

Sofie Nilsen

# **Barnets rolle i rusbehandling - Betydningen av familieorientert arbeid**

The Child's Role in Drug Treatment  
- The Importance of Family Centered Work

Bacheloroppgave i Sosialt arbeid

Veileder: Anne Juberg

Mai 2022



Sofie Nilsen

# **Barnets rolle i rusbehandling - Betydningen av familieorientert arbeid**

The Child´s Role in Drug Treatment  
- The Importance of Family Centered Work

Bacheloroppgave i Sosialt arbeid  
Veileder: Anne Juberg  
Mai 2022

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



Kunnskap for en bedre verden



## **SAMMENDRAG**

Barn som pårørende har de siste årene blitt et politisk satsingsområde i Norge, og i 2010 fikk disse barna lovfestede rettigheter. Lovendringene medførte at helsepersonell ble tvunget til å endre blikket fra individfokus til systemfokus. I kjølvannet av dette har familieperspektivet etter hvert fått større plass i rusbehandling i Norge, og det er stor enighet om at barn som har foreldre i rusbehandling har behov for informasjon knyttet til foreldrenes problematikk.

Forskning viser imidlertid at implementeringen av familieperspektivet i praksis har vist seg utfordrende. Rusmiddelbruk svekker ofte foreldrefunksjoner. Som følge av dette evner ikke foreldre å dekke barnas behov for omsorg og støtte, og barnet står dermed i fare for å underutvikle grunnleggende prosesser. Følgelig står barn i rusbelastede familier i fare for å adaptere destruktive følelser som skam og skyld, og de har derfor behov for en arena hvor det er aksept for å tematisere vanskelige følelser. I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på barn som har foreldre i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Jeg tar sikte på å undersøke hvorfor det er viktig at behandlere i TSB involverer barn som pårørende i behandlingen. Gjennom å anvende relevant litteratur har det vært et mål å avdekke begrensninger og undersøke muligheter knyttet til involvering av barna. Litteraturen er anskaffet ved å ta i bruk systematiske litteratursøk, samt kjedesøk og håndsøk. Funnene viser blant annet at informasjon til barn om foreldrenes situasjon, samt ulike former for samtaler med barn og foreldre er sentrale helsebringende faktorer. Et annet hovedfunn er at implementering av familieorienterte praksiser kan være hensiktsmessige å integrere som en del av ordinær praksis i TSB.

## **ABSTRACT**

Children as relatives have in recent years become a political focus area in Norway. Children with parents in drug treatment were given statutory rights in 2010. The law adjustment led to health personnel changing their view from the individual to rather looking at the system. In the wake of this, the family perspective has gradually gained more ground in substance use treatment in Norway, and it is a great agreement that children having parents in treatment desire information regarding their parents' problems. However, research shows that implementing the family perspective in practice has proved challenging. Substance abuse often impairs parental functions. As a result, parents are unable to meet their children's need for care and support, and the child is thus at risk of underdeveloping basic processes. The children are further at risk of developing destructive emotions such as shame and guilt, and they therefore need a welcoming arena to discuss difficult emotions. In this thesis I focus on children with parents in specialized drug treatment. I aim to investigate the importance for health personnel to include children as relatives in the treatment. By using relevant literature, it has been a goal to uncover limitations and explore opportunities related to the involvement of children. The literature is gathered by using systematic literature searches, as well as other sources. The findings show, among other things, that information to children about the parents' situation, as well as various forms of conversations with children and parents are key health-promoting factors. The thesis concludes that it would be appropriate to implement family-oriented substance abuse treatment as an ordinary practice in specialized drug treatment.

## **FORORD**

Bacheloroppgaven har for meg vært en gylden mulighet til å ta et dypdykk ned i tematikk jeg synes er spesielt interessant, og det har vært utrolig spennende å jobbe med oppgaven.

Skriveprosessen har svært lærerik, men den har også vært preget av mange oppturer og nedturer. I etterkant at jeg takknemlig for både det arbeidet som har vært lystbetont og det som har vært mer krevende.

Jeg vil takke medstudentene mine Mathea, Ida og Kristine som har vært til stor hjelp under skriveprosessen. Takk for utallige timer på campus, motiverende ord på tunge dager og faglig innspill. Jeg vil også takke for korrekturlesning og skrivetips.

Jeg vil også takke veilederen min ved NTNU, Anne Juberg. Takk for grundige tilbakemeldinger, oppmuntrende ord og raske svar. Du har vært en trygghet hele veien.

Trondheim, Mai 2022

## **INNHOLDSFORTEGNELSE**

1.0 INTRODUKSJON	1
1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling	2
1.2 Begrepsavklaring og avgrensning	2
1.3 Den sosialfaglige relevansen	3
1.4 Videre oppbygning av oppgaven	4
2.0 METODE	5
2.1 Søkeprosessen	5
2.2 Litteraturens relevans	6
2.3 Et kritisk blikk på valgt litteratur	6
3.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER	7
3.1 Foreldrefunksjoner og rus	7
3.2 Resiliens og teori om salutogenese	8
3.3 Systemisk forståelse og familieorientert rusbehandling	9
4.0 LITTERATUR	11
4.1 Kontekstbeskrivelse	11
4.2 Skam og skyld	11
4.3 Medavhengighet	12
4.4 Begrensninger for involvering av pårørende	13
5.0 DISKUSJON	15
5.1 Hvorfor er det viktig å involvere barnet i behandling?	15
5.2 Familieorientert arbeid og familieintervensjoner	17
5.2.1 Samtaler med barn og familier	18
5.2.2 Foreldreveiledning og psykoedukasjon	19
5.3 Begrensninger og muligheter i arbeidet med å involvere pårørende	19
6.0 AVSLUTNING	25
6.1 Avsluttende refleksjoner	25
LITTERATURLISTE	27
Vedlegg I - Søkelogg	31



## 1.0 INTRODUKSJON

Det er kjent at rusproblematikk er et utbredt problem i dagens samfunn, og de aller fleste har gjort seg opp noen tanker om problematikken. Lindgaard (2015, s. 65) påpeker at rusproblematikk ikke bare er et individuelt problem, men i stor grad et *relasjonelt problem*. Det innebærer at problemet ikke kun påvirker personen som inntar rusmidler, men også omgivelsene rundt. Når en forelder misbruker rusmidler påvirkes samspillet i familien, og barnet settes i risiko for å utvikle en rekke problemer (Hansen, 2012).

En rapport fra folkehelseinstituttet i 2011 forteller at omtrent 90 000 barn hadde minst én forelder som misbrukte alkohol, blant disse var det 70 000 barn som hadde foreldre med et såpass alvorlig alkoholmisbruk at det sannsynligvis påvirker daglig fungering (Torvik & Rognmo, 2011, s. 5). Dersom en også hadde inkludert bruk av andre rusmidler ville disse tallene trolig vært høyere. I en rapport fra helsedirektoratet fremkommer det at 5000 pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er foreldre til barn under 18 år (Helsedirektoratet, 2015, s. 9). Det finnes per i dag ingen tall på omfanget av rusavhengighet i Norge, og det er derfor vanskelig å si noe om hvor mange pårørende som finnes (Folkehelseinstituttet, 2018). Vi vet imidlertid at rusproblematikk er et utbredt problem i dagens samfunn, og en kan med dette fastslå at antallet barn som pårørende er mange.

De siste årene har barn av rusmisbrukere fått større oppmerksomhet i det norske helsevesenet, og arbeidet med barn som pårørende har vokste frem som et politisk satsingsområde. 1. januar 2010 trådte lovendringer i kraft med hensikt om å sikre at barn som pårørende blir ivaretatt av helsepersonell (Helsedirektoratet, 2010, s.1). Helsepersonelloven (1999, § 10a) gjør helsepersonell *pliktig* til å kartlegge om pasienten har mindreårige barn, samt til å gi informasjon og oppfølging som følge av å ha foreldre med rusproblematikk. Videre pålegges helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten å ha barneansvarlig personell som skal fremme og koordinere oppfølging av barn som pårørende (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3-7a). Viktigheten av pårørendeinvolvering vektlegges også i retningslinjer og veiledere, eksempelvis i “ROP-retningslinjen”, Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne og Pårørendeveilederen (Helsedirektoratet, 2012; Helsedirektoratet, 2014; Helsedirektoratet, 2017).

Til tross for klare føringer viser forskning, som senere jeg senere skal presentere, at implementeringen av lovverket i praksis har vist seg krevende. Barn som pårørende blir ikke tilstrekkelig ivaretatt når foreldre er i behandling for rusproblematikk og de får i mange tilfeller ikke den informasjonen og oppfølgingen de trenger, og har krav på. Det er derfor interessant å se nærmere på hvorfor det er viktig å ivareta barn som pårørende, samt årsaker til at dette ikke følges opp i praksisfeltet.

Oppgaven tar med dette sikte på å besvare følgende problemstilling:

*Hvorfor er det viktig å involvere barn av foreldre med rusproblematikk i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og hvilke begrensninger og muligheter kan behandlere støte på i arbeidet?*

### **1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling**

I femte semester på utdanningen fikk jeg tildelt praksisplass på en poliklinikk underlagt tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). I løpet av praksisperioden ble jeg i større grad bevisst på viktigheten av å se den rusavhengige som en del av et større system. Det ble tydelig for meg at rusmisbrukeren både *påvirker* og *påvirkes av* omgivelsene rundt. I forlengelsen av dette ble jeg oppmerksom på den rusavhengiges mange roller. Den rollen som interessert meg mest var rollen som forelder. Hvordan påvirker rusbruken foreldrerollen, og hvordan er det for et barn å ha en forelder som ruser seg? Jeg fikk inntrykk av at det snakkes mye om barna blant behandlerne, men jeg skulle imidlertid ønske at jeg så mer til barna i behandlingen. Summen av erfaringene jeg gjorde meg i praksis fikk meg til å fundere over barns rolle i rusbehandling. Praksiserfaringer og teori som er presentert i innledningen gjorde at valget falt på nevnte problemstilling.

