

Unge som har foreldre med rusproblemer: En brukerundersøkelse om erfaringer med videobasert samtaleterapi

Young people who have a parent with a substance abuse problem: A user survey about experiences with video-based therapy

Unn Sollid Manskow

seniorforsker, Nasjonalt senter for e-helseforskning
unn.sollid.manskow@ehrs.no

Tone H. Mebust

sykepleier og brukerrepresentant Blå Kors Kompasset
toneh_@hotmail.com

Melissa S. Muravez

lege
melissa.muravez@gmail.com

Marianne V. Trondsen

seniorforsker, Nasjonalt senter for e-helseforskning
marianne.trondsen@ehrs.no

Sammendrag

Blå Kors Kompasset er en frivillig organisasjon som tilbyr fysisk og videobasert samtaleterapi til unge (14–35 år) som har foreldre med alkohol- eller andre rusproblemer. Studiens hensikt er å undersøke brukeres erfaringer med å benytte terapi på nett i regi av Kompasset. Resultatene av undersøkelsen (n = 129) viser i all hovedsak gode erfaringer med det videobaserte samtaletilbudet generelt og i forhold til relasjonelle, tekniske og praktiske forhold. De fleste synes tilbudet var trygt og til hjelp. Deltakere som bodde hjemme med foreldre erfarte imidlertid videobasert terapi som mer utrygt og ukomfortabelt enn de øvrige, og de yngste (16–20 år) hadde mindre mulighet til en samtale uavhengig av hvor de var. Kunnskap fra studien er nyttig for både videreutvikling av Kompassets videotilbud og liknende digitale tjenester til brukere innenfor psykisk helse- og rusfeltet.

Nøkkelord: brukerundersøkelse, foreldre med alkohol- eller rusproblemer, psykisk helsearbeid, pårørende, unge, videobasert samtaleterapi

Abstract

Blå Kors Kompasset is a voluntary organisation that offers physical and video-based therapy for youths (aged 14–35) who have a parent struggling with alcohol or substance abuse. The aim of the study was

to investigate users' experiences of using Kompasset's video-based therapy. The results of the survey (n = 129) mainly show positive experiences with the video-based service in general, as well as relational, technical and practical conditions. Most participants found the digital therapy safe and helpful. However, participants who lived at home with parents experienced video-based therapy as more unsafe and uncomfortable than the others, and the youngest (16–20 years) had less opportunity for a conversation regardless of location. Knowledge from the study is useful for both further development of Kompasset's online therapy as well as similar digital services for users within mental healthcare.

Keywords: video-based therapy, parents with alcohol or substance abuse, youth, next of kin, mental healthcare, user survey

Bakgrunn

Å vokse opp i et hjem med rusproblemer har innvirkning på barn og unges livssituasjon og dagligliv – sosialt, emosjonelt, helsemessig og praktisk (Haugland et al., 2015; Selbekk et al., 2019). Beregninger viser at det er 90.000–150.000 mindreårige per år i Norge som har en forelder med alkoholproblemer og det anslås store mørketall (Rossow et al., 2009; Torvik & Rognmo, 2011). I tillegg er det et ukjent antall mindreårige som har en forelder som misbruker medikamenter og illegale rusmidler eller har søsken/nære familiemedlemmer med et rusproblem. Misbruk av rusmidler svekker foreldrefunksjoner som daglige omsorgsoppgaver, å skape struktur og gode rutiner i hverdagen, samt støtte barna emosjonelt og kognitivt (Velleman & Templeton, 2016; Wangensteen et al., 2019b). Forskning viser at barn og unge som har foreldre med rusproblemer tar et betydelig ansvar for husarbeid, praktiske oppgaver, økonomi og omsorgsansvar for foreldre/ynge søsken (Backett-Milburn et al., 2008; Kallander et al., 2018; Selbekk et al., 2019). I familier med rusproblematikk opplever barn og unge ofte en hverdag preget av kaos, konflikter, frykt, utrygghet og bekymringer, og de gir uttrykk for at de føler seg alene, opplever stigma, skam og følelsesmessige

belastninger (Backett-Milburn et al., 2008; Selbekk et al., 2019; Wangensteen et al., 2019a). Mange opplever også å stå i dilemmaer og lojalitetskonflikter knyttet til foreldres rusproblem, og familiesituasjonen kan gjøre det vanskelig å konsentrere seg om skolearbeid, delta på fritidsaktiviteter eller være med venner (Backett-Milburn et al., 2008; Selbekk et al., 2019). Barn og unge som lever med rusproblemer i familien har med andre ord en krevende livssituasjon. Studier viser at de også har forhøyet risiko for fysiske og psykiske helseutfordringer, utvikling av egne rusproblemer, å bli utsatt for konflikter, fysisk/psykisk vold, overgrep og traumer, samt stress og utfordringer knyttet til skolesituasjon, sosiale relasjoner, familie- og hverdagsliv (Selbekk et al., 2019; Velleman & Templeton, 2016). Flere studier viser at en slik familie- og oppvekstsituasjon kan gi emosjonelle, relasjonelle og omsorgsmessige belastninger og konsekvenser også videre inn i eget voksenalv (Wangensteen et al., 2019a; Wiig et al., 2017).

