

(Eks)partnere som har felles barn med rusavhengige: hvilke psykososiale belastninger har de og hvordan kan de som pårørende ivaretas bedre av hjelpeapparatet?

Thea Eva-Maria Hedley

Veileder: Trond Nordfjærn

Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet (NTNU)

Trondheim, høst 2018



### **Forord**

Dette er et uavhengig forskningsprosjekt igangsatt av medstudent Marita Orseth Høydal og meg under veiledning av Trond Nordfjærn. Datainnsamling og transkripsjon ble gjennomført i samarbeid med Marita og inkluderer to fokusgruppeintervjuer, et med (eks)partnere som har felles barn med rusavhengige og et med pårørende som har ulike relasjoner til den rusavhengige. Materialet ble analysert og bearbeidet uavhengig av hverandre og brukt til to hovedoppgaver med ulike fokus. Jeg valgte å gå i dybden på det første intervjuet mens Marita tok utgangspunkt i begge. Slik fikk vi utnyttet datamaterialet på best mulig måte, samtidig som vi unngikk for mye overlapp mellom oppgavene. Stor takk til alle som har vært med å gjøre dette mulig: Trond Nordfjærn for god veiledning og at du var så tilgjengelig gjennom hele prosessen, Lærings- og Mestringssentret ved Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin for mye praktisk bistand, og ikke minst dere deltok på fokusgruppeintervjuene. Tusen takk, uten deres hjelp hadde prosjektet ikke blitt noe av!

En stor klem til Marita for gode samtaler og motivasjon gjennom hele prosessen, og min bedre halvdel Vegard for korrekturlesing og oppmuntrende kommentarer der jeg trengte det.



### Sammendrag

Formålet med studien er å undersøke psykososiale belastninger hos (eks)partnere som har felles barn med en rusavhengig, og hvordan de som pårørende opplever møtet med hjelpeapparatet. En fokusgruppe ble gjennomført blant fire (eks)partnere med felles barn. Datamaterialet ble analysert ved bruk av tematisk analyse (TA). Resultatene tyder på at belastningene primært er knyttet til ivaretagelsen barnet. Informantene oppga å føle på et stort, overordnet ansvar for hele situasjonen. Det innebar samarbeid med den rusavhengige omkring samvær og vurdering av om samvær var forsvarlig. (Eks)partnerne sørget for at barnet fikk en fin oppvekst, og ivaretok i noen tilfeller også den rusavhengige. I tillegg samarbeidet de pårørende med ulike instanser i hjelpeapparatet. Den rusavhengige ble beskrevet som uforutsigbar, noe som gjorde at informantene i perioder levde i en tilstand av konstant beredskap. Da hverdagen stabiliserte seg opplevde flere en etterreaksjon i form av depresjon, utmattelse eller diffuse fysiske plager. Samarbeidet med hjelpeapparatet kjennetegnes av at informantene ble brukt som ressurs og fikk lite bistand til å stå i en utfordrende hverdag. Nyttige hjelpetilbud kjennetegnes av at den pårørendes betydning anerkjennes, og å møte andre i liknende situasjoner. Funnene har implikasjoner for klinisk praksis og indikerer at pårørende i større grad bør inkluderes som ressurs i behandling av den rusavhengige. De bør også få målrettet informativ, emosjonell og økonomisk støtte til å mestre hverdagen, da dette kan forebygge fysiske og psykologiske belastningsskader på sikt. Ved å beskytte den rusfrie forelderen ivaretas samtidig barnets (i perioder) primære omsorgsperson. Dette kan tenkes å være en beskyttende faktor også for barnet.

*Nøkkelord:* felles barn med rusavhengige, pårørende, belastning, hjelpeapparat  
tematisk analyse



## Innhold

<b>Sammendrag</b> .....	5
<b>(Eks)partnere som har felles barn med rusavhengige: hvilke psykososiale belastninger har de og hvordan kan de som pårørende bedre ivaretas av hjelpeapparatet?</b> .....	9
Hvilke psykososiale belastninger forekommer hos pårørende?.....	10
Psykiske og fysiske symptomer på belastning hos pårørende til rusavhengige.....	11
Pårørende og hjelpeapparatet.....	12
(Eks)partnere som har felles barn med en rusavhengig.....	14
Hva kan denne studien bidra med?.....	15
Formål og avgrensning.....	15
<b>Metode</b> .....	16
Prosedyrer.....	16
Fokusgruppeintervju.....	16
Etiske vurderinger.....	17
Uvalg.....	17
Intervjuguide.....	18
Dataanalyse.....	18
Tematisk analyse.....	18
<b>Resultater</b> .....	20
Personlig belastning.....	21
Overordnet ansvar.....	21
Konstant beredskap og uforutsigbarhet.....	23
Etterreaksjon da situasjonen stabiliserte seg.....	25
Emosjonelle påkjenninger: sorg og ambivalens.....	25
Ønsker i møte med hjelpeapparatet.....	26
Bistand og veiledning.....	26
Mer tverrfaglig samarbeid og mindre tilfeldigheter.....	28
Bli sett, hørt, bekreftet og inkludert.....	29
Kjennetegn ved gode hjelpetilbud.....	31
<b>Diskusjon</b> .....	33
Psykososiale belastninger sett i lys av tidligere forskning.....	34
Implikasjoner for hjelpeapparatet.....	36
Begrensninger i studien og implikasjoner for senere forskning.....	39
<b>Konklusjon</b> .....	41
<b>Referanser</b> .....	43
<b>Appendiks</b> .....	49
Vedlegg A: Preliminær temastruktur.....	49
Vedlegg B: REK-godkjenning.....	50
Vedlegg C: NSD-godkjenning.....	53
Vedlegg D: Informasjonsskriv.....	54
Vedlegg E: Intervjuguide.....	56
Vedlegg F: Demografiskjema.....	58





(Eks)partnere som har felles barn med rusavhengige: hvilke psykososiale belastninger har de og hvordan kan de som pårørende bedre ivaretas av hjelpeapparatet?

Tall fra tidligere Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) tyder på at det er mellom 80 000 og 120 000 stordrikkere i Norge. Forekomsten kan også være betydelig høyere avhengig av målemetode (Lund et al., 2010). Samme rapport viste at 78 000 til 120 000 menn og 42 000 til 73 000 kvinner mellom 15 og 59 år brukte et narkotisk stoff i løpet av et år. I tillegg til at forskjellige målemetoder ga ulike resultater pekte forfatterne på at det er usikkert hva som regnes som bruk, misbruk og avhengighet. Dette er en diskusjon som er utenfor rammene til denne oppgaven, som ikke handler direkte om den som bruker eller misbruker rusmiddelet men deres nærmeste og hvordan de blir påvirket av rus. Hvorvidt den rusavhengige tilfredsstillere kriteriene for en rusrelatert diagnose er heller ikke direkte relevant for oppgaven, da det tas utgangspunkt i problematisk bruk som også kan være subklinisk. Avhengighet er her definert som en prosess hvor en atferd, som både kan gi velbehag og distrahere fra indre ubehag, brukes på en måte som er kjennetegnet av særlig to karakteristiske egenskaper. Den første er manglende kontroll over atferden, og den andre er at man fortsetter med atferden til tross for at den medfører betydelige negative konsekvenser (Goodman, 1990). Her avgrenses avhengighet til avhengighet av rusmidler, som inkluderer både lovlige og ulovlige vanedannende stoffer. Det er ikke krav til hverken empirien som benyttes, eller informantene i denne studien, at den rusavhengige har en diagnostisert avhengighet.

Rusbruk har negative konsekvenser for tredjepart og det er velkjent at både barn og familie blir påvirket av en persons rusbruk (se f.eks. Velleman & Templeton, 2003). Rossow, Moan og Natvig (2009) anslo at mellom 50 000 – 150 000 barn og 50 000 – 100 000 partnere bor med en person som har høyt alkoholforbruk. På verdensbasis er omtrent 100 millioner voksne pårørende berørt av rusavhengigheten til et familiemedlem (Orford, Velleman, Natera, Templeton & Copello, 2013). Nordlie (2003) regner med at for hver person som har et rusproblem blir i snitt minst tre personer i nær familie berørt av konsekvensene av rusbruken. En årsak til dårlig oversikt over antall pårørende er at helsevesenet i hovedsak har en individualistisk tilnærming til rusbehandling. Dette har bidratt til at kunnskapen om omfanget av emosjonelle og økonomiske belastninger rusbruk påfører den enkelte pårørende og samfunnet som helhet er mangelfull (Copello, Templeton & Powell, 2010).