### **1.2 Begrepsavklaring og avgrensning**

Mindreårige barn, det vil si barn under 18 år, regnes som pårørende når én av foreldrene har et rusproblem (Bergem, 2018). Barn som har foreldre i TSB anses med dette som pårørende. Rundskriv om barn som pårørende legger frem at *barn som pårørende* skal tolkes “vidt og uavhengig av formalisert omsorgssituasjon” (Helsedirektoratet, 2010, s. 4). Dette innebærer at alle som har omsorgsansvar for barnet anses som foreldre, dermed omfatter bestemmelsen alle barn som har omsorgspersoner i TSB.

I oppgaven velger jeg å bruke begrepet “rusproblem” fremfor “rusavhengig”. Dette med bakgrunn i at pasienter ikke trenger å oppfylle kravene til en avhengighetsdiagnose for å ha rett på behandling i TSB (Helsedirektoratet, 2015). Barn kan også kjenne på konsekvensene av rusbruken lenge før foreldrene kategoriseres som “avhengige” (Hansen, 2012). Det er også sentralt å påpeke at jeg med rusmiddelproblemer sikter til problematisk bruk av både alkohol, illegale rusmidler og overbruk av reseptbelagte medikamenter.

### **1.3 Den sosialfaglige relevansen**

Sosialt arbeid er et komplekst fagområde som består av mange felt. Sosionomen jobber derfor i mange ulike velferdskontekster. Blant annet er arbeid med rusproblematikk og barns oppvekst og utvikling sentrale områder. Sosionomen møter mennesker i vanskelige situasjoner, og arbeider blant med å forebygge, redusere og løse sosiale problemer. Berg, Ellingsen, Levin & Kleppe (2015) legger frem at rusproblematikk er et sosialt problem, og at en løsning derfor krever innsats på individ, gruppe og samfunnsnivå. I sosialt arbeid viser “personen i situasjonen” til en forståelse av at både personen og situasjonen vedkommende befinner seg i trenger hjelp (Levin, 2015, s.37). Rusmisbruk kan derfor ikke bare forstås ut fra et individuelt perspektiv, men må også forstås ut fra et de samfunnsmessige og relasjonelle kontekster rusmisbrukeren inngår i.

Det fremkommer av FOs yrkesetiske grunnlagsdokument at sosionomen “har et særskilt ansvar for å arbeide for økt rettssikkerhet og bedre levekår for utsatte grupper i samfunnet” (FO, 2019, s. 5). Barn som pårørende til foreldre med rusmiddelproblematikk lever under risiko. Sosionomen har derfor et spesielt ansvar for å sørge for at disse barna får sine rettigheter oppfylt og for å sette dem i stand til å bedre håndtere sin situasjon. Videre er det i TSB en forutsetning at sosialfaglige, medisinske og psykologiske perspektiv ivaretas i den tverrfaglige konstruksjonen (Helsedirektoratet, 2015). Sosionomens helhetsblikk blir spesielt verdifull i de tilfellene hvor pasienten har barn, og hvor det vil være relevant å inkludere familien i behandling. Lundberg (2012, s. 42) påpeker at sosialfaglig kompetanse er viktig i TSB med tanke på å sette barn i fokus. Med bakgrunn i ovennevnte er tematikken som drøftes i denne oppgaven relevant for sosialt arbeid av flere årsaker.

#### **1.4 Videre oppbygning av oppgaven**

Oppgaven består av seks kapitler; innledning, metode, teoretiske perspektiver, litteratur, diskusjon og avslutning. I metodekapittelet vil jeg presentere valgt metode for oppgaven. Her vil jeg vise til søkeprosessen, forskningens relevans og kildekritikk. Kapittel 3 vil omfatte de teoretiske perspektivene jeg senere vil ta i bruk i diskusjonen. Kapittel 4 gjennomgår relevant litteratur på området. Her kommer en kort presentasjon av forskning som undersøker pårørendes plass i rusbehandling, samt annen litteratur og avklaringer som er nødvendige for diskusjonen. Kapittel 5 vil bestå av en diskusjon som omfatter hovedelementer fra presentert teori og funn i litteraturen. I siste og avsluttende kapittel kommer en oppsummering av oppgavens mest sentrale punkter, samt en sammenfatning av diskusjonen.

## 2.0 METODE

Metoden er redskapet i en undersøkelse og det som hjelper oss til å samle inn *data*, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland, 2017, s. 52). I denne teoretiske oppgaven benytter jeg ulike former for søk som *metode* for å skaffe relevant litteratur til å besvare problemstillingen. Jeg tar i bruk aktuell litteratur på feltet og tar sikte på å fremskaffe ny innsikt ved å se relevant litteratur i sammenheng med hverandre (Aveyard, 2010, s.5).

### 2.1 Søkeprosessen

Jeg har hovedsakelig benyttet systematiske litteratursøk i relevante databaser etter mønster fra litteraturstudier. Det systematiske søket tar utgangspunkt i nøkkelbegreper for oppgaven (Rienecker & Jørgensen, 2013). Søkeordene er derfor valgt ut med bakgrunn i det jeg oppfattet som de mest sentrale ordene for oppgaven. For å innhente data har jeg benyttet meg av databasene Oria, Idunn, Sociological Abstract og Scopus. Oria har utmerket seg som den databasen som har gitt meg flest relevant treff. Jeg har sett på fagfelleverderte artikler for sosial- og helsefag på engelsk og norsk. Søkeordene jeg har brukt mest, entene alene eller i kombinasjon med hverandre, er “rusbehandling”, “pårørende”, “barn som pårørende”, “tverrfaglig spesialisert rusbehandling”, “rus” og “familie”. Følgende søkeord er oversatt og brukt i engelske søk: “substance use treatment”, “affected others” OR “kin”, “children as relatives” og “family”. Jeg har også benyttet meg av andre søkeord, men det er disse søkeordene som har gitt meg mest relevant forskning. Søkeprosessen fremgår som vedlegg.

Som et hjelpemiddel for å avgrense mengden artikler har jeg benyttet meg av spesifikke inklusjons- og eksklusjonskriterier (Aveyard, 2010). Inklusjonskriteriene innebar en avgrensning i år, type artikkel, fagområde og språk. I søkene etter forskning har jeg valgt å avgrense til de siste ti årene (2012-2022). Dette med bakgrunn i at en stor del av oppgaven min baserer seg på pårørendes rettigheter. I 2010 ble det gjort merkbare endringer i lovverket og forskning før dette vil derfor være lite relevant for min oppgave. Annen litteratur som benyttes kan være eldre enn dette. Dette skyldes at rusbehandling har pågått i lang tid, og eldre litteratur kan derfor være relevant. Forskningen jeg har undersøkt avgrenser seg i all hovedsak til litteratur som sier noe om *begrensninger* ved involvering av pårørende.

Muligheter som legges frem i oppgaven begrunnes derfor hovedsakelig i egne refleksjoner.

I tillegg til systematiske søk, er det kjedesøk som har gitt meg mest relevant litteratur for å besvare problemstillingen. Kjedesøk vil si at jeg har tatt utgangspunkt i en tekst med relevans

for oppgaven min, sett gjennom litteraturlisten og deretter plukket ut nye kilder som jeg fant interessante. Jeg har også benyttet meg av håndzoek. Dette ved å plukke med meg tilsynelatende relevante bøker fra biblioteket. Litteraturen som brukes i kapittel 3, teoretiske perspektiver, vil i stor grad være fra sekundære kilder. Jeg har også supplert med enklere, ikke fullt så systematisk zoek, ved behov.

## **2.2 Litteraturens relevans**

Forskningen jeg har plukket ut baserer seg på intervjuer med enten (1) helsepersonell som arbeider innen rusbehandling, (2) personer med rusmiddelproblemer eller (3) pårørende til noen med et rusmiddelproblem. Noe av forskningen baserer seg på intervjuer med flere av de nevnte gruppene. Forskningen er sentral fordi den undersøker hvilke barrierer og muligheter som kan knyttes opp mot involvering av pårørende. Mesteparten av studiene jeg har valgt ut baserer seg på forskning som er blitt gjort i Norge. Dette er relevant da oppgaven søker å undersøke tverrfaglig spesialisert rusbehandling i norsk kontekst. Jeg har valgt å inkludere én studie fra Storbritannia. Dette med bakgrunn i at funnene som presenteres i studien er overførbare til de utfordringene som avdekkes innen rusbehandling i Norge.

## **2.3 Et kritisk blikk på valgt litteratur**

For å finne et vitenskapelig tilfredsstillende svar på problemstillingen er det sentralt å foreta en kontinuerlig vurdering av kvaliteten på kildene (Dalland, 2018). Jeg har derfor gjennom hele prosessen stilt meg kritisk til måten jeg har foretatt søkene på. Kjedesøk er mye brukt for å innhente litteratur og denne formen for zoek har sin styrke ved at den kan føre fra én god referanse til en annen. Samtidig er det sentralt å påpeke at for mange kjedesøk kan medføre at man kun ender opp med “en side av saken” (Rienecker & Jørgensen, 2013). Denne problematikken bør ses i sammenheng med at søkeordene som ble brukt bunner ut fra min forforståelse og dette vil ha betydning for hvilke datamaterialer som vises. En fallgrube her er at en kan ende opp med å lete etter bekreftelser. “Cherry-picking” handler om å plukke ut enkelte fakta som støtter ens meninger eller som undergraver andres, samtidig som en overser opplysninger som kritiserer ens egne oppfatninger (Aveyard, 2010). Gjennom hele søkeprosessen var jeg derfor bevisst min egen forforståelse og hvordan denne kunne påvirke funnene av litteratur. I forlengelsen av dette har det vært viktig for meg å være oppmerksom på å innhente litteratur som viser flere sider av samme sak.