Det er bred enighet i forskning og fagfelt om viktigheten av at disse barn og unge fanges opp tidlig, og at de gis nødvendig informasjon, støtte og hjelp. I 2010 (utvidelse i 2017) ble dette et lovpålagt

ansvar for helsepersonell og spesialisthelsetjeneste i forhold til mindreårige som har syke eller rusavhengige foreldre/søsken (Helsepersonell-loven § 10a og b, Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a). Samtidig er samfunnsmessig stigma, skam og tabuer knyttet til rusproblemer en barriere for åpenhet, som kan hindre at familier får den hjelpen og støtten de trenger (Delås, 2015; Wangensteen et al., 2019b). Det kan vanskeliggjøre at barn og unge blir sett og ivaretatt tidlig nok av hjelpetjenestene og andre voksenpersoner, samt skape en høy terskel for at barn og foreldre selv tar initiativ til hjelp. Det er også en utfordring at det kun finnes et begrenset hjelpe- og samtaletilbud til barn og unge som har foreldre med rusproblemer. Særlig er det mangel på tilgjengelige offentlige tjenester utenom skole- og ordinær arbeidstid. Flere frivillige organisasjoner i Norge har derfor etablert tilgjengelige, digitale lavterskeltjenester til barn og unge som lever eller har vokst opp med misbruk av alkohol eller andre rusmidler i familien. Eksempelvis har Barn av rusmisbrukere (BAR) etablert en anonym chattetjeneste for denne målgruppen, og Blå Kors Kompasset tilbyr videobasert samtaleterapi til unge pårørende i familier med rusproblemer. Begge organisasjoner har gjennom koronapandemien (2020–2022) opplevd en særskilt økning av henvendelser til sine nettbaserte tilbud (Blå Kors, 2021; Mikov & Endresen, 2021).

Blå Kors Kompasset tilbyr spesialisert veiledning og samtaleterapi til unge (14–35 år) som har foreldre med alkohol- eller andre rusproblemer. Tilbudet gis både individuelt og i grupper ved organisasjonens seks avdelinger i Oslo, Bergen, Trondheim, Sandnes, Lillehammer og Kristiansand.

I 2019 startet organisasjonen planlegging av en utvidelse av Kompassets tilbud ved å etablere «terapi på nett», for å gi et landsdekkende, videobasert samtaleterapitilbud. Videotilbudet skulle innføres gradvis i løpet av 2020, men ble innført umiddelbart i mars 2020 på grunn av koronapandemien. Innføring av nasjonale koronarestriksjoner innebar lange perioder med nedstengte barnehager, skoler, arbeidsplasser og fritidsaktiviteter, begrenset sosial kontakt og redusert tilgang til hjelpe- og behandlingstilbud innenfor psykisk helse og rusfeltet. Denne situasjonen medførte økt bekymring for barn og unge som lever med rusproblemer i familien (Bufdir, 2020). Kompasset ønsket derfor å opprettholde tilgjengelige tjenester om samtaletilbud på tross av nasjonale og lokale restriksjoner, ved å raskt innføre videobasert samtaleterapi.

Kompasset etablerte dermed et tilbud som representerte en ny, digital kommunikasjonsform for både terapeuter og brukere (Tronsen & Manskow, 2021). Rett før koronapandemien inngikk Blå Kors Kompasset og forskere (USM og MVT) ved Nasjonalt senter for e-helseforskning et samarbeid om et 3-årig følgeforskningsprosjekt (2020–2023) knyttet til etablering av Kompassets digitale samtaleterapitilbud. Gjennom flere delstudier er prosjektets hensikt å forske på erfaringer med innføringen av terapi på nett ut fra både brukernes og terapeutenes perspektiver.

Innenfor psykisk helse og rusfeltet har videobaserte verktøy lenge vært brukt til oppfølging, samarbeid og behandling av pasienter, og koronasituasjonen har aktualisert mulighetene ytterligere (Batastini et al., 2021). Det finnes likevel få videobaserte

samtaletilbud til unge pårørende i psykisk helse og rusfeltet, og det er derfor behov for forskningsbasert kunnskap om hvordan de opplever å bruke en slik tjeneste. Generelt viser forskning at videobaserte verktøy kan gi raskere tilgang til behandling og spare tid og ressurser (Bashshur et al., 2016; Christensen et al., 2020). Det er imidlertid få studier med utgangspunkt i et pasient/brukerperspektiv, men disse viser at videobaserte tilbud kan gi lavere terskel for å søke hjelp, kortere ventetid, trygghet og fungere som et sikkerhetsnett samt gi bedre brukerinvolvering (Bleyel et al., 2020; Fernandez-Alvarez & Fernandez-Alvarez, 2021; Trondsen et al., 2014). Samtidig pekes det på utfordringer som mangel på ansikt-til-ansikt-kontakt og teknologiske barrierer (Bleyel et al., 2020; Fernandez-Alvarez & Fernandez-Alvarez, 2021). Forskning om brukererfaringer er viktig for kunnskapsutvikling og kvalitetsforbedring av nye digitale tjenestetilbud til pasienter og pårørende innenfor psykisk helse og rusfeltet.

Delstudien som presenteres i denne artikkelen omhandler brukererfaringer med Blå Kors Kompassets videobaserte samtaleterapi-tilbud til unge pårørende som har foreldre med rusproblemer. Basert på et digitalt spørreskjema undersøkte vi brukernes opplevelser av tilbudet i forhold til relasjonelle, praktiske og tekniske forhold, samt om demografiske kjennetegn har betydning for brukererfaringene.

Materiale og metode

Design

Studien er basert på en kvantitativ brukerundersøkelse og inngår i følgeforskningsprosjektet om etableringen av

Kompassets videobaserte samtaleterapi-tilbud. Vi utviklet og benyttet et digitalt spørreskjema for å få kunnskap om brukernes erfaringer relatert til ulike temaer, samt kunnskap om kjennetegn ved brukergruppen og hvilke tilbud de har benyttet seg av ved Kompasset (fysiske samtaler og/eller kun videobasert terapi). Spørreundersøkelsen ble gjennomført i oktober 2020 til januar 2021, i en periode med nasjonal pandemisituasjon.