(Eks)partnere som har felles barn med rusavhengige er en spesifikk pårørendegruppe som det etter forfatterens kjennskap ikke er forsket på. Derfor finnes det ingen oversikt over

hvilke utfordringer denne gruppen møter i hverdagen. Det finnes derimot en del forskning på pårørende som har andre relasjoner til den rusavhengige som for eksempel partnere (f.eks. Howells & Orford, 2006), barn av rusavhengige (f.eks. Barnard & McKeganey 2004; Ritter, Stewart, Bernet, Coe & Brown, 2002), eller foreldre til rusavhengige (f.eks. Høie & Sjøberg, 2007). Det er også gjennomført forskning som omhandler familiemedlemmer generelt (f.eks. Orford, Velleman, Copello, Templeton & Ibang, 2010). I denne studien avgrenses pårørende til biologisk familie og (eks)partnere/ektefeller, selv om flere kan være berørt av noens rusbruk. I mangel på forskning på den aktuelle pårørendegruppen vil forskning på voksne pårørende brukes for å synliggjøre hvilke utfordringer de kan oppleve.

### **Hvilke psykososiale belastninger forekommer hos pårørende?**

Forskning viser at pårørende til rusavhengige er utsatt for en rekke psykososiale problemer som har en betydelig effekt på både livskvalitet og helse (Denomme & Benhanoh, 2017). Begrepet psykososial brukes gjerne om betydningen psykiske og sosiale forhold har på fysisk og mental helse (Svartdal, 2018). For å kunne forstå hvilken påvirkning rusavhengighet kan ha på de nærmeste pårørende må vi først forstå måten den som er avhengig blir rammet på. Orford, Copello, Velleman og Templeton (2010) forklarer at når man er rusavhengig har man fått så sterk tilknytning til rusmiddelet at mer eller mindre alle ressurser i form av tid, penger og oppmerksomhet brukes på å få tak i rusmiddelet. Dette går blant annet på bekostning av hverdagslige forpliktelser som familie og arbeid. Forskerne utdyper videre at denne avledningen av ressurser er belastende for familien som sviktes da den avhengige ikke klarer å ta sin del av ansvaret i forskjellige forpliktelser som for eksempel jobb eller foreldrerollen. Dette kan true familieharmonien, samholdet og produktivitet da atferd knyttet til rus kan skape spenninger, konflikt og dilemmaer for hvordan ulike medlemmer skal håndtere saken. Det å være i familie med en som har et alvorlig rusproblem kan derfor være stressende og ødeleggende for individene og forholdet familiemedlemmene imellom.

Problemene som oppstår i nære relasjoner som konsekvens av rusbruk fortsetter ofte med uforminsket styrke over mange år og er en kilde til stress og utrygghet for familiemedlemmene (Hoel & Geirdal, 2017; Orford et al., 2010b). Et eksempel på dette er en studie som undersøkte psykososial fungering blant kvinner som var gift med alkoholavhengige menn. Sammenlignet med en kontrollgruppe rapporterte kvinnene dårligere funksjon på jobb, vanskeligere familieforhold og mindre deltakelse i sosiale arenaer (Hudson, Kirby, Clements, Benishek & Nick, 2014). En studie fra Brasil viste at følgende belastninger ble rapportert oftest blant 498 pårørende: den rusavhengige var upålitelig, kunne komme og dra sporadisk, viste humørsvingninger og deltok ikke lenger i familieaktiviteter. I tillegg

svarte over halvparten at de strevde med kommunikasjonen med den rusavhengige, og at familiens sosiale liv samt økonomien ble negativt påvirket (Sakiyama, Padin, Canfield, Laranjeira & Mitsuhiro, 2015).

Gjennom å forske på påvirkningen individuelle terapisamtaler hadde på partnere til alkoholavhengige kartla Howells og Orford (2006) forskjellige vansker som partnerne opplevde. Majoriteten av de totalt 50 informantene var preget av forvirring og ambivalens. I gjennomsnitt deltok de på fire individuelle timer. Forskerne beskrev at informantene viste et uvanlig høyt stressnivå i første time sammenlignet med pasienter i voksenpsykiatrien. Mange gråt i timen, slet med å etablere dialog og det virket som at det var et stort steg for dem å oppsøke tilbudet. Flere informanter følte at de sviktet partneren sin og omtrent alle ga uttrykk for ambivalens omkring alvorlighetsgraden av alkoholkonsumet. Dårlig selvtillit, skyldfølelse, skam og selvbebreidelse ble nevnt av mange. Det var også vanlig at informantene prøvde å dekke over problemene overfor andre.

Det har blitt foreslått at det finnes en felles kjerne av belastende opplevelser som går igjen hos mange pårørende. Disse er knyttet til at den rusavhengige kan være ubehagelig å være sammen med, økonomisk uforutsigbarhet, bekymringer for den avhengiges helse og bekymringer for hvordan familien og hjemmet kan bli påvirket av situasjonen. De pårørende rapporterer også ofte om personlige bekymringer og angst samt hjelpeløshet og nedstemthet (Orford et al., 2001). Over tid kan utfordringene knyttet til å være pårørende gi ulike typer utfall i form av blant annet psykiske og/eller somatiske symptomer (Nordlie, 2003). Samlet viser forskningen tydelig at familiene til rusavhengige belastes på mange livsdomener, og at belastningen kan være sammenlignbar på tvers av kulturer. Pårørende til rusavhengige er et område som fremdeles er underutforsket (Orford et al., 2013) og vi vet lite om hvordan man kan hjelpe dem (Denomme & Benhanoh, 2017).

### **Psykiske og fysiske symptomer på belastning hos pårørende til rusavhengige**

Som følge av de psykososiale belastningene knyttet til å ha en rusavhengig i familien har pårørende høy risiko for å utvikle psykiske helseplager (Hoel & Geirdal, 2017, Selbekk & Sagvaag, 2016). Hoel og Geirdal (2017) gjennomførte en kvantitativ undersøkelse hvor deltakerne i snitt hadde 15 års erfaring som pårørende til rusavhengige. De undersøkte blant annet psykologisk symptomtrykk og opplevd belastning for å se på forholdet mellom disse. Totalt 62% av respondentene hadde så sterkt psykologisk symptomtrykk at de ville kvalifisert for tilbud om hjelp. Forskerne så også en sammenheng mellom økt belastning og økt psykologisk symptomtrykk. Dette kan tyde på en korrelasjon mellom belastninger i hverdagen og psykologisk symptomtrykk. En japansk studie fant at over halvparten av et utvalg på 543

pårørende rapporterte dårlig mental helse (Morita et al., 2011). Flertallet ga også uttrykk for at avhengigheten hadde negativ innvirkning på familiemedlemmenes helsetilstand, hverdagen generelt og familieøkonomien.

I tillegg til psykologiske symptomer kan somatiske symptomer sees i sammenheng med de pårørendes utfordringer i dagliglivet. Somatiske symptomer refererer til kroppslige symptomer som for eksempel leddsmerter eller fordøyelsesplager (Malt, 2016). En rekke kanadiske forskere fant at pårørende til rusavhengige (n = 278) oftere brukte helsetjenester sammenlignet med en kontrollgruppe (Svenson, Forster, Woodhead & Platt, 1995). Studien viste også at de pårørende led hyppigere av psykiske lidelser, fordøyelsesvansker og udefinerbare lidelser. En lignende studie, som benyttet data fra helseforsikringsdatabaser, forsøkte å estimere hvor mye pårørende til rusavhengige (n = 46,446) brukte helsetjenester og hvor ofte de fikk somatiske og/eller psykiatriske diagnoser, sammenlignet med mennesker som ikke er pårørende til rusavhengige (n = 141,722) (Ray, Mertens & Weisner, 2007). Resultatene viste at pårørende til rusavhengige hadde større utgifter til helsetjenester og høyere sannsynlighet for å få en rekke diagnoser. Det gjaldt særlig rusavhengighet og depresjon men også hodepine, problemer knyttet til livmoren og smerter i nedre rygg. Liknende funn ble presentert av Nordlie (2003) da han undersøkte somatiske symptomer hos 273 voksne familiemedlemmer til rusavhengige. Symptomene han studerte hadde ingen annen tydelig årsak. Forfatteren fant at nesten alle deltakere i perioder strevde med smerter i rygg, nakke eller skuldre. I tillegg slet mange med hodepine, brystsmerter og mageproblemer.

Somatiske symptomer kan lett oversees eller forklares som noe annet enn en reaksjon på en belastende livssituasjon. Derfor er det viktig at hjelpeapparatet har kunnskap om hvordan mennesker kan reagere i stressende situasjoner, og at de reagerer dersom symptomene virker overdrevent store sammenlignet med øvrige opplysninger som gis av pasienten (Nordlie, 2003). Slike reaksjoner kan også fortsette eller debutere etter at den pårørende har kommet ut av situasjonen. Somatiske symptomer kan også være et uttrykk for underliggende psykiske lidelser, som for eksempel depresjon (Shetty, Mane, Fulmali & Uchit, 2018) og angst (Gelenberg, 2000).