## 3.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER

### 3.1 Foreldrefunksjoner og rus

Forskning viser at bruk av rusmidler ofte svekker grunnleggende foreldrefunksjoner (Wangensteen, Jansen & Halså, 2019). Videre påpeker Hansen (2012) at det ikke nødvendigvis er mengden rus som er skadelig for barnet, men påvirkningen misbruket har på hverdagslivet. Rusbruk påvirker ofte familiens rutiner og ritualer i den grad at det skaper utrygghet og uforutsigbarhet hos barnet (Amundsen & Melkeraaen, 2015). Barn er helt avhengige av voksne som er i stand til å møte dets behov for å få en normal utvikling (Bergem, 2018, s. 41). Det kanskje mest skadelige for barnet er derfor når foreldrene ikke evner å rette sin fulle oppmerksomhet på barnets utvikling (Ruud, 2021, s. 196). Familien er en hovedarena for barns utvikling og en nødvendig utviklingsstøtte for barnet. Det innebærer at foreldrene må evne å gi kjærlighet, bekreftelse, struktur og støtte (Andersen, 2012, s.404).

Den første og mest grunnleggende oppgaven som sammen møter barnet og dets omsorgspersoner er tilknytning (Andersen, 2012, s.404). Tilknytning kan veldig forenklet forklares som den tryggheten et barn opplever i relasjonen til en omsorgsperson, og trygg tilknytning er en forutsetning for å kunne utvikle evnen til å forstå seg på seg selv og omgivelsene (Bergem, 2018 s.41). For at trygg tilknytning skal finne sted, kreves det at omsorgspersonene er *tilgjengelige* for barnet (Andersen, 2012, s. 405). Rusproblemer gjør ofte foreldre utilgjengelige, enten ved at de er i aktiv rus eller ved at rusproblemet indirekte tar oppmerksomheten bort fra barnet (Amundsen & Melkeraaen, 2015). Som en konsekvens kan barnet utviklet utrygg tilknytning (Arefjord & Karterud, 2012, s. 228).

Reguleringsstøtte kan forstås som at barnet blir møtt med trøst og omsorg (Bergem, 2018, s. 47), og henger tett sammen med tilknytning. Det handler kort fortalt om at man støtter eller hjelper barnet i å regulere følelser og atferd. God reguleringsstøtte fordrer at barnet har en relasjon til en primær omsorgsperson og at omsorgsgiver har evne til *refleksiv fungering*, det vil si evnen til å reflektere rundt egne og barnets indre mentale opplevelser (Nordanger & Braarud, 2017, s.37). Videre legges det fram av (Bergem, 2018, s. 47) at god reguleringsstøtte er avgjørende for at barnet skal tørre å begi seg ut i nye situasjoner og utforske seg selv og omgivelsene. *Mentaliseringsevne* må ses i sammenheng med refleksiv fungering og handler kort fortalt om evnen til å se seg selv utenfra og andre innenfra (Arefjord & Karterud, 2012, s. 224). Risikobruk av rusmidler svekker mentaliseringsevnen

og øker likegyldighet overfor andres psykologiske tilstander, herunder barnets (ibid). Som en konsekvens vil ikke forelderen være i stand til å forstå og respondere på barnets følelser (Arefjord & Karterud, 2012, s. 225). Amundsen & Melkeraaen (2015, s. 24) legger frem at barn i rusbelastede familier ofte ikke har noen å snakke med om vanskelige følelser, følgelig vil barnet mangle et følelsesmessig språk. En konsekvens er at det blir utfordrende å kjenne sammenheng med hendelser og følelser (ibid). Barn som pårørende for ofte ikke nok støtte og omsorg fra foreldrene og det er derfor avgjørende at de blir sett og involvert i rusbehandling.

### **3.2 Resiliens og teori om salutogenese**

Resiliensteori og teori om salutogenese har flere likhetstrekk. Jeg velger likevel å inkludere begge i denne oppgaven da jeg mener at teoriene utfyller hverandre på en god måte, og det vil derfor være relevant at behandlere som skal jobbe med barn i sårbare situasjoner har kjennskap til begge teoriene. Det er også verdt å merke seg at det finnes mange teorier om helse. Jeg har imidlertid landet på disse to fordi jeg tenker de er mest relevante for det jeg ønsker å problematisere i denne oppgaven.

Borge (2018) legger frem at *resiliens* kan forstås som motstandskraft og dreier seg om god fungering til tross for erfaringer med alvorlig risiko. Halvparten av alle barn som blir utsatt for risiko utvikler psykiske problemer, tilsvarende greier annethvert barn som blir eksponert for risiko seg bra (Borge, 2018, s. 11). Kunnskap om resiliens gir helsepersonell et bedre grunnlag for å styrke sider hos disse barna og familiene deres, og kan bidra til å danne et grunnlag for helsebringende tiltak (Borge, 2018, s.35). I motsetning til tidligere resiliensforskning som har blitt kritisert for å vektlegge individuelle egenskaper i barnet, retter nyere forskning fokuset mot sammenhenger mellom individ, miljø og samfunn (Førde, 2014). Det er den nyere forståelse av resiliens som vektlegges i denne oppgaven.

Beskyttelsesfaktorer bidrar til resiliens, og reduserer virkningene av risiko, stress og belastninger i miljøet som kan gjøre stor skade på individet (Borge, 2018, s. 40). Waaktaar og Christie (2008) har foretatt en gjennomgang av litteraturen omkring resiliens og trekker frem tre hovedkategorier av faktorer som oftest nevnes i studier av barn som klarer seg på tross av belastninger: egenskaper ved barnet selv, kjennetegn ved barnets familiesituasjon og barnets nettverk. Individuelle faktorer knyttes blant annet til opplevelse av sammenheng og mestring. Familiemessige resiliensfaktorer kan være fastere strukturer, regler, rutiner og grenser (ibid).



Teori om salutogenese ble utviklet av Aaron Antonovsky og fokuserer i likhet med resiliensteorien på faktorer som bidrar til god helse (Ruud, 2021). Antonovsky (2005, s.31) hevder at det finnes *grader* av helse og den salutogenetiske tenkningen vektlegger faktorer som fremmer bevegelse mot den friske siden av skalaen. Videre beskriver Antonovsky (2005, s. 43) *opplevelse av sammenheng* som en avgjørende helsebringende faktor og han trekker frem tre sentrale komponenter for en sterk opplevelse av sammenheng: *begripelighet*, *håndterlighet* og *meningsfullhet*. Personer med sterk opplevelse av sammenheng i eget liv har i større grad evne til å velge mestringsstrategier som er hensiktsmessige, og dette vil igjen påvirke helsen positivt (Antonovsky, 2005) Det er relevant at behandlere i TSB kjenner til beskyttelsesfaktorer og at disse legges til grunn for arbeid med barn og familier.

### **3.3 Systemisk forståelse og familieorientert rusbehandling**

Det mekanistiske paradigme fremhever delene framfor helheten, og gjennom mekanistisk tenkning søker en å forstå et problem ved å lete etter årsaker til at problemet oppstod (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 65). Et motstykke til dette er det systemiske paradigmet. I motsetning til den lineære årsak-virkning-tenkningen, er det systemiske et feedback-paradigme (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 72). En systemisk forståelse tar utgangspunkt i at alle er en del av et system, som igjen er en del av en større helhet, det finnes altså ingen posisjon utenfor et system (ibid). Jensen & Ulleberg (2019) peker på Gregory Bateson som en viktig teoretiker innen system- og kommunikasjonsteori. Han fremhever viktigheten av en sirkulær forståelse av samspill, noe som innebærer forståelsen av at alle deltakerne i et system er i en *gjensidig relasjon* (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 104). Det er poeng at en i lys av systemteori tar sikte på å søke svar på problemet i relasjoner, fremfor å se etter løsninger *i* personen (Lorås & Ness, 2019). I praksis vil den systemiske forståelsen innebære en vektlegging av kommunikasjon, relasjoner og samspill (Jensen & Ulleberg, 2019).

En behandlingsmetode som legger systemisk tenkning og familieperspektivet til grunn er familieorientert rusbehandling. Metoden stammer fra en systemisk tilnærming og vektlegger en forståelse der en ser relasjonelt og økologisk på mennesket som skal hjelpes (Lorås & Ness, 2019). Andersen (2012, s. 415) forteller at det eksisterer ulike “retninger” av familieorienterte behandlingsmetoder. En retning vektlegger hovedsakelig rusmisbruket og hvordan dette påvirker familiefunksjonen, herunder er målet å redusere rusbruken og forbedre familiemedlemmenes funksjonsnivå gjennom å tilby behandling til både pasienten og øvrige familiemedlemmer (ibid). En annen retning setter i større grad barnet i fokus og et mål er å

redusere konsekvensene det har for barn å være pårørende. Tilnærminger til å oppnå målet blant annet være å lære barna ulike mestringsstrategier for å håndtere belastningene relatert til foreldrenes rusbruk, eller å ta i bruk metoder hvor man ved å jobbe med foreldrefunksjonen indirekte kan redusere belastningene på barna (Andersen, 2012, s.416).