Brukerinvolvering og medforskning

Brukerinvolvering og medforskning har vært sentralt i alle faser av denne delstudien. Medforskning innebærer å forske *sammen* med de det gjelder, i stedet for å forske *på* og *om* dem (Borg & Askheim, 2010). Dette gir medforskerne mulighet til å tilføre synspunkter og erfaringer om temaer som angår deres livssituasjon og behov. I denne delstudien har to brukerpresentanter i prosjektets referansegruppe deltatt som medforskere i hele forskningsprosessen fra utarbeidelse av spørreskjemaet til analyse, drøfting og presentasjon av resultater. De har også deltatt sammen med forskerne i utarbeidelse av artikkelutkast, fagfelle- og referansegrupper og frem til ferdigstilt artikkel. Det digitale spørreskjemaet ble utarbeidet i tett dialog med de to medforskerne, Blå Kors Kompassets 6 brukerråd, prosjektets referansegruppe, samt representanter fra terapeuter og ledelse i Kompasset. Hensikten var å utforme relevante spørsmål til brukerne av Kompassets tilbud om samtaleterapi på nett. I samarbeidsmøter drøftet vi først hvilke temaer som var relevante og viktige for undersøkelsen, før konkrete spørsmål ble utformet, gjennomgått og diskutert til konsensus. Utkast av spørreskjemaet ble etterpå sendt

ut og vurdert av brukerrådene, ledelse og ansattrepresentanter. Tilbakemeldingene ble brukt til videre utarbeiding av skjemaet sammen med medforskerne, før en digital 0.9-versjon av spørreskjemaet ble testet av 4 brukere når det gjaldt språk, relevans, utforming og funksjon på ulike digitale enheter. Spørreskjemaet ble deretter justert før ferdigstilling av endelig versjon.

Rekruttering, utvalg og datainnsamling

Informasjon om studiens hensikt og lenke til det anonyme digitale spørreskjemaet ble først sendt til Kompassets virksomhetsleder, som distribuerte det videre til alle terapeutene i organisasjonen. Den enkelte terapeut videresendte deretter informasjonen og lenken via SMS til alle brukere som hadde gjennomført minimum *en* digital samtaleterapitime. Denne fremgangsmåten ivaretok brukernes anonymitet og personvern hensyn overfor forskergruppen. Totalt 249 brukere fikk tilsendt spørreskjemaet, hvorav 129 av disse (52 %) besvarte. Inklusjonskriterier for deltakelse var: Alder 14–35 år og ha gjennomført minimum *en* videobasert samtaleterapitime hos Kompasset. Noen deltakere hadde kun prøvd videosamtaler mens andre hadde erfaringer fra både fysiske og videobaserte samtaler. Pandemisituasjonen har imidlertid bidratt til at brukere av Kompasset fikk mer erfaring med videoterapi enn i en «vanlig tilstand». Videre i artikkelen veksler vi mellom å bruke begrepene «videobasert samtaleterapi» og «terapi på nett».

Data om deltakerne ble innhentet via det anonyme spørreskjemaet. Demografiske variabler inkluderte kjønn (mann, kvinne), aldersgruppe (16–20, 21–25, 26–30, 31–35),

sivilstatus (singel, i et forhold, samboer/gift), utdanning/arbeid, (skoleelev, student, i arbeid, arbeidssøkende, ufør, sykemeldt, lærling, annet) bosituasjon (med foreldre/foresatte, verge/fosterforeldre, alene, samboer/ektefelle, kollektiv, annet) og bosted (region). Tre spørsmål kartla bruk av tilbudet: 1) antall timer med videobasert samtaleterapi, 2) hvilket tilbud man hadde benyttet seg av (kun videobasert terapi eller både fysiske og videobaserte terapisaamtaler) og 3) årsak til valg av tilbud. Ett spørsmål kartla hvor bruker oftest oppholdt seg under samtalen. Videre fulgte 6 (7) temaer for å kartlegge brukernes opplevelser av å benytte videobasert samtaleterapi: Erfaringer i sin helhet (8 utsagn), erfaringer med videoterapi versus fysiske samtaler (8 utsagn, *kun* til deltakere som har mottatt både fysiske samtaler og terapi på nett), relasjon til terapeut (6 utsagn), avslutning av videosamtale (4 utsagn), ved bekymring for egen psykiske helse (4 utsagn), teknisk kvalitet (5 utsagn) og praktiske forhold (8 utsagn). Svaralternativene var gradert på en Likert-skala fra 1 til 6 (1 = helt uenig, 6 = helt enig). Til hvert utsagn var svaralternativene både positive og negative påstander, for eksempel under temaet *Opplevelse av relasjon til terapeut*: «vi har en god relasjon» (positiv) og «relasjonen oppleves distansert» (negativ). I tillegg inkluderte vi to enkeltspørsmål: «Hvis du kunne velge, hvilket tilbud ville du benyttet deg av?» og «Vil du anbefale terapi på nett til andre?». Temaet «Terapi på nett når bruker er alvorlig bekymret for egen psykiske helse» ble etter nøye vurderinger utelatt fra analysene da spørsmålet ble ansett som for sensitivt og utydelig til fortolkning. Videre i artikkelen blir «utsagn» betegnet som «spørsmål».

Analysér

SPSS Statistics versjon 25 er benyttet til analysene. Beskrivende data av deltakerne samt benyttet tilbud og årsak til dette er presentert som andel (n og %) i tabell. Svarfordeling på spørsmålene i de ulike hovedtemaer er presentert i grafer med gjennomsnittsverdi (mean) samt standardavvik (SD) for å vise sentral-tendens og spredningen i svarene (Lydersen, 2020). Gjennomsnittsverdi blir betegnet som «snittskår» i tekst i resultatdelen. Krysstabell med chi-kvadrattest ble utført for nominelle data, f.eks. sammenhengen mellom benyttet tilbud relatert til demografiske variabler. Bosituasjon ble kategorisert til tre variabler: 1) Bor med foreldre/foresatte/verge/fosterforeldre, 2) Bor alene og 3) Bor med samboer/ektefelle/kollektiv. Utdanning/arbeid ble kategorisert til: 1) skoleelev/student, 2) arbeid/arbeidssøkende og 3) ufør/sykemeldt. Uavhengig t-test eller ANOVA (Analysis of variance) ble brukt for å sammenligne gjennomsnittsverdien på de ulike spørsmålene mellom to eller flere grupper. Dette ble gjort for å undersøke sammenhengen mellom brukererfaringer og demografiske variabler (alder, kjønn, utdanning/arbeid, sivilstatus og bosituasjon). Ikke-parametrisk statistikk ble benyttet om dataene ikke var normalfordelte. Signifikansnivået ble satt til 0.05.