### **Pårørende og hjelpeapparatet**

Med økt kunnskap og forskning har familiens betydning og de pårørendes belastning gradvis blitt mer anerkjent. Foreliggende nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet, 2017) oppfordrer til at familie og nettverk inkluderes i behandlingen av rusavhengige pasienter, og erkjenner at pårørende kan oppleve situasjonen som belastende og kan behøve hjelp for sin egen del. Selv om det er et økende fokus på behovene til de pårørende, og de har

lovfestet rett til behandling ved rusbehandlingsinstitusjoner, fant Selbekk og Sagvaag (2016) at muligheten for å drive integrert behandling fremdeles er begrenset. Forfatterne gjorde en kvalitativ undersøkelse blant 15 klinikere som jobbet med familieorienterte intervensjoner i tre ulike behandlingsinstitusjoner i Norge. I tillegg intervjuet de også de tre direktørene som hørte til de respektive institusjonene. Studien viste at intervensjoner som inkluderer familien paradoksalt ble vurdert som mindre effektive av klinikere og ledelse, til tross for at forskning som måler pasientutfall tyder på det motsatte (Fals-Stewart, O'Farrell, Birchler, Cordova & Kelley, 2005; Kumpfer, Alvarado & Whiteside, 2003). Dette har ikke bare negative konsekvenser for behandlingen av den rusavhengige, men også familien, da det er vist at det er positivt for familien i seg selv, inkludert barn, dersom de innlemmes i behandlingen av den rusavhengige (Copello & Orford, 2002).

Forskning viser at pårørende kan oppleve å ikke bli inkludert i behandlingen til den rusavhengige der de ønsker det. En kvalitativ studie undersøkte opplevelser hos pasienter med komorbid rus og psykisk lidelse (n = 122) og noen av deres familiemedlemmer (n = 54) hadde med hjelpeapparatet. Det var påfallende hvordan de pårørende som ønsket å bli inkludert i behandlingen ble ekskludert, særlig når det ble sammenlignet med hvor sterkt familien involveres når barn har psykiske lidelser (England-Kennedy & Horton, 2011). Det kan blant annet skyldes interpretasjoner av taushetsplikten, noe som kan tenkes å være en aktuell årsak også i Norge. Et annet funn forskerne trakk frem som særlig viktig var at de pårørende generelt ikke søkte ekstern hjelp til å håndtere utfordringer knyttet til den syke. Uten slik hjelp står pårørende i fare for å utvikle compassion fatigue (empatiutmattelse), som også kalles sekundær post-traumatisk stress. Figley (2002) har forsket lenge på fenomenet og forklarer det slik: ”I våre forsøk på å se verden fra perspektivet til de lidende, lider vi. Betydningen av medfølelse er å bære lidelse. Empatiutmattelse, som alle andre typer utmattelse, reduserer vår kapasitet og vår interesse i å bære andres lidelse” (s. 1434, egen oversettelse). Forfatteren beskrev at vanlige symptomer er anspenthet og bekymringer for den syke. Begrepet ble opprinnelig brukt til å beskrive utbrenthet blant helsepersonell som jobber med traumatiserte pasienter, kreftpasienter eller i palliativpleien, men har vist seg også å kunne ramme uformelle pleiere som for eksempel pårørende av demenspasienter (Day & Anderson, 2011). Dette tyder på at hjelpeapparatet i større grad må klare å oppdage hvem som er pårørende og tilby hjelp da det ikke er en selvfølge at pårørende vil oppsøke hjelp selv.

Det er mulig at hjelpeapparatet ikke klarer å oppdage pårørendes behov for bistand, eller hjelpe de som oppsøker hjelpetilbud, da man har for lite kunnskap om denne gruppen. Simonsen (2015) undersøkte pårørendes erfaringer av hjelpeapparatet og fant at flere

pårørende ga uttrykk for at de ikke alltid fikk god og riktig hjelp. Noen informanter opplevde til og med i rusbehandlingssektoren å møte på helsepersonell som ikke hadde tilstrekkelig kompetanse på rusproblematikk eller vanlige belastninger hos pårørende. Det var også noen som opplevde å få god hjelp, som var kjennetegnet av at den profesjonelle viste god forståelse og evne til å sette seg inn i den pårørendes utfordringer (Simonsen, 2015).

Kunnskapen om pårørendes behov er fremdeles begrenset. En mulig årsak er at både forskning og klinisk praksis lenge har fokusert på hvordan de pårørende kan brukes i behandling av den rusavhengige. Mye mindre forskning og tiltak har vært rettet mot å bedre situasjonen for de pårørende selv (Howells & Orford, 2006). Forskerne gjennomførte en terapeutisk intervensjon for partnere av alkoholavhengige, kun rettet mot dem som pårørende. De beskrev informantene som takknemlige og det virket som at de ikke følte at de fortjente intervensjonen. Dette budskapet hadde blitt indirekte formidlet til de pårørende av mange organisasjoner som jobbet med alkoholavhengige. Det kan tenkes å legge ytterligere press på den pårørende i en allerede presset situasjon. Forfatterne trodde i utgangspunktet at de fleste partnere søkte hjelp for seg selv og at potensiell hjelp til den rusavhengige var et sekundært mål. Det viste seg derimot å være feil da flesteparten ønsket hjelp til å endre partnerens drikkevaner. Kvinner som var utsatt for vold hjemme hadde mye større sannsynlighet for å søke hjelp for egen del. Det samme gjaldt de med partnere som var episodiske drikkere. På bakgrunn av dette foreslo Howells og Orford (2006) at man bør ta høyde for årsaken til at de pårørende kommer til behandling.

Det finnes lite forskning på hvorfor pårørende til rusavhengige søker hjelp og hva som fungerer som eventuelle barrierer for å oppsøke hjelp. En gjennomgang av forskning tyder på at stigma har en liten til moderat effekt på hjelpsøking hos mennesker med psykiske lidelser (Clement et al., 2015). Dette kan også påvirke pårørendes villighet til å oppsøke hjelp. Resultater fra en studie av pårørende til spillavhengige fant at skam, skyld og fornektelse var sterke barrierer for å søke hjelp, både til seg selv og den avhengige. Her viste økonomiske bekymringer seg å være hovedgrunnen til at mange oppsøker hjelp til slutt (Hing, Tyce, Holdsworth & Nuske, 2013). Selv om økonomien ofte påvirkes negativt også ved rusavhengighet kan det tenkes at omfanget er større ved spillavhengighet.

### **(Eks)partnere som har felles barn med en rusavhengig**

Målgruppen i denne studien befinner seg i krysningspunktet mellom forskningen på barn av rusavhengige, nære familiemedlemmer til rusavhengige og partnere til rusavhengige. Det som gjør denne gruppen annerledes fra partnere er at ivaretagelsen av det felles barnet eller barna er i fokus. Situasjonen vil være annerledes for de som er sammen med den

rusavhengige, og de som ikke står i en slik relasjon. Når den rusavhengige og ekspartner har felles barn fortsetter ofte kontakten etter et brudd. Ekspartneren må legge til rette for samvær samtidig som man har et ansvar for å beskytte barna fra uheldige situasjoner knyttet til rusbruken til den andre forelderen. Utvalget i denne studien består av (eks)partnere som ikke har rusproblemer og det skiller de fra forskningen på rusavhengige foreldre og barn. Da (eks)partnerne er rusfrie betyr det at de har det overordnede ansvaret for barnet enten i perioder eller gjennom hele oppveksten dersom den rusavhengige ikke ble rusfri. Det innebærer at de har hatt kontakt med hjelpeapparatet i forbindelse med ivaretagelsen av barnet og koordinering av samvær med den rusavhengige forelderen. Retten til samvær er lovfestet i barneloven og skal sikre at den forelderen som ikke bor fast sammen med barnet får tilbringe tid sammen med barnet. Samvær skal kun finne sted dersom det er til barnets beste (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013). Hvordan disse foreldrene takler vurdering av forsvarlig samvær og det generelle ansvaret for barnet, hvilken personlig belastning dette medfører og hvordan de opplever møtet med hjelpeapparatet er hittil ikke undersøkt. Derfor kan det antas at helsepersonell i barnevernet eller andre institusjoner ikke er klar over hvilke behov denne gruppen har og hvordan de best kan støtte dem.

### **Hva kan denne studien bidra med?**

Oppsummert viser forskning at pårørende til rusavhengige opplever en rekke belastninger som kan gi seg utslag i ulike psykologiske og somatiske plager. Det ser derimot ut til at det ikke er forsket på (eks)partnere som har felles barn med rusavhengige, og om belastningene de rapporterer skiller seg fra belastningene hos andre pårørende. Videre peker den empiriske gjennomgangen på at dagens kunnskap om pårørendes opplevelser med hjelpeapparatet er svært begrenset. Forskning på pårørende og hjelpeapparatet har i hovedsak fokusert på hvordan førstnevnte kan nyttiggjøres i behandlingen av den rusavhengige. De pårørendes sammensatte belastninger sett i sammenheng med manglende forskning på hvordan deres behov møtes av hjelpeapparatet, viser et kunnskapshull som denne studien adresserer. Ved å undersøke (eks)partnerens opplevelse av egen situasjon gjennom en kvalitativ tilnærming, kan informantene selv velge hvilke aspekter som vektlegges og bruke egne ord til å fortelle om sine opplevelser. På denne måten genereres ny kunnskap om hvilke utfordringer de møter i hverdagen, noe som er en forutsetning for å kunne tilby adekvat hjelp innenfor rammene til hjelpeapparatet.