Lindgaard (2015, s. 67) peker på elementer som er sentrale uavhengig av familieorientert behandlingsmetode. Sentralt er blant annet å gjenopprette familiens struktur og å arbeide for en bedre kommunikasjon i familien. Et tredje sentralt element er *psykoedukasjon*, som handler om å gi økt kunnskap og utvikle forståelse knyttet til foreldreskap, familiesamspill, barnets utvikling og behov, samt en generell forståelse av hva rusproblemer er og hvordan det påvirker forelderen (ibid). En type familieintervensjon som kan benyttes dersom en skal drive familieorientert arbeid og/eller psykoedukasjon er barne- og familiesamtaler. Samtalene tar med mer sikte på å gi informasjon og støtte, og innbefatter både foreldresamtaler, individuelle samtaler med barn og familiesamtaler med hele familien samlet (Osen, Relling, Overvik & Glørstad, 2019). Det er et sentralt mål i familieorientert rusbehandling å gi helhetlig støtte til familien og er følgelig en relevant tilnærming når målet er å hjelpe barnet og forelderen.

## 4.0 LITTERATUR

### 4.1 Kontekstbeskrivelse

Rusreformen i 2004 overførte ansvaret for behandling av personer med rusmiddelproblemer fra fylkeskommunen til staten ved de regionale helseforetakene, og rusbehandling ble med dette en del av spesialisthelsetjenesten. Resultatet av dette ble tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Et viktig aspekt ved denne endringen var at personer med alvorlig rusmiddelavhengighet fikk lovbestemte pasientrettigheter (Helsedepartementet, 2004). De siste årene har behandlingstiltak innen TSB i større grad inntatt et familieperspektiv. Det fremkommer av retningslinjer og veiledere at familie bør involveres i behandling og at dette kan være fordelaktig for ivaretagelsen av både pasient og pårørende (Helsedirektoratet, 2012; Helsedirektoratet, 2014; Helsedirektoratet, 2016).

Pasientrettighetene gir blant annet pasientene en rett til å bestemme over egen behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I 2010 fikk barn som pårørende rettigheter etter helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven, se kapittel 1.1. Pårørendeveilederen slår fast at pårørende uansett skal få tilbud om generell informasjon, men at pårørende ikke kan involveres ytterligere uten pasientens samtykke (Helsedirektoratet, 2017). Lovendringene medfører en omstilling fra spesialisthelsetjenestens *individfokus* på den voksne pasienten, til et utvidet *familieperspektiv* (Osen et al., 2019). Med bakgrunn i dette har behandlere et komplekst ansvar som innebærer å sørge for at både pasientens rett til å bestemme over egen behandling og barnets rett på informasjon og oppfølging blir ivaretatt.

### 4.2 Skam og skyld

Flere studier peker på skam som en belastning for barn som har foreldre med rusmiddelproblemer (Delås, 2015; Kufås, Faugli & Weimand, 2015; Kufås, Billehaug, Faugli & Weimand, 2017). Andersen (2012, s. 405) peker på at følelser av skyld og skam ofte er knyttet til rusmiddelproblemer, og at slike følelser også finner sted hos barna. Lauritzen (2018, s.369) understreker at der det ikke blir gitt informasjon rundt foreldrenes tilstand, vil barna utvikle en skam- og skyldfølelse som ikke har rot i virkeligheten. Skårderud (2001, s. 46) legger frem skam og skyld som hemmende for sosial samhandling. Videre presenteres *skam* som en følelse som definerer oss som personer og som rokker ved hele *selvet*. Det innebærer følelsen av å være mislykket og verdiløs, og kan med dette sies å være en destruktiv følelse (ibid).

Weston (2010) legger frem ulike former for skam. Det mest vesentlig når en snakker om familier og rus er *den kulturelle påførte skammen*, og denne formen for skam oppstår når man ikke følger samfunnets kulturelle normer og verdier. Wangensteen et al. (2019, s. 12) trekker frem at mange foreldre med rusmiddelproblemer ikke lever opp til samfunnets foreldreskapsidealer og som en konsekvens opplever mange av familiene stigma og skam. En studie av barn i familier med alkoholproblemer fant at barna følte sterk skam på bakgrunn av at de så at foreldrene ikke møtte de kulturelle normene som samfunnet krevde av dem (Delås, 2015).

Foreldre med alkoholproblemer snakker sjeldent med barna om sine problemer, og barna får heller ikke snakke med andre om problemene, derav lærer ikke barna å beskrive eller forstå egne følelser (Delås, 2015). I et forsøk på å mestre situasjonen tar barn ofte på seg skyld og ansvar for foreldrenes rusbruk (Amundsen & Melkeraaen, 2015). Barn benytter ofte benektelse, bortforklaringer og hemmeligholdelse som mestringsstrategier for å takle vanskelige følelser (Andersen, 2012). Skam og hemmeligholdelse kan føre til at barna ikke får eller søker den støtten de trenger (Delås, 2015). Skam og skyld preger hele familiesystemet. Det er derfor sentralt at det tas sikte på å tematisere slike følelser når en jobber ut fra familieorienterte metoder.

### **4.3 Medavhengighet**

Når pårørende over tid setter egne ønsker og behov til siden og retter all oppmerksomhet mot den som er avhengig, oppstår det som omtales som medavhengighet (Lauveng, 2020, s. 153). Medavhengige bruker mye tid og krefter på å få den andre til å endre seg. Dette kan blant annet innebære ulike former for kontroll eller handle om å dempe negative konsekvenser av misbruket (ibid). Trambacz (2009, s.105) legger frem at medavhengiges egne behov underordnes behovet for kontroll, samtidig som den avhengige føler seg kontrollert. Medavhengighet forsterker dermed begge parters atferd og resultatet er et fastlåst samspill (ibid). Det at den medavhengige forsøker å dempe konsekvensene av misbruket kan føre til at rusbrukeren ikke får et innblikk i de reelle konsekvensene av avhengigheten (Trembacz, 2009, s.106). For barn kan dette blant annet utspille seg i hemmelighold av familiens problematikk og av egne følelser. Medavhengighet kan betraktes i lys av systemteori og vektlegger forståelsen av at forelderens problem kan bidra til å gjøre hele familien skadelidende. Det er derfor viktig at behandlere er klar over dette som en mulig konsekvens av å vokse opp i familier med rusmisbruk og følgelig ikke få nok støtte og oppfølging.

#### 4.4 Begrensninger for involvering av pårørende

Flere av artiklene tar utgangspunkt i at endringene i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesten har gitt barn som pårørende viktige rettigheter, og at disse endringene er et steg i riktig retning når det kommer til ivaretagelse og involvering av pårørende i spesialisthelsetjenesten (Ellingsen, Studsrød & Ursin, 2019; Hjelmseth & Aune, 2018; Kalsås, Selbekk & Ness, 2020; Lauritzen, 2018; Selbekk & Sagvaag, 2016; Wangensteen et al., 2019). Det er også bred enighet om at barne- og familieperspektivet er viktig i rusbehandling (Kalsås, et al., 2020; Lee et al., 2012; Selbekk & Sagvaag, 2016; Wangensteen et al., 2019). Dog er det et fellestrekk at disse endringene ikke implementeres i det praktiske arbeidet i tilstrekkelig grad. Funn i flere studier viser dessverre at arbeidet med å involvere pårørende fremdeles er mangelfull (Hjelmseth & Aune, 2018; Kalsås et al., 2020; Lauritzen, 2018; Selbekk & Sagvaag, 2016; Wangensteen et al., 2019). Til tross for dette fant Ellingsen et al. (2019, s. 113) at sosialarbeiderne har en økt oppmerksomhet på barn, og at barn har fått en sterkere posisjon både som rettighetssubjekt og som pårørende.

Studiene kaster lys på en rekke begrensninger for involvering av barne- og familieperspektivet i rusbehandling. Det vil ikke være anledning til å gå inn på alle disse i denne oppgaven. Jeg velger derfor å trekke frem de jeg anser som mest vesentlige. En studie av Lee, Christie, Copello & Kellett (2012) identifiserer muligheter og barrierer knyttet til behandler, pasient og organisering. Wangensteen et al. (2019) finner at barn av pasienter i TSB i liten grad ble invitert til barne- og familiesamtaler, og presenterer i likhet med studien over begrensninger på tre nivåer. Studien konkluderer med at den kulturelle skammen knyttet til foreldreskap og rus kan være en sentral faktor når det kommer til å forklare omtalte begrensninger. Videre finner en studie av Hjelmseth & Aune (2018) at barneansvarlige stadig møter på tidspress og at foreldre ofte vegrer seg for å involvere barna sine i behandling.

Studiene finner ulike årsaker til at arbeidet med å involvere pårørende er utfordrende. Først og fremst ser ut til å være en begrensning at forventninger og føringer for pårørendeinvolvering ikke samsvarer med faktisk praksis (Lee et al., 2012; Selbekk & Sagvaag, 2016; Wangensteen et al., 2019). Videre avdekker flere studier at det etablerte individfokuset i behandlingen ser ut til å være en begrensning for implementeringen av familiearbeidet (Kalsås et al., 2020; Selbekk & Sagvaag, 2016). Manglende tid og ressurser trekkes også frem som en ytterligere begrensning (Lee et al., 2012; Selbekk & Sagvaag, 2016; Wangensteen et al., 2019). Ikke nok med det peker Selbekk & Sagvaag (2016) og

Lauritzen (2018) på dagens finansieringsordning som en forklaring på hvorfor det er utfordrende å endre praksis. En gjennomgående tematikk i flere av studiene er dessuten at barns rettigheter som pårørende avhenger av foreldrenes samtykke (Ellingsen et al. 2019; Selbekk & Sagvaag, 2016; Wangensteen et al., 2019). Samtidig avdekker flere studier årsaker til at foreldre ikke ønsker å involvere barnet i behandlingen, og at de av den grunn ikke samtykker til barnets deltakelse (Hjelmseth & Aune, 2018; Lee et al., 2012; Wangensteen et al., 2019).