Etikk

Studien er meldt inn til Personvernombudet (PVO) og registrert i forsknings- og meldingsregisteret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) vurderte prosjektet til å være utenfor Helseforskningsloven. Det anonyme, nettbaserte spørreskjemaet ble sendt som en lenke til brukerne. Ingen personsensitive data eller sporing av IP-adresse til deltakerne var mulig.

Resultater

Studiens resultater presenteres som følger: Beskrivelse av deltakerne, erfaringer med videobasert terapi (generelt, relasjon til terapeut, praktiske og tekniske forhold, avslutning av samtale), erfaringer med terapi på nett relatert til demografiske kjennetegn ved deltakerne, samt erfaringer med videobasert versus fysisk samtaleterapi.

Beskrivelse av deltakerne

Totalt 129 brukere besvarte spørreskjemaet og deltok i studien. Tabell 1 viser beskrivelse av deltakerne: Det var flest kvinner (85 %) og hovedvekten var mellom 26 og 35 år (65 %). Flertallet var i et forhold/samboer/gift, i arbeid og bodde på Østlandet. Cirka 50 % av deltakerne hadde hatt 1–5 timer videobasert terapi. Over halvparten av deltakerne mellom 16 og 20 år bodde sammen med foreldre/foresatte, mens flesteparten i alder 26–35 år bodde med samboer/ektefelle.

En tredjedel av deltakerne (n = 43) hadde kun hatt videobasert terapi, mens 2/3 (n = 86) hadde benyttet både fysiske samtaler og terapi på nett. Førtifem deltakere hadde endret fra fysisk til videobasert terapi på grunn av pandemien, mens nesten halvparten av de som kun hadde hatt terapi på nett oppga avstand til Kompasset som årsak (n = 20). Det var ingen statistisk signifikant forskjell på benyttet tilbud relatert til alder, kjønn, bosituasjon, sivilstatus eller utdanning/arbeidssituasjon.

Deltakerne ble også spurt om «Hvis du kan velge, foretrekker du terapi på nett eller fysiske samtaler?», og «Vil du anbefale terapi på nett til andre?» Tabell 2 viser svarfordeling på de to enkeltspørsmålene.

Tabell 1. Beskrivelse av deltakere (N = 129)

Demografiske variabler	N	%
Kjønn, kvinne	110	85,3
Alder		
16–20 år	15	11,6
21–25 år	30	23,3
26–30 år	41	31,8
31–35 år	43	33,3
Sivilstatus		
Singel	57	44,2
I et forhold	24	18,6
Samboer/gift	48	37,2
Bosituasjon		
Bor med foreldre/foresatte	9	7
Bor med verge/fosterforeldre	2	1,6
Bor alene	43	33,3
Med samboer/ektefelle	55	42,6
I kollektiv	13	10,1
Annet	7	5,4
Utdanning/arbeid¹		
Skoleelev (t.o.m videregående)	11	8,5
Student (høgskole/universitet)	35	27,1
I arbeid (fulltid/deltid)	80	62
Arbeidssøkende	4	3,1
Uføretrygdet	5	3,9
Sykemeldt/arbeidsavklaring	13	10,1
Lærling	1	0,8
Annet	1	0,8
Bosted		
Nord-Norge	6	4,7
Midt-Norge	13	10,1
Vestlandet	37	28,7
Sørlandet	6	4,7
Østlandet	64	49,6
Utlandet	3	2,3
Antall timer videobasert terapi		
1–5 timer	67	52,0
6–15	45	34,9
Over 15	17	13,1
Type samtaletilbud benyttet		
Kun videobasert terapi ²	43	33,3
Både fysiske samtaler og videobasert terapi ³	86	66,7

¹21 av respondentene har besvart på to eller tre av valgene samtidig. ²Årsak: avstand til Kompasset: n = 20.

³Årsak: endret fra fysisk til nett pga. pandemien: n = 45.

Tabell 2. Fordeling av svar på enkeltspørsmålene foretrukket tilbud og anbefale terapi på nett til andre

Foretrekker du terapi på nett eller fysiske samtaler?	N	%
Terapi på nett	11	8,5
Fysiske samtaler	50	38,8
Begge deler	66	51,2
Vet ikke	2	1,6
Vil du anbefale terapi på nett til andre?		
Ja	98	76
Nei	7	5,4
Vet ikke	24	18,6

Halvparten oppga at de ønsket både fysisk og videobasert samtaleterapi. Cirka 40 % foretrakk fysiske samtaler alene, mens kun et fåtall (8,5 %) foretrakk kun videobasert samtaleterapi. Over to tredeler av deltakerne ville anbefale terapi på nett til andre (76 %).