### **Formål og avgrensning**

Formålet med denne studien er å undersøke hvilke psykososiale belastninger (eks)partnerne som har felles barn med rusavhengige kan ha og hvordan de opplever møtet

med hjelpeapparatet som her er definert som tjenester innenfor primær- og sekundærhelsetjenesten. Begge formålene henger tett sammen for denne pårørendegruppen. Det skyldes at de ofte samarbeider med hjelpeapparatet om ivaretagelsen av barnet og at de som andre pårørendegrupper kan ha behov for å bli inkludert i behandlingen av den rusavhengige. I tillegg kan (eks)partnerne trenge hjelp til å mestre egne utfordringer. Da det ikke finnes noen tidligere forskning på denne spesifikke pårørendegruppen i Norge er kvalitativ metode et egnet verktøy for å utforske deres opplevelser da det gir informantene muligheten til å fortelle med egne ord om det de synes er viktig (Clarke, Braun & Hayfield, 2015).

## Metode

### Prosedyrer

Informantene ble rekruttert gjennom en kontaktperson ved Lærings- og Mestringssenteret (LMS) ved Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin på St. Olavs Hospital. LMS tilbyr forskjellige tiltak for pårørende og berørte av rus og psykiske lidelser, blant annet ROM (tidl. Møteplassen) der pårørende både møter andre i liknende situasjoner og fagfolk. Et tilbud som retter seg spesifikt mot mennesker som har barn med en forelder som har et problematisk forhold til rus er ROM med barnet i fokus. Hver ROM har et tema for kvelden, som for eksempel grensesetting (Nye møter mellom pårørende og fagfolk, 2018). Alle fire informantene i denne studien har deltatt på ROM og er rekruttert derfra. Kontaktpersonen ved LMS har tilgang på en liste med epostadressene til 25 (eks)partnere til rusavhengige som deltar eller har deltatt på ROM med barn i fokus.

Potensielle informanter fikk tilsendt et samtykkeskjema slik at informantene kunne gi sitt skriftlige, informerte samtykke til deltakelsen (se vedlegg D). Dersom de var interessert i å delta i studien sendte de en e-post direkte til en av de to studentene som gjennomførte prosjektet for å bevare anonymiteten overfor LMS. Det ble tydelig kommunisert både fra studentenes side og fra kontakten ved LMS at studien ikke er en del av intervensjonspakken på LMS og at det ikke vil få konsekvenser for videre tilbud ved LMS om man velger å delta eller ikke.

**Fokusgruppeintervju.** Denne metoden ble valgt fordi den i motsetning til individuelle intervjuer vil kunne gi tilleggsinformasjon som oppstår som resultat av interaksjonen mellom informantene (Kitzinger, 1995; Morgan, 1997). Selve intervjuet var semi-strukturert, som innebar at studentene brukte en intervjuguide (se vedlegg E) med konkrete spørsmål om temaer som skulle dekkes. Informantene var frie til å svare det de opplevde som relevant innenfor spørsmålene som ble stilt av studentene og kunne også



komme inn på andre temaer der det var naturlig. Slik kan man få detaljert informasjon om et tema på en konversasjonell måte (Harrell & Bradley, 2009). Rammen for studien var at informantene møttes én gang til ett intervju. Før intervjuet ga alle informantene sitt skriftlige og informerte samtykke til å delta. I tillegg fylte alle ut et demografiskjema (se vedlegg F) som kartla alder, utdanning, arbeidsforhold, antall barn og deres alder, samlivsstatus, og om den rusavhengige var rusfri per intervjudato. Intervjuet varte i 2.5 timer og ble ledet av en student mens en annen student bisto. Veileder Trond Nordfjærn var til stede som ansvarlig for prosjektet og som beredskap for uforutsette hendelser. Intervjuet ble tatt opp på to forskjellige elektroniske lydopptakere og transkribert i henhold til REK sine retningslinjer.

**Etiske vurderinger.** Både REK (2018/295) og Norsk senter for forskningsdata (NSD) (saksnummer 59004) har godkjent forskningsprotokollen (se vedlegg B og C). Under selve fokusgruppeintervjuet ble informantene brifet før intervjuet startet. Studentene informerte om formålet med prosjektet, at de har taushetsplikt og at informantene kunne trekke seg når som helst i prosessen fra intervjuet startet til innlevering av oppgaven. Intervjuet ble avsluttet med en debriefing hvor informantene fikk mulighet til å fortelle hvordan de opplevde intervjuet og stille spørsmål. Forhåndsregler ble tatt for å unngå at informantene eller deres pårørende kunne bli gjenkjent i den ferdige artikkelen. Både navn på personer, arbeidsplasser og steder ble endret allerede i transkripsjonsprosessen. Behandlingssteder og instanser ble utelatt fra oppgaven slik at disse ikke kan identifiseres. Det transkriberte intervjuet oppbevares i henhold til REK sine retningslinjer og lydopptakene ble slettet etter transkripsjon.

### **Utvalg**

Blant 25 potensielle informanter som ble forespurt kunne tre kvinner og én mann delta samtidig. Alle hadde ett barn med en som er eller har vært rusavhengig og alle har full eller delt omsorg for barnet. Informantene oppga å ikke være rusavhengige eller benytte ulovlige rusmidler selv. Med unntak av Olav var ingen av de i et romantisk forhold med den rusavhengige. Han hadde delt omsorg med moren som er rusfri i dag. Silje hadde full omsorg for hennes barn og det samme gjelder Anne. Marte var inntil nylig sammen med faren til barnet som per intervjudato var rusfri. Det så ut som at han kom til å få delt omsorg for barnet etter at de flyttet fra hverandre. Tre av informantene var i fullt arbeid mens en jobbet freelance. *Tabell 1* gir en oversikt over noen demografiske variabler.

Tabell 1. Demografiske variabler (N = 4)

<i>Pseudonym</i>	<i>Alder</i>	<i>Samlivsstatus med den rusavhengige</i>	<i>Er den rusavhengige rusfri per intervjudato?</i>
Anne	29	Ikke sammen	Rusfri < 6 mnd
Silje	40	Ikke sammen	Rusfri > 6 mnd
Marte	31	Ikke sammen	Rusfri > 6 mnd
Olav	37	Kjærester	Rusfri > 6 mnd

## Intervjuguide

Intervjuguiden fokuserte på seks overordnede kategorier med veiledende oppfølgingsspørsmål (se vedlegg E). Det første spørsmålet i hvert tema var alltid åpent slik at informantene var frie til å trekke frem det de ønsket å fokusere på. Oppfølgingsspørsmål kunne både være konkrete og åpne. Spørsmålskategoriene var henholdsvis opplevelsen av å ha barn med en rusavhengig, hvordan informantene hadde det som enkeltpersoner, hvordan de trodde rusbruken påvirket forholdet til (eks)partner, hvordan de trodde det å ha en rusavhengig forelder påvirket barna, hva de savnet av hjelp både fra de rundt seg og helsevesenet og hvordan de mestret situasjonen sin. Et eksempel er dette første spørsmålet ”fortell om hvordan dere opplever å ha felles barn med en som er rusavhengig”. Mulige oppfølgingsspørsmål som kunne bli stilt ved behov var: ”hva vil dere trekke frem som det mest utfordrende?” ”Basert på hva dere har hørt fra andre i samme situasjon, virker det som at dere har de samme utfordringene?” I utformingen av spørsmålene ble det tatt utgangspunkt i litteraturen om pårørende. Studentene hadde også fått innsyn i referater fra ROM med barnet i fokus som ble brukt i utformingen av spørsmål.

## Dataanalyse

**Tematisk analyse.** Tematisk analyse ble valgt fordi det er en teoretisk fleksibel metode som egner seg til å finne mønstre på tvers av kvalitative datasett (Braun & Clarke, 2006). Forfatteren valgte en tilnærming som både er induktiv og deduktiv. Den er induktiv fordi analysen primært er fundert i data og ikke i allerede eksisterende teorier og konsepter. Det er likevel ikke til å unngå å bli påvirket av tidligere kunnskap, erfaringer eller personlige og politiske standpunkt, noe som betyr at den også er deduktiv (Clarke et al., 2015). Men her tas det ikke utgangspunkt i noen teorier eller fenomener og analysen ble gjort tett inntil betydningen av data. Hele materialet ble kodet og analysert for å fange helheten i dataen. Det valget ble tatt fordi det ikke finnes forskning på akkurat denne gruppen i Norge, og da forfatteren ville være åpen for det informantene ville formidle. I en tematisk analyse har forskeren en sentral og aktiv rolle i å identifisere temaer og mønstre som vurderes som interessante. Det er viktig å anerkjenne rollen forskeren har, da det ofte fremstilles som om

temaene passivt kommer frem mens de i realiteten formes og fremstilles av forskeren (Braun & Clarke, 2006).