## 5.0 DISKUSJON

Denne oppgaven tar sikte på å besvare *hvorfor det er viktig å involvere barn av foreldre med rusproblematikk i tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. I forlengelsen av dette undersøkes det *hvilke begrensninger og muligheter behandlere kan støte på i dette arbeidet*. Først vil jeg se på årsaker til hvorfor barn som pårørende bør involveres i behandling. Deretter diskuteres det hvordan ulike begrensninger for arbeidet med å involvere barn kan brytes ned, samtidig som blikket rettes mot hvilke muligheter som finnes. Herunder vil det være sentralt å se på tiltak som kan være nyttige i arbeidet med å sikre at barn som pårørende får den informasjonen og støtten de trenger, samt at familien som en helhet blir ivaretatt.

### 5.1 Hvorfor er det viktig å involvere barnet i behandling?

«Det barn ikke vet, har de ikke vondt av» er et velkjent argument til hvorfor barn ikke skal involveres i behandling når foreldrene har et rusproblem. Lauritzen (2018) avviser den gammeldagse tankegangen om at barn bør «skånes» og legger frem at barn ofte lager egne forklaringer på problemer dersom barnet ikke blir gitt informasjon. Dette understrekes av Wangensteen & Jansen (2021) som påpeker at barnet ofte opplever situasjonen som u håndterlig når voksne unngår å snakke om et tema. Det er et sentralt poeng at barn ofte får med seg mer enn det vi voksne tror. Som et resultat av dette kan vi med sikkerhet si at nevnte argument er svakt, og mye tyder på at «det barn ikke vet, *har* de vondt av». Barn trenger derfor informasjon om hva som skjer og de har behov for å vite noe om foreldrenes rusproblem.

Beskyttelsesfaktorer fra resiliensteori og Antonovskys teori om salutogenese legger frem opplevelse av sammenheng som en viktig faktor for utvikling av god helse (Antonovsky, 2005; Waaktaar & Christie, 2008). Barn som har foreldre med rusproblematikk sitter ofte med mange ubesvarte spørsmål. Blant annet fordi skam-følelser hos foreldre og barn ofte legger et lokk på det som er vanskelig og gjør at problemet blir et ikke-tema både i familien og utenfor (se kapittel 4.2). Med utgangspunkt i det som er påpekt i avsnittet over er det sentralt at barn blir gitt informasjon om situasjonen de står i. Ruud (2021, s. 209) presenterer at barn har behov for informasjon som gjør det mulig å knytte mening til det de opplever.

*Meningsfullhet* i følge Antonovsky (2005, s. 46) dreier seg om en forståelse av en kobling mellom indre følelsesliv og ytre belastninger. Informasjon om foreldrenes rusproblematikk og hvordan dette kan påvirke barnets følelsesliv vil ha positiv effekt på barnets opplevelse av mening. Videre vil økt meningsfullhet styrke opplevelsen av situasjonen som *begripelig*,

dette med bakgrunn i at denne komponenten referer til at indre og ytre stimuli oppleves som logisk og håndterlig (Antonovsky, 2005, s. 44). Dypere forståelse av hvordan foreldrenes problematikk påvirker barnet vil kunne avskrive følelser som logiske. Den tredje og siste komponenten som er viktig for sterk opplevelse av sammenheng er *håndterbarhet*, det innebærer motivasjon til og troen på å takle utfordringer (Antonovsky, 2005, s. 45). Det er et faktum at større grad av mening og begripelighet vil kunne avdekke ressurser i barnet og dermed medføre sterkere motstandsdyktighet.

Haugland (2012, s. 94) legger frem at informasjon kan bidra til sekundær kontroll, noe som innebærer en opplevelse av kontroll basert på å forstå hva som skjer. Ruud (2021, s. 87) forteller at økt kontroll gir en følelse av å håndtere vanskene på en selvstendig måte og dernest gir en følelse av mestring. Waaktaar & Christie (2008, s.20) legger frem mestring som en sentral beskyttelsesfaktor fordi mestring, i form av kontroll over eget liv, øker følelse av egenverd og selvstendighet. Det er derfor betydningsfullt at det blir lagt til rette for praksiser som ivaretar barnets behov for tilstrekkelig informasjon om foreldrenes situasjon da dette kan bidra til å styrke opplevelse av sammenheng og mestring hos barnet, og dernest utvikling av resiliens. Et viktig poeng er følgelig at behandlere har kunnskap om beskyttelsesfaktorer slik at de har bedre grunnlag for å styrke sider hos barna og familiene deres (Borge, 2018).

Foruten å gi barn informasjon om foreldrenes situasjon er en sentral årsak til hvorfor det er viktig å involvere barn i behandling at barn ofte har behov for å snakke om, og sette ord på følelser. Dette med bakgrunn i at barn i rusbelastede familier ofte er bærere av skyld og skam (Andersen, 2012). Delås (2015) fant at den kulturelle påførte skammen var en tungtveiende årsak til skam blant barn i familier med alkoholproblemer. Skammen fører ofte med seg et ønske å om skjule problematikken og resultatet er tilbaketrekning (Skårderud, 2001, s. 38). Ulempen er at dette øker tabuet innad i familien og kan resultere i at foreldrenes skam knyttet til egen rusavhengighet overføres til barnet (Wangensteen et al., 2019). Barn som ikke får snakket om følelsene de sitter inne med risikerer at tankene utspiller seg i kroppslig ubehag (Skårderud, 2001). Dette samsvarer med Delås (2015, s. 303) som fant at skammen kunne slå rot som en psykisk smerte i kroppen. Dette tyder på at det foruten om informasjonssamtaler som tar sikte på å forklare, bør gjennomføres samtaler som har som mål å redusere vanskelige følelser og som åpner opp for å tematisere rusproblemene.



På en annen side er det essensielt at behandlere er klar over konsekvenser som kan oppstå som et resultat av at barnet *ikke* får støtte til å håndtere det som er vanskelig. Barn som opplever en situasjon som *uhåndterlig* kan som en mestringsstrategi ta på seg skyld og ansvar for foreldrenes situasjon (Amundsen & Melkeraaen, 2015, s.30). Videre står barnet i fare for å nedprioritere egne behov og til gjengjeld rettes oppmerksomheten mot å endre og/eller kontrollere forelderen, såkalt *medavhengighet* (Lauveng, 2020, s.153). Ugunstige mestringsstrategier som å påta seg skyld og medavhengighet er vanlig hos barn som har foreldre med svekkede foreldrefunksjoner (se kapittel 3.1). Behandlere bør derfor kjenne til ulike mestringsstrategier slik at kan støtte barnet i å finne andre og mer hensiktsmessige alternativer. Andersen (2012, s. 416) legger frem at familieorienterte behandlingsmetoder som har som mål å redusere innvirkning og skade på barn vil være en sentral tilnærming når behandlere skal hjelpe barnet i å håndtere belastende situasjoner. Det å avhjelpe medavhengighet hos barnet vil følgelig ha betydning for at forelderen skal få innblikk i de reelle konsekvensene av rusbruken (Trambacz, 2009, s. 406).

## **5.2 Familieorientert arbeid og familieintervensjoner**

Det faktum at rusproblemer er et sosialt og relasjonelt problem har blitt poengtert tidligere i denne oppgaven. Det er imidlertid verdt å merke seg at veien ut av rusproblematikken også kan forstås som en sosial og relasjonell prosess (Kalsås et al., 2020, s. 253). Wangensteen & Halså (2021) legger frem at relasjonelle bånd med familie ofte betraktes som viktig uavhengig av hvilken relasjon en har til sine familiemedlemmer, og belyser med dette betydningen av å gjenoppta kontakt med familien. Kalsås et al. (2020) påpeker at rusen ofte har erstattet behovet for gode relasjoner i lang tid og trekker frem reetablering av relasjoner som en viktig grunn til å jobbe familieorientert. I forlengelsen av dette peker Lindgaard (2015, s. 66) på at familieinteraksjon og økt foreldrekompetanse vil kunne fremme motstandskraft hos barna. Kalsås et al. (2020) legger frem at familiearbeid resulterer i endringer som ikke ville vært mulig med kun individuell behandling og at familiearbeidet gir langvarig effekt for både pasient og pårørende. Studien finner også at inkludering av pårørende styrker relasjoner i familien, samt at de ansattes forståelse av pasient og deres situasjon blir mer helhetlig, slik at de klarer å tilpasse behandlingen bedre (ibid). Lindgaard (2015) understreker at en årsak til å jobbe familieorientert er å få et mer nyansert bildet av rusproblemet og familiens situasjon. Familieorienterte praksis vil i så måte ha positive effekter på hele familien.

### 5.2.1 Samtaler med barn og familier

Tidligere avsnitt belyser viktigheten av at barn som pårørende bør involveres i behandlingen. Familieorienterte behandlingsmetoder og familieintervensjoner kan benyttes av behandlere for å sørge for at barnet blir invitert inn i behandlingen. En relevant tilnærming vil være familieorienterte metoder som ut ifra en systemisk forståelse søker å arbeide med rusproblemene og familiefunksjonen gjennom å arbeide med hele familien (Andersen, 2012, s. 406). En konkret familieintervensjon som kan brukes av behandlere er ulike former for samtaler. Familiesamtaler med barneperspektiv skal gi barn og foreldre informasjon om rusproblemene, samtidig som familien skal få hjelp til å *snakke sammen* om situasjonen sin (Helgeland, 2012, s. 188). Osen et al. (2019, s. 25) legger frem at det å invitere til samtaler hvor *både* barnet og forelderen deltar kan fungere som en døråpner for familien når det gjelder å begynne og kommunisere omkring det som er vanskelig.