Erfaringer med videobasert samtaleterapi

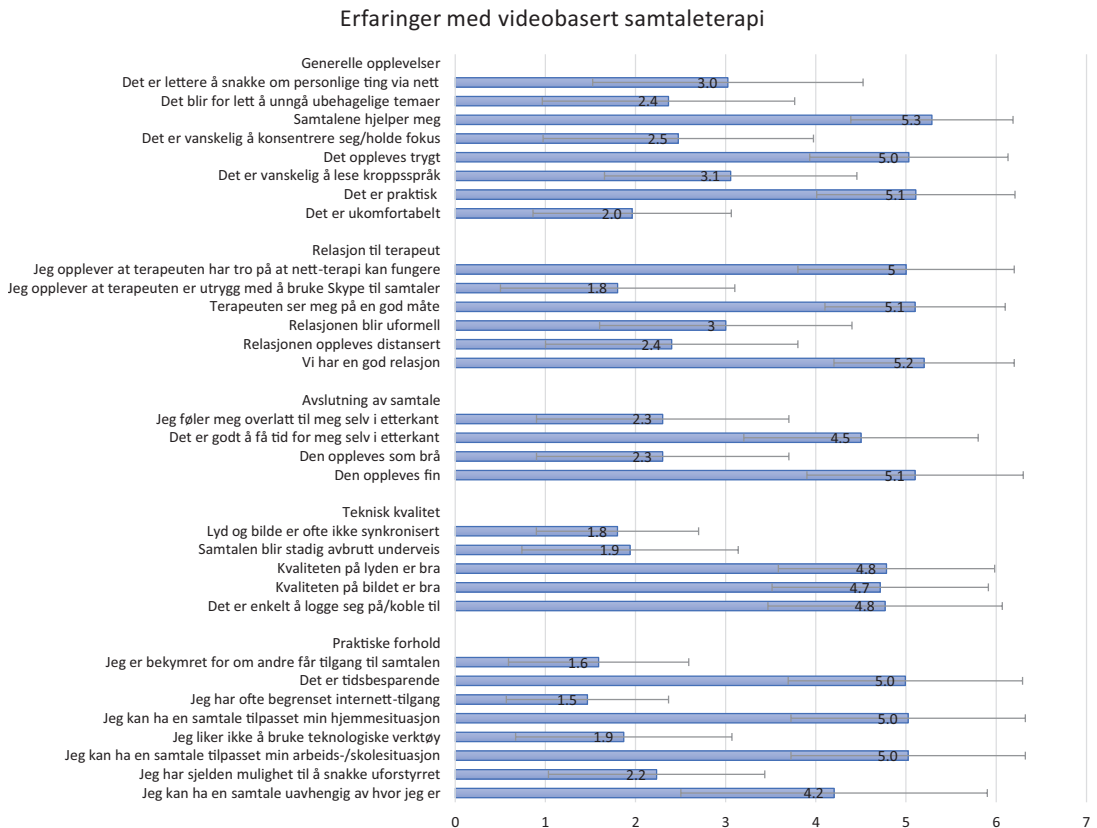
Figur 1 viser deltakernes erfaringer med å benytte videobasert samtaleterapi ut fra spørsmålene i fem hovedtemaer. De fleste deltakerne var enige i at tilbudet generelt er praktisk, trygt og at samtalerne er til hjelp (snittskår 5.0 til 5.3). Få syntes det er ukomfortabelt med samtaleterapi på nett (snittskår 2.0). Flesteparten rapporterte at de har en god relasjon til terapeuten via videobaserte samtaler, og at terapeuten ser dem på en god måte (snittskår 5.2 og 5.3). De opplevde også at terapeuten har tro på at videobasert samtaleterapi fungerer (snittskår 5.0), og få opplevde at terapeuten er utrygg med å bruke videobasert samtaleterapi (snittskår 1.8). Når det gjaldt praktiske forhold, var flest enige i at terapi

på nett er tidsbesparende, kan tilpasses arbeids-/skolesituasjonen og at man kan ha samtalen uavhengig av hvor man er fysisk (snittskår 5.0–4.2). Få var bekymret for om andre fikk tilgang til samtalen (snittskår 1.6). Hovedandelen av deltakerne opplevde avslutning av en samtale på nett som fin (snittskår 5,1), og mange var enige i at det er godt å ha tid for seg selv etter samtalen (snittskår 4,7). Få var enige i at avslutningen følte brå eller at de følte seg overlatt til seg selv i etterkant av samtalen (snittskår 2,3). De fleste erfarte at lyd/bilde-kvalitet under videosamtalen er bra, og at det er

enkelt å logge seg på til samtalen (snittskår 4.7 og 4.8).

Erfaringer med videobasert terapi relatert til demografiske kjennetegn

I tabell 3 presenteres erfaringer med terapi på nett relatert til demografiske kjennetegn (kun statistisk signifikante forskjeller på spørsmål presenteres). Tabellen viser at de som bodde hjemme med foreldre/foresatte opplevde videobasert terapi som mer ukomfortabelt og utrygt sammenlignet med deltakere som bodde alene eller med egen familie ($p < 0.01$, $p < 0.05$). Videre



Figur 1. Brukernes erfaringer med videobasert samtaleterapi ($n = 129$): Generell opplevelse, relasjon til terapeut, avslutning av en samtale, praktiske og tekniske forhold. Hvert spørsmål er gradert fra 1–6 (1 = helt uenig, 6 = helt enig) og presentert med gjennomsnittsverdi og standardavvik.

Tabell 3. Erfaringer med videobasert terapi relatert til brukernes demografiske karakteristika, presentasjon av signifikante forskjeller mellom grupper. Gjennomsnittsverdi og standardavvik presenteres (mean (SD))

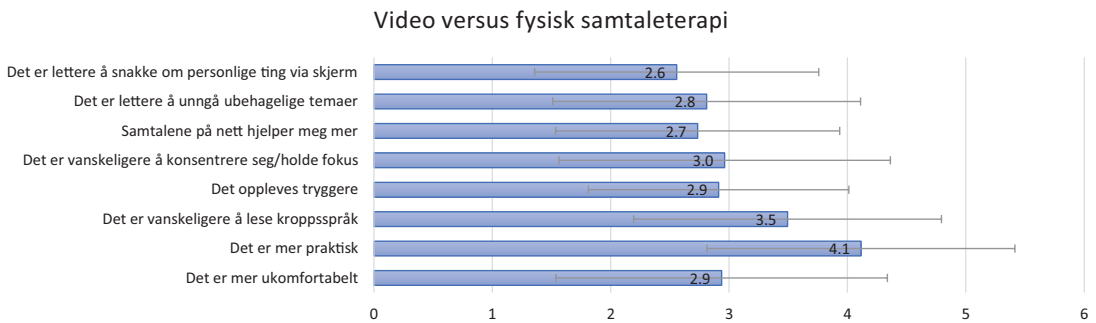
Demografiske karakteristika	Praktiske forhold			Relasjon til terapeut	Generelle erfaringer		
	Ha samtale uavhengig av hvor man er	Ofte begrenset internett-tilgang	Det er tidsbesparende		Det er ukomfortabelt	Det oppleves trygt	Lettere å snakke om personlige ting
<i>Alder</i>							
16–20	3,13 (1,4) ^a	1,73 (0,8) ^b	3,80 (1,9) ^a				
21–25	3,83 (1,8)	1,77 (1,2) ^a	5,07 (1,3) ^a				
26–30	4,54 (1,6) ^a	1,44 (1,0)	5,27 (0,9) ^a				
31–35	4,51 (1,6) ^a	1,19 (0,6) ^{a,b}	5,09 (1,3) ^a				
<i>Kjønn</i>							
Kvinne				5,21 (1,0) ^b			
Mann				4,68 (1,0) ^b			
<i>Bosituasjon</i>							
Foreldre/foresatte					2,82 (1,3) ^b	4,27 (1,3) ^{a,b}	
Bor alene					1,93 (0,9) ^b	5,00 (1,1) ^b	
Sambo/gift/kollektiv					1,85 (1,1) ^b	5,16 (1,0) ^a	
<i>Utdanning/arbeid</i>							
Elev/student							2,38 (1,4) ^b
Arbeid/lærling							2,51 (1,4)
Ufør/sykmeldt/arb.søker							3,10 (1,3) ^b