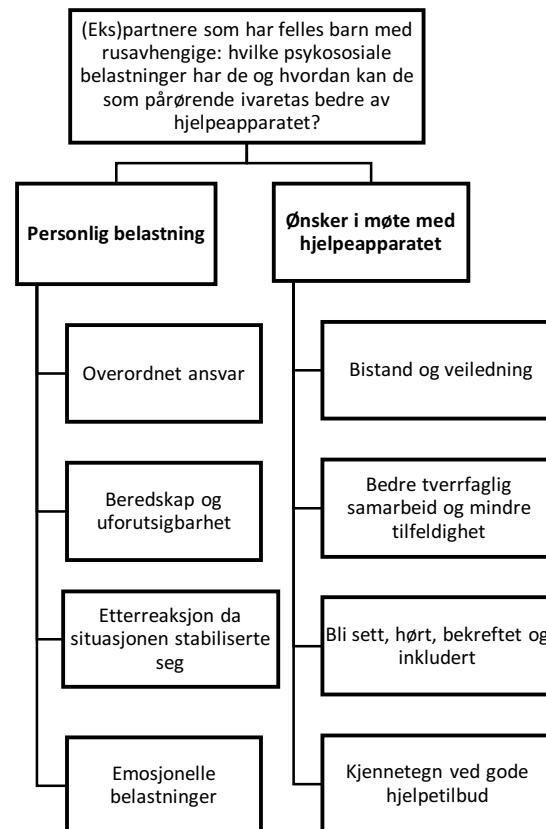
Fire informanter deltok på fokusgruppeintervjuet og dette tilfredsstillte minimumskriteriet for antall deltakere ifølge Wilkinson (2004). Hun anslår at 4-8 informanter per fokusgruppeintervju er optimalt. Man kan få flere meningsfulle temaer på tvers av datasettet i en liten gruppe dersom den består av homogene informanter, mens heterogene grupper er mer verdifulle i større studier (Clarke et al., 2015). Denne studien baserer seg på et lite antall informanter, men siden de tilhører en svært spesifikk, homogen pårørende gruppe trenger ikke utvalgsstørrelsen å være en ulempe. Det kan tenkes at man da i større grad kan gå i dybden på enkelte temaer og det vil være lettere å finne gjentakende mønstre enn ved heterogene utvalg. I Big-Q tradisjonen innen kvalitativ forskning, som Braun og Clarkes tematiske analyse tilhører, tar man utgangspunkt i at det er umulig å finne universelle sannheter da mening alltid må forstås ut i fra konteksten der den ble dannet. Det er i motsetning til Small-Q skolen hvor man forsøker å gjøre kvalitativ forskning akseptabel for kvantitative forskere, og å mykne overgangen mellom kvalitativ og kvantitativ forskning. Eksempelvis forsøker man å generere reliable resultater, som ikke vektlegges i Big-Q fordi man ønsker at dataanalysen skal være fleksibel og påvirket av forskerens unike standpunkt. I Big-Q tilnærminger er det ikke et mål å generere kvantitative representasjoner av et tema (Clarke et al., 2015). Derfor vil dybden og nyansene i datasettet, og hvordan disse svarer på problemstillingen, vektlegges mens utvalgsstørrelse er sekundært.

Selve dataanalysen ble gjennomført i henhold til de seks stegene beskrevet i Braun og Clarke (2006). I den første fasen gjorde forfatteren seg kjent med materialet gjennom å transkribere intervjuet, og lese gjennom det transkriberte materialet gjentatte ganger. Koder ble dannet i fase to ved å systematisk notere ulike aspekter ved data som virket interessante for forskeren ut i fra mønstrene som gikk igjen i materialet. Det ble særlig kodet for belastninger knyttet til det å være pårørende og ha felles barn med en rusavhengig, og erfaringer med hjelpeapparatet. Årsaken til dette er at det var dette informantene vektla mest og ville formidle mest om. Etter å ha kodet hele materialet ble kodene i neste fase skrevet ut og klippet opp slik at hver kode var representert på et stykke papir. Gjennom å gruppere koder som liknet på hverandre ble potensielle hovedtemaer til. Innenfor hvert hovedtema ble det dannet undertemaer. I fase fire ble de tentative temaene gjennomgått for å undersøke om de passer til kodene og datasettet som helhet. Der det ikke ble funnet nok støtte for et hovedtema ble det forkastet eller til et undertema et annet sted. I andre tilfeller var det for mange fellestrekk mellom ulike hoved- eller undertemaer slik at de ble slått sammen. I neste fase ble

hoved- og undertemaer gjennomgått ytterligere. Tentative temanavn ble endret til kortere og beskrivende navn tilpasset temastrukturen forøvrig. Deretter ble funnene skrevet ned med tilhørende, underbyggende sitater. Lange sitater kan ha blitt avkortet ved at et element som ikke er nødvendig for forståelse av innholdet ble fjernet. Dette indikeres slik: (...).

### Resultater

Gjennom fokusgruppeintervjuet ble det generert mye informasjon, og denne artikkelen vil fokusere på de to hovedtemaene som var mest fremtredende i data. *Figur 1A* (se vedlegg A) viser preliminær temastruktur med fem hovedtemaer med tre til fire tilhørende undertemaer hver. Den reviderte og endelige temastrukturen ble dannet etter flere gjennomganger av data og er vist i *Figur 1*. De to hovedtemaene er *personlig belastning* og *ønsker i møte med hjelpeapparatet*. Hvert tema med tilhørende undertemaer presenteres her med direkte sitater fra informantene. Som vist i *Figur 1* er undertemaene til *personlig belastning* overordnet ansvar, beredskap og uforutsigbarhet, etterreaksjon da situasjonen stabiliserte seg og emosjonelle belastninger. Hovedtemaet *ønsker i møte med hjelpeapparatet* består av følgende undertemaer: bli sett, hørt, bekreftet og inkludert, bedre tverrfaglig samarbeid og mindre tilfeldighet, bistand og veiledning og kjennetegn ved gode hjelpetilbud.



*Figur 1.* Temastruktur basert på tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006).

### Personlig belastning

Temaet personlig belastning består av fire distinkte, men relaterte, undertemaer som gir et inntrykk av de ulike belastningene informantene opplevde. De fleste belastningene som ble skildret av kan tenkes å være unike for denne pårørendegruppen. Det skyldes at informantene hadde et felles barn som de forsøkte å ivareta til tross for delvis vanskelige omstendigheter. Olav forklarte hvordan han opplevde det som komplisert å ha barn sammen med kjæresten som var rusavhengig:

Hadde vi ikke hatt barn så hadde vært noe annet, så det å ha barn med en som er rusmisbruker er en viktig faktor for hva som foregår inni meg, da. (...) Det er enda mer folk å forholde seg til i forhold til å gå opp en vei for å gjøre avtaler og finne gode løsninger og sånne ting enn hvis det bare var meg og henne. (Olav)

**Overordnet ansvar.** Alle informantene beskrev at de følte seg ansvarlig for hele situasjonen. Det avviker fra det ansvaret de fleste foreldre trolig opplever fordi den rusavhengige representerte noe utrygt og uforutsigbart i hverdagen. Foreldre flest har én til forelder å støtte seg på eller har eneansvaret. Disse foreldrene derimot hadde ikke bare eneansvaret (i perioder), men måtte i tillegg beskytte barnet fra negative opplevelser knyttet til den andres rusbruk. Mer konkret strakk ansvaret seg fra å sørge for at barna fikk en fin oppvekst, at den rusavhengige ble ivaretatt, til at hverdagens gjøremål ble tatt hånd om. Olav sammenliknet det med å jobbe som en administrerende direktør ved siden av å jobbe fulltid. Denne sammenlikningen kjente de andre seg igjen i. Han fortalte også at han i begynnelsen ble overveldet av alle administrative oppgaver man får som pårørende, og som man til å begynne med ikke har noen forutsetninger for å mestre. Det er først og fremst dette han opplevde som belastende og ble sliten av.