Helgeland (2012) påpeker at en sentral hensikt med familiesamtaler er å fylle “hull” i barnas historier (narrativer) ved å etablere forbindelser mellom livshendelser og følelser slik at narrative oppleves som meningsfulle (Helgeland, 2012, s. 190). Gjennom å etablere nye, meningsfulle narrativer, vil barnet oppleve sammenheng i større grad, og det vil kunne resultere i at situasjonen blir lettere å mestre. En forutsetning for å få til dette er at barnet og foreldrene kan samarbeide om å fylle disse “hullene”. Osen et al. (2019, s. 39) presenterer at familiesamtaler kan bidra til å gjøre det lettere for familien å snakke om problemet ved at barn og foreldre får hjelp til å utarbeide et *felles språk* og en *felles forståelse* for det som er vanskelig. En større åpenhet om rundt problematikken kan med dette for øye bidra til å bryte ned skam og tabuer innad i familien.

Det er dessuten en utfordring at familier med rusproblemer ofte er preget av uforutsigbarhet. Familiens rutiner og ritualer brytes ned og som en konsekvens blir barnets behov for trygghet og tilhørighet tilsidesatt (Andersen, 2012). Barnet må ofte ta på seg ansvaret for daglige gjøremål og dette oppleves som en stor påkjenning (Ruud, 2021). Waaktaar & Christie (2008, s. 22) trekker frem fastere strukturer, regler, ritualer og grenser som en beskyttelsesfaktor. Dette tyder på et behov for en avklaring av hva som er barnets ansvar og hva som er foreldrenes ansvar. Osen et al. (2019) legger frem barne- og familiesamtaler som en arena hvor det er mulig å ta opp tema som ansvar og roller innad i familien. En opprydning i hvem som har ansvar for hva vil en kunne medføre en større grad av orden i familiesystemet og dernest øke kontroll og mestring (Waaktaar & Christie, 2008). En viktig grunn til at behandlere bør involvere invitere til familiesamtaler er derfor at det skaper en arena hvor

familien kan snakke sammen og på den måten samarbeide om å finne løsninger som vil være hensiktsmessige for å skape endringer som er helsebringende for hele familien.

### **5.2.2 Foreldreveiledning og psykoedukasjon**

Familieintervensjon går ut på å intervensere barnet *indirekte* via foreldrene og vil med utgangspunkt i en systemisk forståelsesramme være av betydning for hele familien.

Som påpekt i kapittel 3.1, påvirker inntak av rusmidler ofte foreldrefunksjoner. En relevant tilnærming til å jobbe familieorientert med nevnte hensikt er å ta i bruk metoder hvor man ved å jobbe med *foreldrefunksjoner* kan redusere belastningene for barna (Andersen, 2012). Det er sentralt å påpeke at bruk av rusmidler ikke automatisk gjør en til en dårlig forelder, men det vil likevel påvirke foreldrefunksjonen i forskjellig grad (Haugland, Tronsen, Gjesdahl & Bugge, 2015).

Foreldreveiledning tar sikte på å sette søkelys på foreldrerollen og barnas situasjon, for å hjelpe foreldrene til å bli bedre støttespillere for barna sine (Wangensteen & Jansen, 2021). Som sett i kapittel 3.4 legger Lindgard (2015) frem *psykoedukasjon* som et viktig element i alle former for familieorientert behandling. Lauritzen (2018) presenterer at det å styrke foreldrefunksjoner gjennom psykoedukasjon dreier seg om å bevisstgjøre foreldrene på hva barna har behov for. Psykoedukasjonen innebærer også å gi kunnskap om barns utvikling og sårbarhet (Lindgaard, 2015, s. 67). Dette kan brukes for å gi foreldrene større innsikt i egen problematikk, samt hvordan denne har innvirkning på barnets utvikling. Videre er psykoedukasjon nyttig i arbeidet med å øke mentaliseringsevne hos forelderen, dette fordi økt mentalisering setter forelderen i bedre stand til å bistå barnet i føleleseregulering (Arefjord & Karterud, 2012). Tematisering av barnet og foreldrerollen i behandling er en måte å involvere barnet i behandlingen som vil kunne ha positiv effekt på barnets helse uten at barnet trenger å være direkte involvert. Dette er spesielt betydningsfullt i de tilfeller hvor foreldrene ikke samtykker til å involvere barnet i behandling, men fremdeles sier seg villig til å tematisere foreldrerollen.

### **5.3 Begrensninger og muligheter i arbeidet med å involvere pårørende**

Tidligere diskusjoner i oppgaven fremhever viktigheten av at barnet involveres i behandling og legger til grunn at dette har positiv påvirkning for hele familien. Som presentert i kapittel 4.4, viser forskning at implementeringen av dette arbeidet i praksis er krevende og det avdekkes en rekke årsaker til hvorfor. Første begrensning dreier seg som at foreldre kvier seg for

å involvere barna i behandlingen. Det er nødvendig å sette spørsmålstegn ved hvorfor. Wangensteen et al. (2019) peker på at pasientene opplevde det som nyttig å få veiledning knyttet til foreldrerollen, men de ønsket likevel ikke å invitere barne- eller familiesamtaler. Dette med bakgrunn i redselen for at behandlere ikke skulle ivareta barna tilstrekkelig og skammen over å ikke lykkes som foreldre (Wangensteen et al., 2019, s.10). En annen begrensning knyttes til frykten for å involveres barnevernet (Wangensteen et al., 2019; Hjelmseth & Aune, 2018). Behandlere har en avgjørende oppgave i å bryte ned begrensninger som hindrer at barna involveres. En mulighet vil være å gi tilstrekkelig med informasjon slik at usannheter avvises.

Når foreldre vegrer seg for å involvere barna i behandling er det desto viktigere at behandlere ser muligheter, og ikke begrensninger. Ellingsen et al. (2019) legger frem at behandlere i TSB ikke har mandat til å stille krav, således blir det viktig å *motivere* foreldrene til å involvere barna i behandling. Det er rimelig å anta at foreldre vil det som er best for barnet sitt og dermed vil informasjon om nytten i å involvere barnet være en motivasjon i seg selv. Dette bør ses i sammenheng med Hjelmseth & Aune (2018) som legger frem manglende kunnskap og forståelse for hvordan egen lidelse påvirker barna som årsak til at foreldrene ikke ønsket å tematisere barna og foreldrerollen. Videre legger Bergem (2018) frem at foreldre som får nødvendig informasjon og veiledning om de belastninger barn kan oppleve når foreldre har rusmiddelproblemer, i større grad ønsker å involvere barnet. Tematikken vil med dette være sentral å ta opp i samtaler med pasienten, herunder vil psykoedukasjon være en nyttig tilnærming til å øke foreldrenes kunnskap om problematikkens betydning for barnet.

Det kan se ut til at behandleres usikkerhet knyttet til egne kunnskaper og ferdigheter gjør at arbeidet nedprioriteres. Osen et al. (2019, s.22) peker på at usikkerhet rundt det å samtale med barn i vanskelige livssituasjoner ofte en årsak til at barne- og familiesamtaler ikke gjennomføres. I likhet med dette finner studier at behandlere ser ut til å bli skremt av familieperspektivet og at de vegrer seg for å ha samtaler med barn og familier (Lee et al., 2012; Wangensteen et al., 2019). Lee et al. (2012) presenterer at behandlere mangler selvtillit for å drive med familieorientert arbeid. Dette knyttes blant annet til tanken om at familiearbeid forutsetter spesialiserte ferdigheter og kunnskaper. Osen et al. (2019, s.23) legger frem *sekundær traumatisering*, det vil si smerten som følger av å være vitne til barns belastninger, som en ytterligere årsak til at behandlere vegrer seg for å snakke med barn. For å beskytte seg selv velger behandlere derfor å unngå kontakt med barna, og begrunner dette

med andre årsaker (ibid). Familieorientert arbeid oppleves som belastende for behandlerne og det blir med dette viktig å undersøke hva som skal til for å trygge behandlere i arbeidet.

Gjeldende føringer for arbeid med barn som pårørende og den manglende implementeringen i praksis tyder på et gap mellom teori og teori i praksis. Wangensteen et al. (2019) legger frem at behandlere hadde god forståelse av barnas behov for informasjon og oppfølging, men de ønsket mer opplæring og veiledning for å bli trygge i arbeidet. Selbekk og Sagvaag (2016) fant i sin studie at behandlere sier at familieperspektivet er viktig, men at det følges opp i ulik grad. Det er problematisk at ansvaret knyttet til det å gjennomføre samtaler med barn i stor grad er lagt til hver enkelt behandler, og at dette ansvaret kan "velges bort". Kalsås et al. (2020) legger frem at behandlere i stor grad forsøker å få til samtaler med pårørende, men at det er opp til hver enkelt å prioritere dette. En konsekvens av at det ikke er nedfelt i behandlingens struktur at pårørende skal delta, er at lovgivningen som skal ivareta barn som pårørende ikke realiseres i praksis.