Signifikante forskjeller presenteres med ^a $p < 0.01$, eller ^b $p < 0.05$.

erfarte deltakere som var skoleelev/student at det var vanskeligere å snakke om personlige ting via nett sammenlignet med de som var i arbeid eller ufør ($p < 0.05$). Analysene viser kun *en* signifikant kjønnsforskjell; menn erfarte i mindre grad enn kvinner å bli sett på en god måte av terapeuten ($p < 0.05$). Det var også forskjeller mellom aldersgruppene når det gjaldt tekniske og praktiske forhold. De yngste (16–20 år) kunne i mindre grad ha en samtale uavhengig av hvor de var og opplevde videobasert terapi som mindre

tidsbesparende enn øvrige aldersgrupper ($p < 0.05$). De to yngste aldersgruppene opplevde i større grad enn de eldste å ha begrenset nett-tilgang ($p < 0.01$, $p < 0.05$).

De deltakerne som hadde benyttet både fysiske samtaler og videobasert samtaleterapi ($n = 86$) ble i tillegg spurt om sin vurdering av de to ulike tilbudene (figur 2). Resultatet viser at de synes det er mer praktisk med videobasert terapi sammenlignet med fysiske samtaler (snittskår 4.1), men



Figur 2. Presentasjon av generelle erfaringer fra deltakere som har benyttet både fysisk og videobasert samtaleterapi (n = 79). Presenteres med gjennomsnittsverdi og standardavvik.

noe vanskeligere å lese kroppsspråk og å snakke om personlige ting via skjerm (snittskår 3.5 og 2.6).

Diskusjon

Pandemisituasjonen og Kompassets etablering av terapi på nett i mars 2020, bidro til at langt flere av Kompassets brukere fikk erfaring med videobasert samtaleterapi enn i en normal situasjon. I løpet av 2020 benyttet hele 73 % av Kompassets brukere tilbudet om terapi på nett, enten alene eller i kombinasjon med fysiske samtaler (Blå Kors, 2021). I vår studie hadde 67 % av deltakerne erfaring med både fysiske og videobasert samtaleterapi, mens 33 % kun hadde erfaring med terapi på nett. Hovedandelen av deltakerne i vår studie er i aldersgruppen 26–35 år, kvinne, i arbeid og i et forhold. Kun 12 % var i alder 16–20 år. Dette samsvarer med Kompassets egne brukertall for 2020, både når det gjelder alder og at det er få gutter/menn generelt som benytter seg av Kompassets terapitilbud (Blå Kors, 2021).

Resultatene fra vår studie viser i all hovedsak gode erfaringer med videobasert samtaleterapi.

Deltakerne synes at tilbudet var til hjelp for dem, det opplevdes trygt å ha terapi på nett, og det var praktisk i hverdagen. Få var bekymret for om andre fikk tilgang til samtalen. Dette er i tråd med andre studier om pasienterfaringer med bruk av video innenfor psykisk helsearbeid som viser at et slikt tilbud oppleves som praktisk og trygt, samt muliggjør samtaleterapi uavhengig av bosted (Bleyel et al., 2020; Christensen et al., 2020). Våre deltakere opplevde en god relasjon til sin terapeut via video og å bli sett av terapeuten på en god måte. En nylig kunnskapsoppsummering viser at en terapeutisk relasjon kan bli godt etablert via video, men det er samtidig behov for mer forskning om relasjonelle aspekter ved videobasert terapi (Fernandez-Alvarez & Fernandez-Alvarez, 2021). Rammene rundt en terapisaamtale vil naturlig nok være ulike på video versus et fysisk møte, som eksempelvis småprat på vei inn og ut av samtalerommet. I tillegg kan reisevei til/fra en fysisk terapitime gi mulighet for mental forberedelse og refleksjon i etterkant. Resultatene viser likevel at deltakerne opplevde at avslutningen av samtalen på nett var fin, og få syntes det var ukomfortabelt

med terapi på nett. Deltakerne opplevde i tillegg få tekniske utfordringer, som ofte er en barriere for bruk av videotilbud (Fernandez-Alvarez & Fernandez-Alvarez, 2021).

Det var noen signifikante forskjeller mellom deltakernes erfaringer relatert til demografiske kjennetegn. De yngre deltakerne (bodde hjemme med foreldre/foresatte, skolelev/student, alder 16–20 år) opplevde videosamtaler som mer ukomfortabelt og utrygt og syntes det var vanskeligere å snakke om personlige ting via nett enn øvrige deltakere. De hadde også mindre muligheter for å snakke uforstyrret, og koronarestriksjoner som medførte mer tid i hjemmet sammen med familiemedlemmer (eks. hjemmeskole/hjemmekontor) kan ha vanskeliggjort dette ytterligere. I vår tidligere delstudie (Trondsen & Manskow, 2021) påpekte også terapeuter i Kompasset at mangel på mulighet til å snakke uforstyrret var et hinder for enkelte brukere til å benytte det videobaserte tilbudet. Barn og unge som lever med rusmisbruk i hjemmet har ofte en hverdagsituasjon preget av utrygghet, konflikter, frykt og bekymringer, og de kan stå i lojalitetskonflikter og hemmelighold knyttet til rusproblemene i familien (Backett-Milburn et al., 2008; Selbekk et al., 2019; Wangensteen et al., 2019a). Dette kan medføre at de ikke ønsker at andre i familien skal vite at man tar kontakt med hjelpeinstanser. Studier viser at det kan være lettere å ta førstegangskontakt med en hjelpetjeneste som er anonym og tilgjengelig (Kufås et al., 2017; Trondsen & Tjora, 2014). En nylig rapport viste at de fleste (78 %) som tok kontakt med organisasjonen Barn av rusmisbrukeres anonyme chatte-tjeneste i starten av koronapandemien

var under 23 år (Mikov & Endresen, 2021). Samtidig har anonyme tjenester begrensninger når det gjelder å følge opp brukere individuelt.