(...) det er ingenting som tilsier at jeg skulle føle noe på det men jeg fikk automatisk et ekstremt ansvar for alt som skjedde. Jeg følte det var mitt ansvar hele tiden at dette skulle gå i orden. At hun møtte opp til det hun skulle møte opp på. At barnevernet fikk det de skulle ha. At økonomien var i orden og at barna fikk oppleve å ha en normal barndom. (Olav)

Som nevnt innledningsvis var hensynet til barna kjerneaspektet ved det overordnede ansvaret informantene rapporterte. De trakk særlig frem hvor krevende det var å ivareta barnet og skjerme det fra uheldige opplevelser i møte med den rusavhengige. Tre av informantene

fortalte om belastningen de følte når den andre forelder ikke klarte å ivareta barnas fysiske og emosjonelle behov, og informantene måtte finne måter å håndtere barnas skuffelser på.

Nei det er ikke alltid du får mat når du er hos pappa og så er det helt sånn grunnleggende ting som man tenker at det ordner de fleste foreldre med så det er jo litt sånn ja. Å håndtere hennes skuffelser og mine og at du ikke overfører dine egne til barnet og det er mange ting å skulle passe på der. (Silje)

Også er det gang på gang (...) som alle andre her sier at man gjør sitt beste for at barna ikke skal bli påvirket av den skuffelsen når ansvaret ikke er tilfredsstillende. (Olav)

Det er slitsomt å legge til rette for at alt skal gå på skinner for at ingen skal bli påvirket av det og skuffelsene. (Anne)

Informantene kompenserte mye for den rusavhengige. I noen tilfeller handlet det rent praktisk om å stille opp når den rusavhengige forelder ikke innfridde et løfte. Andre ganger måtte de håndtere barnets emosjonelle respons på at noe ikke gikk som forventet. Eller de kompenserte for den rusavhengige forelderens manglende initiativ til å se barnet sitt. Anne hadde i flere år stått på for forholdet mellom sønnen og den rusavhengige ekskjæresten. Summen av hensynene informantene tok både for barna og for å få hverdagen til å gå opp ble beskrevet som svært belastende av alle.

Jeg gjør det ikke for min del, jeg gjør det for sønnen min sin del og han andre, han bryr seg liksom ikke. Jeg føler jeg legger så mye arbeid i det og så er det sånn ”ækj”. (...) Han tar for gitt at jeg fikser det. (...). (Anne)

(Eks)partnerne var i praksis én forelder som gjorde jobben to foreldre vanligvis gjør. I tillegg kompenserte de for negative påvirkninger rusbruken til den andre kunne ha på situasjonen som helhet og på barna spesielt. Det var ikke en situasjon som hadde avgrenset varighet da det var uvisst når eller om den rusavhengige ble rusfri og i stand til å ta sin del av ansvaret. Det gjorde at informantene ikke kunne tillate seg å bli dårlige selv eller havne i en situasjon hvor de ikke kunne ta ansvar. En konsekvens av dette var lite tid til å slappe av og for eksempel feste med venner, da de ikke hadde en plan B å falle tilbake på skulle de være i dårlig form dagen etter. Kun når barnet var ivaretatt av besteforeldrene eller et annet familiemedlem fikk informantene fri fra ansvaret. Da vi snakket om informantenes egne rusvaner var det dette som ble fremhevet. Ingen brukte ulovlige rusmidler, og alkohol ble nytt i beskjeden grad dersom de hadde råd til å overlate ansvaret til noen andre. Det ble ikke

beskrevet som et savn å ikke kunne drikke og feste mye, men når de først hadde anledning var det veldig deilig å slippe av fra ansvaret en liten stund. Dette illustreres av denne dialogen mellom Olav, Marte og Silje.

Silje: Men hvis du tenker på det du sa i sted da, med å ha disse jobbene man har til enhver tid, og ansvaret og administrerende direktører fungerer jo litt dårlig med en grandios bakrus (ler litt). Så det er jo det som gjør at dette faller ikke sammen og da kan man jo si at det gjør det ikke for andre foreldre heller.

Marte: Jo men og plan b har man også sant, at hvis man er for full og ikke klarer å komme seg opp da har man ikke noen mulighet for en plan b.

Silje: Så det lar jo ikke seg kombinere med det vi holder på med da.

Olav: Nei, det gjør det ikke. Men i perioden det pågikk som verst eller de årene der, så var det da var det hvis han var hos min mor eller far enten i utlandet eller på et hotell eller noe sånt. Det var da, eller så var det aldri. (...)

Silje: Du er jo fri fra ansvaret da, sant.

Olav: Ja

Silje: For da vet du at ok, her er det noen besteforeldre her eller det er noen sånn og hun skal faktisk ivaretas en hel natt. Nå er det min mulighet! (latter)

Olav: Det er akkurat sånn! Men det forandrer jo forholdet ditt til alkohol da, å leve som en administrerende direktør. På mest godt egentlig, det er per definisjon nødvendigvis ikke sånn at man må nyte alkohol.

**Konstant beredskap og uforutsigbarhet.** Alle informantene fremhevet en følelse av konstant beredskap og uforutsigbarhet. Beredskapen oppsto som en konsekvens av at den rusavhengige var uforutsigbar og at uheldige situasjoner kunne oppstå når som helst. Det kunne skyldes avtaler som plutselig ble endret eller avlyst, eller i verste fall at barna havnet i situasjoner som potensielt var skadelige for dem. Konsekvensen av dette var at de pårørende stadig måtte være på vakt fordi de aldri visste når de måtte gripe inn. I ”beredskapsarbeidet”, som Olav kalte det, måtte man hele tiden vurdere ulike måter å håndtere noe opp mot alle mulige utfall. Han opplevde å være i konstant beredskap også dersom det var rolig, fordi han var redd for å ha gått glipp av noe.

Å gjøre avtaler med en som er rusavhengig, det er vanskelig. Og det prøver man ofte lenge på når man har felles barn fordi at man vil få til samvær med begge og det gjør det uforutsigbart for barnet også. Kan bare snakke for meg selv men jeg antar at det er generelt. Og mye avtalebrudd og avtaleomgjøringer, og i verste fall lærer vi barna at avtaler som angår meg ikke er så viktig eller så farlig. (Silje)

Og det skjer noen ting hele tiden, og hvis det ikke skjer noen ting så tror du at det skjer noe så da er du på konstant jakt etter hva er det jeg ikke får med meg nå. Nå er det noe galt her, nå er der for stilt. Det er utfordrende, slitsomt og konstant beredskap. (Olav)

Så blir man veldig opptatt av å håndtere saken veldig bra for egen del så man kan være tilstede for barnet hele tiden. Man har alltid en plan B klar i bakhode uansett hva som skjer. (Marte)

Konsekvensen av langvarig beredskap og uforutsigbarhet kan komme til uttrykk gjennom diffuse kroppslige plager som kan være vanskelig å knytte til den psykososiale belastningen. Silje har opplevd ulike plager i rygg og nakke, og det tok henne lang tid å relatere disse til påkjenningene hun har vært gjennom.

Da dere sa alarmberedskap i sted så tenkte jeg at han (osteopaten) sa at hele overkroppen min er i beredskap, det er som å kjøre en bil med håndbrekket på. Akkurat som at overkroppen min er helt sånn tettet sammen. (Silje)

Den konstante beredskapen kunne påvirke informantene og særlig barna også etter at situasjonen hadde normalisert seg og det ikke lenger var grunn til å være på vakt hele tiden. Olav fortalte at han så den eldste av barna gjøre de kontrollrutinene han pleide å bruke. Marte var enig i at beredskapen kunne vedvare i barna også etter at rusbruken opphører. Hun knyttet det til ruspersonligheten som hun forklarte betyr at den rusavhengige kan være uforutsigbar også etter å ha blitt rusfri. Silje derimot så at datteren tok ansvar for farens følelser, selv om det var mange år siden hun så ham ruset. Hun opplevde at datteren kunne gå langt for å hindre at faren skulle bli lei seg, til tross for at de hadde diskutert at det ikke er hennes ansvar som barn.

Hun skal (...) være hjemme sånn at han kan komme på bursdagen hennes og da føler jeg at hun tar litt ansvar for at han noen ganger ikke har dukket opp eller dratt etter veldig kort tid og sånn.

Hun er alltid sånn ”det skal liksom ikke være noe jeg gjør sånn at han ikke får feiret bursdagen min” (...)