En mulighet vil være å sørge for at behandlere blir gitt tilstrekkelig med kunnskap og opplæring. Her vil det være et mål at behandlere blir trygge i arbeid med barn og familier, samt at de får tilstrekkelig med kunnskap om *hvorfor* barnet bør involveres. Økt kunnskap gir høyere selvtillit og kan resultere i at behandlere legger inn en større innsats for å integrere familieperspektivet i praksis. Det vil også være viktig med veiledning og oppfølging da denne typen arbeid kan oppleves som belastende. Et annet spørsmål en kan stille seg er om det bør være så lett å "slippe unna" en lovhjemlet som §10a (Helsepersonelloven, 1999). Lauritzen (2018, s. 372) foreslår at myndigheten bør legge større press på at lovbestemmelsene følges. En mulighet kan med utgangspunkt i dette være at myndighetene pålegger helsepersonell en plikt som i enda større grad sikrer barnets behov og rettigheter. Jeg tenker det er sentralt at behandlere først og fremst jobber for å implementere familieperspektivet i praksis. Det kan tenkes at dersom behandlere jobber med å involvere barn og familier i behandling og dette gir gode resultater, vil myndighetene se at dette er en nyttig måte å jobbe på og dermed i større grad tilrettelegge for slike praksiser.

Hensikten med å invitere til barnesamtaler er som oftest å gi informasjon. Med utgangspunkt i en systemisk forståelse, som vektlegger relasjoner mellom mennesker, vil det være relevant å tenke at barn og øvrig familie kan være en del av løsningen på rusproblemet. Selbekk og Sagvaag (2016) finner i sin studie at behandlere ofte velger å ivareta barn individuelt fordi dette er enklere. Behandlere bør i større grad integrere systemisk tenkning å ta sikte på og

invitere til samtaler med familien samlet. En sentral årsak til dette er at familiesamtaler åpner opp for at alle parter kan uttrykke hvordan de opplever situasjon (Osen et al. 2019). Det kan være fordelaktig ved at det gir pasienten en ny forståelse av hvordan egen atferd påvirker familien, og omvendt. Ofte ligger problemene i samspillet *mellom* familiemedlemmene og ikke i enten barnet eller forelderen. Derfor er det viktig at familien samles og at får snakket *sammen* om problemet.

Frem til nå har jeg hovedsakelig undersøkt begrensninger på pasientnivå og behandlernivå. Det er imidlertid også relevant å se på hva hvilke overordnede faktorer som påvirker holdninger og vanskeliggjør endringer for den enkelte. Lauritzen (2018) kritiserer hvordan dagens finansieringsordning påvirker praksis. Denne baserer seg på klientkontakt, det vil si at samtaler med familiene ikke gir økonomisk uttelling da barn av pasientene ikke regnes som klienter (Lauritzen, 2018, s. 370). Involvering av familiemedlemmer i konsultasjoner krever mer videre flere menneskelige ressurser. For å sikre kvaliteten på arbeidet fordrer det blant annet god planlegging og at flere enn én behandler deltar i samtalen (Selbekk & Sagvaag, 2016, s. 1067). Det er paradoksalt at økonomisk gevinst skal få forrang for kvaliteten på tjenesten. Lee et al. (2012) hevder at det er nødvendig å utfordre tanken om at familiearbeid er mer ressurskrevende. Det kan tenkes at behandling til en hele familie samtidig vil være mer kostnadseffektivt enn om hvert enkelt familiemedlem skulle fått behandling hver for seg, om så dette er i TSB eller i andre instanser.

Manglende tid ser også ut til å være en begrensning for arbeidet. Hjelmseth & Aune (2018) og Wangensteen et al. (2019) fant at rollen som barneansvarlig kun ble lagt på toppen av det vanlige arbeidet og at oppgavene derfor ikke ble prioritert i en travel hverdag. Det er problematisk at de barneansvarlige ikke blir gitt tilstrekkelig med ressurser til å utføre sine arbeidsoppgaver da de barneansvarlige har et overordnet ansvar for å fremme barnets behov (Helsedirektoratet, 2020). Følgelig kan konsekvensen være ringvirkninger som resulterer i at barne- og familieperspektivet blir nedprioritert i behandlingsinstitusjonen. Selbekk & Sagvaag (2016) finner at behandlere blir overveldet av alt de har å gjøre og som et resultat blir barne- og familieperspektivet tilsidesatt. Behandlere har alle mye å gjøre, og det kunne vært positivt om de barneansvarlige tok et overordnet ansvar for arbeidet. Det er imidlertid behov for støtte fra ledelse, samt organisatoriske endringer som gir de barneansvarlige rom og mulighet til å ivareta barn som pårørende.

Flere studier peker på problematikken ved at forelderen har makt til å bestemme hvorvidt barnet skal involveres eller ikke (se kapittel 4.4). Selbekk & Sagvaag (2016) legger frem at et viktig argument for innføringen av rusreformen var pasientens rett til å bestemme over egen behandling, herunder retten til å velge om barnet skal involveres i behandling eller ikke. Ellingsen et al. (2019) hevder at barn har fått en sterkere posisjon som rettighetssubjekt i samfunnet og viser blant annet til at pårørende barn har fått egne rettigheter. Det er videre relevant å sette spørsmålsteget ved hvorfor foreldrenes samtykke er en forutsetning for at barn som pårørende skal få oppfylt sine rettigheter. Selbekk & Sagvaag (2016) trekker frem en diskurs som ser rusproblemer som et sosialt og relasjonelt fenomen, og som vektlegger betydningen av en praksis hvor hele familien inkluderes. På den andre siden ser det ut til at pasientens rettigheter er med på å opprettholde et individfokus i behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Det er viktig at pasients autonomi ivaretas, men er det rettferdig at ubehagelig følelser hos pasienten skal gå på bekostning av hva som er til barnets beste? Det er også paradoksalt at lovverket tilsynelatende setter krav til rettigheter som går på bekostning av hverandre. Denne diskusjonen er imidlertid kompleks og vanskelig. Det vil ikke være et mål å besvare følgende spørsmål i denne oppgaven. Når det er sagt er det betydningsfullt å være oppmerksom på dette som en begrensning for arbeidet.





## 6.0 AVSLUTNING

Barn som pårørende fikk i 2010 lovfestede rettigheter. I tiden etterpå har familieperspektivet i spesialisthelsetjenesten og i helsesektoren for øvrig fått større oppmerksomhet. Denne oppgaven tar sikte på å belyse viktigheten av at barn av foreldre med rusproblematikk blir involvert i TSB. Oppgaven har i forlengelsen av dette rettet søkelyset mot hvilke begrensninger og muligheter behandlere kan støte på i arbeidet med å involvere barna. For å belyse problemstillingen har jeg anvendt litteratur som tydeliggjør konsekvenser av å ha foreldre som ruser seg. Blant annet setter svekkede foreldrefunksjoner barna i en sårbar posisjon og som en følge er det essensielt at barna blir ivaretatt av noen andre. I den hensikt er det relevant at behandlere har kunnskap om faktorer som fremmer god helse til tross for belastninger, og at disse legges til grunn for arbeidet med barnet og familien. For å forstå aktualiteten av å involvere barn i behandling har oppgaven betrodd seg på systemteori, og teoriens vektlegging av en sirkularitet. I lys av en systemisk forståelsesramme vil det ikke være tilstrekkelig å kun behandle vedkommende med rusproblematikk, følgelig er det sentralt av familie involveres.

Familieorientert arbeid har betydning fordi metodene tar sikte på å gå vekk fra individuelle praksiser. Rusproblemer er relasjonelle og sosiale problemer, nettopp derfor er det behov for relasjonelle og sosiale løsninger. Et betydningsfullt funn er at involvering av barn ser ut til å ha positive effekter for familien som helhet og for behandlernes kvalitet på arbeidet. Til tross for at barn som pårørende de siste årene har fått høyere status avdekker mye av forskningslitteraturen begrensninger som gjør arbeidet med å involvere barn og familie krevende. Dette tyder på behov for endringer fra flere hold. Blant er manglende kunnskap hos behandlere og vegring for å utføre familiearbeid fremtredende årsaker i flere av studiene (se for eksempel Selbekk & Sagvaag, 2016). En større satsing på kompetanse og veiledning blant helsepersonell i forhold til arbeid barn og familier kan være formålstjenlig. I dette inngår et behov for opplæring i familieorientert arbeid og et behov for økt kunnskap om barnets og familiens behov når et eller flere familiemedlemmer har et rusproblem. Videre tyder forskningslitteraturen på at endringer på organisatorisk nivå er en forutsetning for at dette skal kunne realiseres (Wangensteen et al., 2019).

### 6.1 Avsluttende refleksjoner

Avslutningsvis vil jeg gjerne komme med noen tanker jeg har gjort meg. Jeg setter blant annet spørsmålsteget ved hvorfor barn som pårørende og familieinvolvering ellers ikke er en

behandlingsmessig forpliktelse i TSB. Det er paradoksalt at organisatoriske og holdningsmessige barrierer skal gå utover barnets behov for informasjon og oppfølging. Jeg tenker derfor at en implementering av familieorientert arbeid og systemisk tenkning i ordinær praksis i TBS vil være hensiktsmessig. Kompetanseheving blant behandlere og en tilrettelegging for familiearbeid fra politisk hold vil kunne være tiltak som fremtidens rusfelt og samfunnet for øvrig drar nytte av. Dagens forskning avdekker i størst grad begrensninger, følgelig er det behov for forskning som i større grad undersøke hvilke *muligheter* som finnes. Helt til slutt er det sentralt å merke seg at det av ulike årsaker ikke alltid vil være hensiktsmessig å involvere barn og familier i rusbehandling. Der det passer seg bør det imidlertid være et mål å sørge for at familiemedlemmer får ta del i behandlingen.

