥


- 22 pasienter i dagnavdeling med løpende inntak
- Kjønsdelt behandling (9+13 inkl RTD).
- Gjennomsnittsalder 30 år (40-60)
- Alkohol og/eller medikamentdominert misbruk, herunder skadelig bruk eller avhengighet.
- Åpen avdeling, frihet og ansvar.
- Utgangstid på ukke: vanligvis 8-12 uker.
- Obligatorisk skole med gruppeterapi, miljøterapi, individualterapi, fysisk aktivitet/ trening og utredning.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Vår oppgave er:



Å yte individuelt tilpasset rusbehandling - og i samspill med pasienten og hans/hennes øvrige støttespillere bidra til økt livsmestring uten bruk av rusmidler.



Klinikken

Vårt ønske

- På Klinikken skal alle pasienter oppleve vekst og utvikling.
- Hver enkelt skal kunne gå med rak rygg og hevet hode med de ressurser de har.
- De skal få hente ut potensialet sitt og få muligheten til å være og bli den beste versjonen av seg selv!

Behandlingsforløp



Henviser:
 fastlege, kommunale tjenester, annen spesialisthelsetjeneste og NAV

Vurderingsinstans:
 Klinikken for Rus og avhengighetsmedisin St. Olav

Ukeplan Kvinneposten

Navn	Uke 1	Uke 2	Uke 3	Uke 4	Uke 5	Uke 6	Uke 7	Uke 8	Uke 9	Uke 10	Uke 11	Uke 12
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												


HVA MED DERE PÅRØRENDE?



PAUSE

Systemisk tilnærming

"Familien er et sosialt system der enhver forandring et sted i systemet påvirker resten av systemet"



Rus og/eller psykiske vansker påvirker alle i systemet


- Når et famillemedlem har et rusproblem eller er psykisk syk, påvirkes hele familien.
- Vanskene innvirker på livskvaliteten også hos pårørende, samtidig som pårørendes reaksjoner og handlinger påvirker den som er rusavhengig og/eller psykisk syk.
- Pårørende kan ha eget behandlingsbehov.

Rus i et familieperspektiv

"Det eksisterer et rusrelatert problem når en person bruker rusmidler på en slik måte at det går utover de oppgaver og funksjoner som skal løses i familien og når følelsesmessige bånd belastes og forstyrres av rusmiddelinntaket"

Etalé / Hansen

Å knytte bånd - tilknytning



"Negative bånd er like sterke som positive"
(Prof. Maslow)

Å stå en rusavhengig nær: roller og rettigheter

Hvilken rolle ønsker DU å spille?

- Sikrer du et du ivaretar dine egne behov i samarbeidet med din rusavhengige partner/sønn/datter/bror/søster/venn?
- Finnes det rom for å snakke åpent om rusproblemet?
- Hvordan bidrar vi sammen til at den rusavhengige gjør gode valg for seg selv?

Å være pårørende - ikke alltid like lett

Makteløshet?	Hammeighold?
Stress?	Skam?
Ensomhet?	Skyldfølelse?
Sløvet?	Redsel?
Lovnader?	Trusler?
Dårlig samvittighet?	Taløshet?
Samløshet?	Angst?
Depresjon?	

- Helt arbeid, alle vaksninger
- Overvåke søvn og annen sikkerhetsforanstaltning
- Husk på egne behov



Forespørsel om deltakelse i fokusgruppe i mastergradsprosjektet «Involvering av sosialt nettverk i rusbehandling»

Bakgrunn og hensikt.

Denne forespørselen gjelder deltakelse i ett fokusgruppeintervju der hensikten er å utforske fagpersoners profesjonelle praksis rundt samarbeid med pårørende til pasienter i rusbehandling, spesifikt ved Blå Kors Lade behandlingssenter. Målet er å lære mer om, og bidra til større forståelse av, hvordan involvering av sosialt nettverk i rusbehandling kan utføres og begrunnes. Spørsmålene vi vil snakke om i fokusgruppen, dreier seg om hvordan involvering av og samarbeid med pårørende foregår, om rammer og rutiner for arbeidet, om forskjellige erfaringer fra praksis, og personlig-faglig forståelse som ligger til grunn for praksis. De som forespørres skal være involvert i klinisk arbeid ved institusjonen, og ha minst 2 års erfaring med arbeid med målgruppen.