Hun går inn og passer på hans følelser, det skjer ofte. ”Hvis ikke jeg ringer tilbake nå så blir han lei seg”. (Silje)

Det i forhold til beredskap det merker jeg at fortsatt sitter i barna da. Ikke så mye Patrick, men søsteren. Jeg kjenner igjen mine kontrollrutiner (...) som hun bruker på moren. Altså den tilnærmingen kjenner jeg igjen som hun har overfor mammaen sin i forhold til å kontrollere om alt er greit. (Olav)



Man har ikke helt de samme tankemønstre eller ja selv om man er rusfri. Og at barna også reagerer på det, ikke kun rusen. Det kan sitte i lenge. Uforutsigbarheten og sånt, ikke kun rusen. De er ikke frisk selv om de leverer rene urinprøver. Det er litt sånn hvert fall på barnevernet og er det veldig sånn skille ”er rusprøvene rene” hvis rusprøvene er rene da er allting godt. Men sånn er det ikke. (Marte)

**Etterreaksjon da situasjonen stabiliserte seg.** Tre av fire informanter fortalte at det tok de lang tid å forstå hvor krevende situasjonen var. To fikk en sterk etterreaksjon etter flere år med sterk belastning da situasjonen omsider stabiliserte seg. Før hadde de ikke rukket å kjenne etter hvordan de ble påvirket. Det handlet også om at informantene ikke hadde et annet valg enn å ta det ansvaret og håndtere situasjonene som fortløpende dukket opp. De hadde ikke råd til å bli dårlige selv, i mangel på plan B som beskrevet tidligere. For Olav sin del tok det fire år før han skjønnte hvor sliten han var og omfanget av belastningen han hadde stått i. Marte kjente seg igjen i det. Hun beskrev at hun var i krisemodus hvor hun ikke rakk å tenke over hvor ille situasjonen egentlig var. Silje opplevde ikke en slik reaksjon, men som tidligere nevnt hadde hun vage, fysiske plager. Hun fortalte at det tok henne mange år å forstå at hun trengte hjelp.

Når de fem årene som var ille for min del, 4 år, da visste jeg ikke at jeg var sliten eller at jeg hadde det fælt. Hadde ikke i det hele tatt tenkt på det. Men den dagen jeg, skulle til å si, satt ned foten og sa nå er det nok, nå må vi.. da var jeg jo utslitt. Jeg var helt ødelagt. Helt ferdig. For da slapp alt og jeg falt ned som en potetsekk på innsiden av dørstokken og tenkt holy shit hva er det som har foregått de siste årene liksom og da trengte jeg mye tid for å komme meg til hektene igjen. (Olav)

(...) Etter at samboeren min ble edru og stabil på medisiner og sønnen min begynte i barnehagen og sånn og hverdagen begynte å stabilisere seg etter alt som vi hadde vært gjennom da kom min reaksjon. Da ble jeg kjempedeprimert. Jeg hadde liksom kjempet for livet frem til da. (Marte)

**Emosjonelle påkjenninger: sorg og ambivalens.** Informantene fortalte om mange emosjonelle påkjenninger. Sorg ble nevnt flere ganger knyttet til at forventninger til fremtiden ikke ble innfridd. Silje ga uttrykk for at hun ikke kunne gi datteren den oppveksten hun ønsket. Marte fortalte hvordan hun opplevde det da rusen kom i konflikt med fremtidshåp.

Kanskje man har noen andre planer. Jeg kjenner i hvert fall på at kanskje man hadde noen ambisjoner. Ikke at jeg var sånn kjempebevisst hvordan jeg skulle være som mor før jeg ble det men man tenkte at det skal vi få til, og det skal vi få til og det skal vi få til og så må du liksom trekke ned den ene tingen etter den andre da. Det får vi ikke til. Nei, sånn ble det ikke. (Silje)

Det er nesten som en slags sorg, eh kjenner jeg da. Åh nå ble det rusen igjen, på et vis. Man har jo tanker og drømmer når man er nyforelsket. (Marte)

Ambivalens var en annen følelse halvparten beskrev. I Olav sitt tilfelle var det knyttet til kjæresten, som han ga uttrykk for å være veldig glad i, samtidig som det også har vært vanskelig å være sammen med henne. Anne derimot strevde med hvor hun skulle legge lista for når hun hadde gjort nok for at far og sønn skal ha et forhold. Det var en ensidig innsats som hun ofte ble sliten av. Samtidig fikk hun dårlig samvittighet hvis hun lot være.

Det er vanskelig å være i et forhold med en rusmisbruker og ha felles barn. Utrolig vanskelig. I hvert fall hvis man glad i alle tre involverte, det og kanskje at jeg aldri har opplevd å ikke være glad i den som er rusmisbruker. (Olav)

Nå gidder jeg ikke mer, jeg orker ikke å ofre en kalori for at det her skal ordne seg, jeg gidder ikke. Da blir det sånn en liten periode, og da må jeg be han ta det opp igjen for da kommer jo samvittigheten, jeg må jo jobbe for at de skal opprettholde det båndet som de har. Det der tapper meg for energi. (Anne)

### **Ønsker i møte med hjelpeapparatet**

De pårørendes erfaringer med hjelpeapparatet var i overveiende grad preget av at de ble brukt som ressurs og fikk minimalt med bistand for å mestre sin situasjon, til og med når de etterspurte hjelp. Det opplevdes også tilfeldig og personavhengig om de fikk god hjelp. Generelt fremkom det at de ulike instansene virket å ha lite kunnskap om utfordringene denne spesifikke pårørendegruppen har og derfor ble de ofte ikke møtt på disse. En viktig samarbeidspartner var barnevernet, som så ut til å støtte seg veldig på den friske forelderen og tok for gitt at vedkommende tok ansvar og holdt ut i en periodevis krevende situasjon. Dette sitatet fra Olav viser det veldig godt: ”Da sier jeg som barnevernet,” ”du må tenke på det sånn Olav, at når Patrick kommer fra mor så er glasset tomt, så er det ditt ansvar å fylle opp” (*latter*) og da satt hun med to glass, sånn!” Bildet er imidlertid mer nyansert enn dette, og alle pårørende har også hatt positive opplevelser i møte med hjelpeapparatet som vil trekkes frem senere for å gi et bilde av hjelp som opplevdes nyttig.

**Bistand og veiledning.** Som nevnt tidligere hadde de pårørende et komplekst helsesystem å forholde seg til, som de ikke hadde noen forutsetning for å kunne forstå. Olav fortalte at det kom brått på og at han ble overveldet av alt han måtte sette seg inn i. Han skulle ønske han hadde fått bedre hjelp til å orientere seg i systemet og vite hvem han skulle henvende seg til i de ulike situasjonene som oppsto. Selv nå etter å ha forholdt seg til systemet i flere år virket det uoversiktlig for ham. Flere opplevde at de fikk lite hjelp fra

hjelpeapparatet, kun ytterligere ansvar. Silje opplevde at når hun selv trengte hjelp og oppsøkte fastlegen endte hun opp med å få enda en problemstilling å ta stilling til, uten å få hjelp selv.

Jeg ble sliten fordi du får gå noe skole og sånn for å utføre noen av de administrative oppgavene du får som pårørende. (...). Mens sikkert alle de som sitter rundt borde har gjort mye av det fra den ene dagen til å ikke forholde seg til sånne ting til å den andre dagen hvor det er både barnevern og alt sammen. (Olav)

Nå er det jo forskjellig hvordan vi har opplevd det her da men jeg har savnet det å få hjelp til veiledning bare å vite at...den dag i dag vet jeg ikke hvor jeg skal gå for å få veiledning og hjelp hvis det skjer igjen. (Olav)

Og så skjønte jeg da jeg var på møteplassen at kanskje jeg må ha litt hjelp her også dro jeg til fastlegen min som sa til meg: ”men skal han der ha foreldreansvar?”. Og da ble jeg sånn, åh nå må jeg kaste opp, skal jeg ta ansvar for å finne ut om det liksom? (Silje)

Den rusfrie (eks)partneren må vurdere om samvær med den rusavhengige forelderen er forsvarlig. Dette ble beskrevet som en hovedutfordring i samarbeidet med hjelpeapparatet. Informantene måtte forholde seg til to lovverk som de opplevde slo ihjel hverandre. Det første er barneloven som sikrer barnet samvær med begge foreldrene (Lov om barn og foreldre, 1982, §42). Den andre er lov om barnevern som skal sikre at barn ikke lever under uforsvarlige forhold som setter deres helse og utvikling i fare (Lov om barneverntjenester, 1993, §1). De tre informantene som måtte ta slike vurderinger opplevde at det var en stor utfordring som de ikke fikk hjelp til å ta selv når de eksplisitt ba om det. Silje fortalte at det er vanskelig å vurdere om samvær var forsvarlig særlig dersom man ikke bor sammen med ekspartneren og ikke vet hva vedkommende holder på med til enhver tid. Olav opplevde nettopp dette en gang da han prøvde å sikre forsvarlig samvær. Likevel havnet barna i en uheldig situasjon fordi mor hadde tatt overdose. Han fikk lite forståelse fra barnevernet for den vanskelige vurderingen han måtte ta.