## LITTERATURLISTE

- Amundsen, J. E. & Melkeraen, H. (2015). *Barn i rusbelastede familier. Erfaringer fra praktisk pårørendearbeid*. Kommuneforlaget.
- Andresen, N. E. (2012). Pårørende. I K. Lossius. (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (s.399-424). Gyldendal Akademisk.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Natur och kultur.
- Arefjord, N. & Karterud, S. (2012). Mentaliseringsbasert terapi i spesialisert rusbehandling. I K. Lossius. (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (s.222-249). Gyldendal Akademisk.
- Aveyard, H. (2010). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide* (2. utg.). Open University Press.
- Berg, B., Ellingsen, I. T., Levin, I. & Kleppe, L. C. (2015). Hva er sosialt arbeid? I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid. En grunnbok* (s. 19-35). Universitetsforlaget.
- Bergem, A. K. (2018). *Når barn er pårørende*. Gyldendal Akademisk.
- Borge, A. I. H. (2018). *Resiliens - risiko og sunn utvikling* (3.utg). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- 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>
- Det kongelige helsedepartementet. (2004). *Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. (Nr .I-8/2004) [Rundskriv]. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hd/rus/2004/0017/ddd/pdfv/205998-runds067.pdf>
- Ellingsen, T. I., Studsrød, I. & Ursin, M. (2019). Ivaretagelse av barns rettigheter i sosialt arbeid med familier. *Barn*, 37(3-4), 103-117. <https://doi.org/10.5324/barn.v37i3-4.3383>
- Fellesorganisasjonen. (2017). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere* [Brosjyre]. <https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- Førde, S. (2014, 5. april). *Å klare seg mot alle odds*. Psykologisk.no. <https://psykologisk.no/2014/04/a-klare-seg-mot-alle-odds/>

- Hansen, F. (2012). *Familieorientert rusbehandling. Hvordan inkludere familien inn i behandlingen. Hvordan kartlegge og vurdere barnas situasjon og hjelpebehov.* Borgestadklinikken Blå kors forlag.
- Haugland, B. S. M., Trondsen, M. V., Gjesdahl, S. & Bugge, K. E. (2015). På vei mot bedre støtte som pårørende. I B. S. M, Haugland., K. E, Bugge., M. V, Trondsen. & S. Gjesdahl. (Red.), *Familier i motbakke. På vei mot bedre støtte til barn som pårørende* (s.13-25). Fagbokforlaget.
- Helgeland, A. (2012). Familiesamtaler med barneperspektiv når mor eller far har en psykisk lidelse. I B. S. M. Haugland., B. Ytterhus. & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende* (s.185-201). Abstrakt forlag AS.
- Helsedirektoratet. (2010). *Barn som pårørende.* (Rundskriv 15-5/2010). [https://afasi.no/wp-content/uploads/sites/2/2017/01/Rundskriv\\_barn-som-parorende.pdf](https://afasi.no/wp-content/uploads/sites/2/2017/01/Rundskriv_barn-som-parorende.pdf)
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling.*  
[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/\\_/attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:b815d0887ae8ede1dff16fd16e4337e063ae0aaa/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:b815d0887ae8ede1dff16fd16e4337e063ae0aaa/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten.*  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2015). *Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Prioriteringsveileder.*  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb>
- Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet.*

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

Helsedirektoratet. (2017). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. [Veileder].

Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parendeveileder>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>

Hjelmseth, M & Aune, T. (2018). Uklare rammer gjør det vanskelig å ivareta barn som pårørende. *Sykepleien Forskning*, 13, (65521). [10.4220/Sykepleienf.2018.65521](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.65521)

Jensen, P. & Ulleberg, I. (2019). *Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis* (2.utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Kalsås, Ø. R., Selbekk, A. S. & Ness, O. (2020). “Jeg får et helt annet innblikk”: Fagpersoner erfaringer med familieorientert praksis i rusbehandling. *Nordic studies on alcohol and drugs*, 37(3), 243-261. <https://doi.org/10.1177%2F1455072520914207>

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).

Kufås, E., Faugli, A. & Weimand, B. (2015). *Barn og ungdom som har foreldre med rusmiddelproblemer - en kvalitativ levekårsstudie*. Helsedirektoratet.

Lee E. C., Christie, M. M., Copello, A. & Kellett, S. (2012). Barriers and enablers to implementation of family-based work in alcohol services: A qualitative study of alcohol worker perceptions. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 19(3), 244-252. <https://doi.org/10.3109/09687637.2011.644599>

Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid. Det landskapet vi er mennesker i*. Universitetsforlaget.

Levin, I. (2015). Sosialt arbeid som spenningsfelt. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid. En grunnbok* (s. 36-46). Universitetsforlaget.

Lindgaard, H. (2015). Foreldre med rusmisbruk - familieorientert behandling. I B. S. M, Haugland., K. E, Bugge., M. V, Trondsen. & S. Gjesdahl. (Red.), *Familier i motbakke. På vei mot bedre støtte til barn som pårørende* (s.65-78). Fagbokforlaget.

Lorås, L. & Ness, O. (Red.). (2019). *Håndbok i familieterapi*. Fagbokforlaget.

Lossius, K. (2012). Om å ruse seg. I K. Lossius. (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (s.23-39). Gyldendal Akademisk.

Lundberg, A. (2012). Hva er det med rusmiddelavhengighet som krever tverrfaglighet? I K. Lossius. (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (s.40-45). Gyldendal Akademisk.

- Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer. Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Fagbokforlaget.
- Osen, N. L., Relling, M., Overvik, M. & Glørstad, T. (2019). *Barne- og familiesamtaler når barn er pårørende. En praktisk håndbok for helsepersonell* (2.utg). Kommuneforlaget.
- Rienecker, L. & Jørgensen, P. S. (2013). *Den gode oppgaven. Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole* (2.utg.). Fagbokforlaget.
- Ruud, A. K. (2021). *Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og unge i utfordrende livssituasjoner* (2.utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Selbekk, A. S. & Sagvaag, H. (2016). Troubled families and individualised solutions: an institutional discourse analysis of alcohol and drug treatment practices involving affected others. *Sociology of Health & Illness*, 38(7), 1058-1073.  
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12432>
- Skårderud, F. (2001). Tapte ansikter. I T. Wyller. (Red.), *Skam. Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne* (s.37-52). Fagbokforlaget.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenester (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Torvik, F. A. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. (Rapport 2011:4). Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/publ/2011/barn-av-foreldre-med-psykiske-lidel/>
- Trembacz, B. (2009). *Vokset op med alkoholproblemer. Barndom og voksenliv - konsekvenser, motstandskraft og frigjørelse*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Waaktaar, T. & Christie, H. J. (2008). *Styrk sterke sider. Håndbok i resilience grupper for barn med psykososiale belastninger*. Kommuneforlaget.
- Wangensteen, T., Jansen, S. D. & Halså, A. (2019). 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>
- Wangensteen, T. & Jansen, S. D. (2021). "Jeg vil jo så gjerne bli en god, trygg og rusfri Pappa". Erfaringer fra foreldreseminar med pasienter i rusbehandling. *Fokus på familien*, 49(2), 121-139. <https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2021-02-04>
- Weston, M. C. (2010). *Fra skam til selvrespekt*. Dansk psykologisk forlag.

## Vedlegg I - Søkelogg

Dato for søk	Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Antall leste sammendrag	Antall utvalgte artikler
10.03.22	Søk 1 Oria	“rusbehandling” OG “pårørende”	- Siste 10 år - Artikler - Fagfelleverdert - Helse og sosialfag	45	22	3  Brukt: 1
10.03.22	Søk 2 Oria	“substance use treatment” AND “kin” OR “affected others”	- Siste 10 år - Artikler - Fagfelleverdert - Helse og sosialfag	87	8	0
10.03.22	Søk 3 Idunn	“rusbehandling” OG “pårørende”	- Siste 10 år - Artikler - Fagfelleverdert - Helse og sosialfag	20	3	0
10.03.22	Søk 4 Scopus	“substance use treatment” AND “kin” OR “affected others”	- Siste 10 år - Artikler - Fagfelleverdert - Social Sciences	8	2	1  Brukt: 0
10.03.22	Søk 5 Sociological abstracts	“substance use treatment” AND “children as relatives”	- Siste 10 år - Engelsk og norsk - Artikkel	779	11	0
11.03.22	Søk 6 Oria	“tverrfaglig spesialisert rusbehandling*” OG “familie”	- Siste 10 år - Artikler - Fagfelleverdert	6	4	3  Brukt: 3
11.03.22	Søk 7 Scopus	“substance use treatment” AND “family”	- Siste 10 år - Artikler - Social Sciences	16 722  (Lite relevant)	5	0

13.03.22	Søk 8 Sociological Abstracts	"substance use treatment" AND "family"	- Siste 10 år - Artikler - Fagfelleverdert	142	8	1  Brukt: 0
15.03.22	Søk 9 Oria	"barn" OG "pårørende" OG "rus"	- Siste 10 år - Artikler - Fagfelleverdert - Helse og sosialfag	116	15	3  Brukt: 1
15.03.22	Søk 10 Oria	"children" AND "affected others" OR "kin" AND "family" AND "substance use treatment"	- Siste 10 år - Artikler - Fagfelleverdert - Social Sciences	7 755	15  (Sett til s. 17)	2  Brukt: 1
15.03.22	Søk 11 Idunn	"barn" OG "pårørende" OG "rus"	- Siste 10 år - Artikler - Fagfelleverdert - Helse og sosialfag	76	8	1  Brukt: 0
19.03.22	Søk 12 Oria	"familieperspekti v" OG "rusbehandling"	- Siste 10 år - Artikler - Fagfelleverdert - Helse og sosialfag	3	2	1  Brukt: 1