Hva innebærer studien

For å få belyst temaet ønsker jeg å gjennomføre 2 fokusgruppeintervju med 6-8 personer i hver gruppe. Intervjuene tas opp på bånd for så å bli skrevet ut. Intervjuene vil gjennomføres i september 2015. Masterstudent er Øyvind Kalsås ved Avdeling for rusmedisin i Helse Bergen. Studiested er Diakonhjemmets Høgskole, masterprogram for familierapi og systemisk praksis. Studieleder er Anne Øfsti, og veileder for prosjektet er førsteamanuensis Ottar Ness ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Øyvind Kalsås vil foreta intervjuene.

Hva skjer med informasjonen om deg

Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven og etter retningslinjer gitt av Datatilsynet. Dette innebærer at jeg vil ha taushetsplikt overfor alle personopplysninger som samles inn. Datamaterialet vil bli anonymisert og slettet når mastergradsprosjektet er avsluttet, og senest 01.06.2017.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta. Hvis du senere har spørsmål til studien, ønsker mer informasjon, eller ønsker å trekke deg, kan du kontakte Øyvind Kalsås, Helse Bergen Avdeling for rusmedisin tlf 95 72 75 47, epost oykalsas@gmail.com, eller veileder for prosjektet førsteamanuensis Ottar Ness tlf 90 12 53 12, epost ottar.ness@hbv.no.

Personvern

Informasjonen som lagres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Det er kun mastergradsstudent som gjennomfører prosjektet og veileder som har adgang til informasjon som kan ledes tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg.

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene jeg har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser.

Informasjon om utfallet av studien

Du har som informant rett til å få tilgang til utfallet av studien.

Samtykke

Ved underskriving av samtykke regnes du med som deltaker i studien og deltakelse i 1 fokusgruppe i uke 38 2015, ved Blå Kors Lade behandlingssenter.

Bergen 06.06.15

Vennlig hilsen

Øyvind Kalsås
Klinisk sosionom
Spesialrådgiver Poliklinikk Voksne
Avdeling for rusmedisin, Helse Bergen.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg bekrefter med dette å ha blitt gitt informasjon om studien og ønsker å delta

Dato og underskrift:

Skriv også navn med blokkbokstaver:

Telefonnummer:

Epost-adresse:



Anne Øfsti
Diakonhjemmet Høgskole
Postboks 184 Vinderen
0319 OSLO

Vår dato: 17.06.2015

Vår ref: 43730 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.06.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

43730	<i>Involvering av sosialt nettverk i rusbehandling. Undersøkelse av samarbeidspraksis med pårørende i en rusbehandlingseenhet</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Diakonhjemmet Høgskole AS, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Anne Øfsti</i>
Student	<i>Øyvind Kalsås</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.05.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Anne-Mette Somy

Kontaktperson: Anne-Mette Somy tlf: 55 58 24 10

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11 nsd@uio.no
TRONDHEIM NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07 kyrr@svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36 nsdmaa@sv.uit.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Øyvind Kalsås oykalsas@gmail.com



Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Diakonhjemmet Høgskole AS sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 31.05.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak

Involvering av sosialt nettverk i rusbehandling

Intervjuguide / Tema

Hva vektlegger ansatte på en rusbehandlingsvirksomhet i sitt samarbeid med pårørende?

For å belyse denne problemstillingen, er følgende forskningsspørsmål utviklet:

Hvordan beskrives praksisutøvelsen?

Hvordan begrunnes samarbeidet faglig?

Innledning

- Presiser taushetsplikt
- Betydningen av bedret kunnskap om hvordan den eksisterende viten bringes ut i praksis
- Tidsbruk 1,5 timer. Min oppgave å passe tiden, og jeg kan komme til å være styrende og avbryte.

- 1: Dere har profilert dere på samarbeid og involvering av pårørende i behandlingen deres. Kan dere fortelle litt om denne praksisen?
- 2: Fortell om en gang hvor samarbeidet fungerte bra og dere tror at måten dere samarbeidet på var viktig for behandlingen. Hva hos dere bidro til at det ble bra?
- 3: Fortell om en situasjon hvor samarbeidet med pårørende har lugget. Hva var det hos dere som bidro til at det lugget?
- 4: Hva vil dere trekke frem som viktige faktorer å være oppmerksom på når det gjelder samarbeid med pårørende? Hvorfor?
- 5: Hvordan forstår dere pårørendes rolle i et behandlings- og bedringsløp?
- 6: Det kommer frem fra intervjuer som er gjort, at dere mener at det i enkelte situasjoner ikke er riktig å involvere pårørende. Kan dere fortelle noe om det?
- 7: Sett i lys av de erfaringene dere har, kan dere si noe om hvordan dere tenker arbeidet bør / kan utvikles videre? Hva vil dere gjøre mer eller mindre av, og hva vil dere gjøre i tillegg?