Deltakere som hadde erfaring med både videobasert og fysisk samtaleterapi oppga video som mer praktisk sammenlignet med fysiske samtaler, men noe vanskeligere å snakke om personlige ting og å lese kroppsspråk via skjerm. Slike ikke-verbale og visuelle begrensninger er påpekt også i andre studier om erfaringer med videobasert terapi (Bleyel et al., 2020; Fernandez-Alvarez & Fernandez-Alvarez, 2021).

Dersom man kunne velge, ønsket halvparten av deltakerne en kombinasjon av fysiske og videobaserte samtaler, 40 % ønsket kun fysiske samtaler mens et fåtall ønsket kun terapi på nett. Samtidig ville over to tredeler av deltakerne anbefalt terapi på nett til andre (76 %).

Disse resultatene viser at det er viktig å tilby et bredt og fleksibelt hjelpetilbud med mulighet for å kombinere ulike samtaleformer for å imøtekomme den enkeltes behov og ønsker. Med videobasert samtaleterapi når man ut til brukere uavhengig av bosted. Våre resultater støtter opp om anbefalinger om en større bredde i både digitale og fysiske tilbud, samt generelt økt ressursbruk til utsatte barn og unge (Sand et al., 2018). Unge som lever med eller har vokst opp med rusproblemer i familien setter ofte egne behov til side for å yte omsorg i familien (Kallander et al., 2018; Selbekk et al., 2019). Det kan medføre at de nedprioriterer sitt eget behov for å søke hjelp og støtte, eller har få krav og forventninger til de hjelpetilbud som finnes. Tjenestene må ha en

bevissthet om dette og sikre en trygg dialog med brukerne slik at hjelpetilbudet er i tråd med den enkeltes behov og situasjon.

Denne studien er basert på medforskning, og brukerinvolvering har vært sentralt i hele forskningsprosessen. Det er både verdifullt og viktig å inkludere brukere for å etablere og forbedre helse- og omsorgstjenester til unge pårørende i familier med rusproblemer. Å involvere brukere i forskning og tjenesteutvikling sikrer kvalitet, relevans og treffsikkerhet (Tangvald-Pedersen & Høiseith, 2019). Vi har derfor involvert Kompassets brukerråd, terapeuter og medforskerne til å utforme relevante tema og spørsmål i spørreskjemaet. På denne måten har vi sikret at brukerundersøkelsen er egnet til studiens formål – også kalt «face validity». Videre har to medforskere deltatt i fremstilling og drøfting av resultater og skriving av denne artikkelen. Det er viktig å sørge for at medforskere gis reell medvirkning og innflytelse, og at deres integritet ivaretas i forskningsprosessen (Trondsen & Eriksen, 2019). For å ivareta dette, har forskere og medforskere gjennomført jevnlig møter 1–2 ganger i måneden underveis i prosessen. I starten av samarbeidet ble medforskernes grad av involvering i artikkelen avklart, en trygg relasjon bygget og mulige utfordringer diskutert. Samarbeidet ble underveis evaluert flere ganger for å sikre at prosessen ble oppfattet som positiv for alle involverte. Artikkelens manus ble sendt frem og tilbake mellom forskere og medforskere, slik at medforskerne aktivt kunne bidra med sine erfaringer for å drøfte og nyansere resultater og diskusjon. Samtidig var medforskerne bevisste på å se helhetsbildet fra undersøkelsen og ikke bare ut fra egen erfaring.

Konklusjon

Studien gir kunnskap om brukererfaringer med Blå Kors Kompassets videobaserte samtaleterapi til unge som har foreldre med alkohol- eller andre rusproblemer. Resultatene viser i all hovedsak gode erfaringer med det videobaserte tilbudet når det gjaldt relasjonelle, tekniske og praktiske forhold, og de fleste brukerne synes at videotilbudet var trygt og til hjelp. Over to tredeler av deltakerne ville anbefalt terapi på nett til andre. Studien peker samtidig på betydningen av å sørge for gode og trygge rammer rundt en videobasert samtale, særlig for unge brukere. Studien viser viktigheten av å tilby et bredt og fleksibelt samtaletilbud både fysisk og digitalt for å møte den enkeltes muligheter, ønsker og behov. Resultatene har nytteverdi både for videreutvikling av Kompassets digitale terapitilbud og til etablering og utvikling av videobaserte tjenester til brukere innenfor psykisk helse og rusfeltet.

Referanser

- Backett-Milburn, K., Wilson, S., Bancroft, A. & Cunningham-Burley, S. (2008). Challenging childhoods: Young people's accounts of 'getting by' in families with substance use problems. *Childhood, 15*(4), 461–479. <https://doi.org/10.1177/0907568208097202>
- Bashshur, R. L., Shannon, G. W., Bashshur, N. & Yellowlees, P. M. (2016). The empirical evidence for telemedicine interventions in mental disorders. *Telemedicine and e-health, 22*(2), 87–113. <https://doi.org/10.1089/tmj.2015.0206>
- Batastini, A. B., Paprzycki, P., Jones, A. C. T. & MacLean, N. (2021). Are videoconferenced mental and behavioral health services just as good as in-person? A meta-analysis of a fast-growing practice. *Clinical psychology review, 83*, 101944. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101944>
- Bleyel, C., Hoffmann, M., Wensing, M., Hartmann, M., Friederich, H. C. & Haun, M. W. (2020). Patients' Perspective on Mental Health Specialist Video Consultations in Primary Care: Qualitative Preimplementation Study of Anticipated Benefits

- and Barriers. *Journal of Medical Internet Research*, 22(4), e17330. <https://doi.org/10.2196/17330>
- Blå Kors (2021): Årsmelding 2020. <https://www.blakors.no/app/uploads/2021/08/Arsregnskap-2020.pdf>
- Borg, M. & Askheim, O. P. (2010). Deltagerbasert forskning i psykisk helsearbeid – et bidrag til mer «brukbar» kunnskap? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(2), 100–109. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2010-02-02>
- Bufdir. (2020). Barne-, ungdoms og familiedirektoratet. *Statusrapport 4 – utsatte barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien*. <http://bufdir.no>
- Christensen, L. F., Moller, A. M., Hansen, J. P., Nielsen, C. T. & Gildberg, F. A. (2020). Patients' and providers' experiences with video consultations used in the treatment of older patients with unipolar depression: A systematic review. *Journal of Psychiatric and mental Health nursing*, 27(3), 258–271. <https://doi.org/10.1111/jpm.12574>
- Delås, G. M. (2015). Barn i familier med alkoholproblemer og skam – Barn i familier med alkoholproblemer er ofte bærere av skam. Hva kan være årsakene til skamfølelsen, hvordan oppleves den, og hvordan påvirker den deres hverdag? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(4), 298–306. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2015-04-04>
- Fernandez-Alvarez, J. & Fernandez-Alvarez, H. (2021). Videoconferencing Psychotherapy During the Pandemic: Exceptional Times With Enduring Effects? *Frontiers in psychology*, 12, 589536. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.589536>
- Haugland, B. S. M., Bugge, K. E., Trondsen, M. V. & Gjesdahl, S. (2015). *Familier i motbakke: på vei mot bedre støtte til barn som pårørende*. Fagbokforlaget.
- Helsepersonell-loven §10a og b.
- Kallander, E. K., Weimand, B. M., Becker, S., Van Roy, B., Hanssen-Bauer, K., Stavnes, K., Ruud, T. (2018). Children with ill parents: extent and nature of caring activities. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 793–804. <https://doi.org/10.1111/scs.12510>
- Kufås, E., Billehaug, I., Faugli, A. & Weimand, B. M. (2017). Når lyset knapt slipper inn. En studie av chat-samtaler med barn og ungdom som har foreldre med rusmiddelproblemer. *Barn av Rusmisbrukere – BAR*.
- Lydersen, S. (2020). Hvordan oppsummerer ordinale data? *Tidsskriftet Den norske Legeforening*, 140(12), 1–2. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0033>
- Mikov, P. & Endresen, M. (2021). Barn som pårørende under pandemien: Erfaringer fra samtaletilbudet BaRSnakk etter covid-19-utbruddet i Norge. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 18(2), 138–148. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2021-02-06>
- Rossow, I., Moan, I. S. & Natvig, H. (2009). *Nære pårørende av alkoholmisbrukere – hvor mange er de og hvordan berøres de?* SIRUS-rapport. Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Sand, A., Lassemo, E., Vilarinho, T., Vis, C., Das, A. & Melby, L. (2018). *SINTEF-rapport: Evaluering av chat-, svar- og telefontjenester*. SINTEF digital.
- Selbekk, A. S., Faugli, A., Kufås, E., Løvås, M. & Ruud, T. (2019). *Kunnskapsoppsummering om situasjon og hjelp til barn og partnere av personer med rusproblemer*. Akershus Universitetssykehus.
- Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a.
- Tangvald-Pedersen, O. & Høiseit, J. R. (2019). Når forskning og erfaring møtes: Hvordan medforskning kan bidra til kunnskapsutvikling belyst gjennom et dialogisk inspirert forskningsdesign. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 16(4), 185–196. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2019-04-02>
- Torvik, F. A. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk*. Folkehelseinstituttet.
- Trondsen, M. V., Bolle, S. R., Stensland, G. Ø. & Tjora, A. (2014). Video-confidence: a qualitative exploration of videoconferencing for psychiatric emergencies. *BMC Health Services Research*, 14(1), 544. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0544-y>
- Trondsen, M. V. & Eriksen, S. H. (2019). Mellom deltakelse og beskyttelse: Aksjonsforskningens mulighetsrom for barn og unge. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 3(1), 49–65. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2019-01-04>
- Trondsen, M. V. & Manskow, U. S. (2021). Å være terapeut i en unntakstilstand: samtaleterapi på net under koronapandemien til unge som har foreldre med rusproblemer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 18(2), 125–137. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2021-02-03>
- Trondsen, M. V. & Tjora, A. (2014). Communal Normalization in an Online Self-Help Group for Adolescents With a Mentally Ill Parent. *Qualitative Health Research*, 24(10), 1407–1417. <https://doi.org/10.1177/1049732314547708>
- Velleman, R. & Templeton, L. J. (2016). Impact of parents' substance misuse on children: an update. *BJPsych Advances*, 22, 108–117. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.114.014449>
- Wangensteen, T., Bramness, J. G. & Halså, A. (2019a). Growing up with parental substance use disorder: The struggle with complex emotions, regulation of contact, and lack of professional support. *Child & Family Social Work*, 24(2), 201–208. <https://doi.org/10.1111/cfs.12603>
- Wangensteen, T., Jansen, S. D. & Halså, A. (2019b). Foreldreskap og rus – den tause skammen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 16(1), 5–15. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2019-01-02>
- Wiig, E. M., Haugland, B. S. M., Halså, A. & Myhra, S. M. (2017). Substance-dependent women becoming mothers: breaking the cycle of adverse childhood experiences. *Child & Family Social Work*, 22(1), 26–35. <https://doi.org/10.1111/cfs.12190>