(...)vi som er den andre forelderen skal vurdere den andre knyttet opp mot samvær og hva skal vi vurdere ut i fra? Det de sier selv? For du sa jo sånn at du vet ikke hvordan det er med ham, jeg vet jo ikke helt hvordan det går med ham og det gjør man jo ikke når man flytter fra hverandre og har to forskjellige bo sant ja, men vi skal likevel ta en beslutning og vi skal stå for den og vi har ansvaret for at det var en riktig beslutning hvis ikke så blir vi jo tatt selv. ”Herregud du sendt’a dit ja, der skulle det jo

ikke være noen barn nå. Det var ikke noe smart". Eller du får beskjed om "Oi du sendte henne dit du, i 6 år!" (...) du skal drive og vurdere noe som du ikke har forutsetninger for å kunne vurdere. (...) (Silje)

Og da var det oppvaskmøte da hos barnevernet for situasjonen hjemme i huset mitt. Ehh og da sitter barnevernet og sier at det er ditt ansvar. Jeg sa jeg skjønner det der og da, jeg tok ansvar og ryddet opp i situasjonen. Men så klarte de også å sitte og peke på meg og si "hvis ikke du sørger for at det er sikkert og ordentlig for barnet ditt så kan vi ta det fra deg". (Olav)

Både Anne og Olav valgte å betale av egen lomme for å ha en tilsynsperson tilstede under samvær. Olav opplevde at sønnen kunne merke noe ubehagelig til tross for at det var en tilsynsperson der. Anne ga uttrykk for hvor vanskelig det var å vurdere hva som var trygt samvær da hun aldri kunne vite hvilken tilstand den rusavhengige ekskjæresten var i. I tillegg måtte hun håndtere skuffelsen sønnen følte hvis det ikke ble noe av fordi hun oppdaget at faren var ute av stand til å ha samvær.

Vi har jo ordnet med tilsyn da. Han får ikke være alene med ham vi vet jo aldri hva slags tilstand han er i så jeg må jo treffe han først eventuelt. Da blir han jo skuffet han andre hvis det ikke lar seg gjennomføre. Sånn er det. (Anne)

Også kjøpte jeg tilsyn. Betalte for at en person skulle være der, en sånn privat aktør. Det var ikke noe.. (latter) så det var også en utgift som er helt hinsides. Det var verdt det (...). Så er det svært få ganger i den perioden hvor hun ruset seg at Patrick har sagt når jeg hentet han at "jeg vil ikke være til mamma mer". Og da får jeg vondt i meg for da han har lagt merke til noen endring sikkert eller et eller annet som ikke den jeg betaler penger til har lagt merke til. (Olav)

En annen utfordring knyttet til vurdering av samvær var at de pårørende opplevde at taushetsplikten kom i veien for vurderingen de skulle ta. Marte fortalte om en gang barnefaren var innlagt i forkant av et planlagt samvær. Anne kjente igjen denne vanskelige situasjonen.

Og hvis vi ringer til hjelpeinstansene for eksempel hvis de er innlagt eller noe sånt og spør om informasjon da har de taushetsplikt." Ja men de skal ha samvær i morgen" "ja nei, det kan jeg ikke si noe om personen har det bra." (Marte)

Ansaret faller på oss uansett om det er ... Du står jo mellom barken og veden da. (Anne)

**Mer tverrfaglig samarbeid og mindre tilfældigheter.** De pårørende hadde alle forskjellige opplevelser med hjelpeapparatet. Noe som kom tydelig frem var at de opplevde at det var personavhengig og tilfeldig om man fikk god hjelp. Det opplevdes urettferdig at noen

fikk svært god hjelp, mens noen med tilsvarende problemstilling ikke fikk det. Særlig Olav kjente fremdeles på frustrasjon da han tenkte på barnevernet, og skulle ønske han kunne bidra med forslag til hvordan de kan hjelpe pårørende på en bedre måte. Han var opptatt av å bli møtt av et medmenneske, men hadde flere ganger opplevd at den som skulle hjelpe ham var mest opptatt av å behandle ham korrekt i henhold til regler og paragrafer. Anne kjente seg igjen i dette, og skulle ønske man brukte mer skjønn i møte med pårørende. Flere opplevde at tjenestene var fragmenterte og at man derfor ble sendt fra kontor til kontor. Olav ga tydelig uttrykk for at han kunne ønske at det tverrfaglige samarbeidet fungerte bedre. Marte derimot hadde helt andre erfaringer og mange positive møter med hjelpeinstansene. Hun opplevde et godt faglig samarbeid og fikk hjelp og anerkjennelse for den belastningen hun bar som pårørende. Da hun hørte om de andres opplevelser kjente hun på hvor urettferdig det var at ikke alle fikk like god hjelp.

Hvis man ikke er så heldig at man møter riktig person, som har evnen til å gå inn i som et medmenneske og en forståelse for situasjonen og ikke sitter og blar opp med to dikk og lover og regler og sitter sånn ” nei innenfor den rammen der kan jeg ikke gjøre noen ting, da må du gå til de” ”ja men de sier ...”og så blir det bare tull og den som blir skadelidende det er ikke meg, i stor grad, (...), det er i hvert fall ikke den som er rusmisbruker, men det er (...) ungen (...). (Olav)

De bruker ikke skjønn. (Anne)

Ehh etter at vi fikk kontakt med (behandlingsinstans) som har vært helt fantastisk og bare kjørt i gang med ansvarsgruppemøter og liksom kalt inn alle instanser og alt sånt og fikk oss lagt inn på (behandlingsinstans) mens jeg var gravid og 4 måneder på vei eller noe sånt. Så vi var lagt inn sammen, som en familie (...). Og det var helt fantastisk. Liksom det at de så familieperspektivet, de så at det her var noe som påvirket meg som pårørende i så stor grad at selvfølgelig skal vi legges inn sammen. (...) Og (behandlingsinstans) også, (...) du må virkelig ha noen som brenner for det her og som virkelig går utover regelverket, der har (behandlingsinstans) virkelig vært bra for de ser familien og ikke bare hans situasjon isolert og hva han driver på med. (...). (Marte)

Ja, for det burde være sånn for alle som for oss! Når jeg har vært på møteplass og hørt hvor håpløs noen har hatt det, og virkelig har kjempet hardt, det er så urettferdig! Hva er grunnen til at jeg har fått så mye hjelp, og Olav her har fått så lite og blir så lite inkludert? Ja, det skal ikke være sånn, vi bor faktisk i et land hvor vi betaler like mye skatt. (Marte)

**Bli sett, hørt, bekreftet og inkludert.** Alle informantene fortalte at de på hver sin måte har savnet å bli sett, hørt og bekreftet da de ba om hjelp eller ga uttrykk for at noe var vanskelig. I tillegg savnet de å bli inkludert i drøftingen omkring behandlingen av den

rusavhengige eller å få informasjon knyttet til tilstanden hans eller hennes. Olav savnet å bli inkludert i behandlernes drøfting av når kjæresten kunne få ta del i omsorgen etter at han hadde hatt omsorgen alene i lang tid. For ham kom det veldig brått på da hun plutselig skulle få ha barna 50% av tiden. Behandlerne hadde ikke tatt hensyn til hans beredskapssystem som han hadde utviklet over mange år, og det ble veldig stressende å skulle gi slipp på det fra en dag til neste. Både Anne og Marte hadde som nevnt liknende opplevelser av å ikke bli inkludert når de spurte hvordan faren hadde det når han var innlagt og skulle ha samvær.

Men det er veldig veldig underlig at man ikke da endrer fokus totalt og innlemmer da den som har vært pårørende i å være med i den diskusjonen på en helt annen måte enn det jeg ble. For om hun var klar for å ta et ganske godt jafs inn i den prosenten fra starten av så er det ikke sikkert at jeg var der. For alle de kontrollpunktene som jeg tok med samværet med tilsyn for eksempel (...) før jeg på en måte følte at det var ok å gå, til og med med tilsyn. Og så når de kommer frisk og rask tilbake og jeg har vært heldig for det var jo faktisk veldig bra med henne, og er det fortsatt. Ehh men overgangen var jo et helvete. Jeg har ikke kjørt på utsiden av huset, det har jeg ikke. Men det var fader ikke langt unna (...). (Olav)

Anne opplevde å ikke bli hørt i (behandlingsinstans) da sønnen skulle utredes for ADHD. Hun ga uttrykk for frustrasjon over at de ikke var åpne for å se om sønnens atferd var knyttet til farens utfordringer og ikke en ADHD diagnose slik de påsto. Hun så en sammenheng mellom at sønnen har fått vite litt om farens tilstand, og kunne ofte være urolig i barnehagen i etterkant av samvær. Selv om han var for ung til å snakke stort om det han tenkte på, ga han uttrykk for bekymring for faren. Hun savnet også hjelp til å snakke med sønnen om hvordan far har det.

Samtidig som har sønnen min har blitt utredet for ADHD i (behandlingsinstans) så har jeg liksom vært i den fasen samtidig med at vi har begynt å gitt litt informasjon til han om at pappa er syk. Men de bryr seg ingenting om det,” vi gir ham medisiner og så sjekker vi om det funker”. Også” vi prøver to måneder uten tiltak nå, eller med tiltak på skolen og snakker litt med læreren også hvis det ikke hjelper så får han medisiner”. De tenker ikke på at kanskje fars situasjon har noe med uroa å gjøre. Det har ingenting å si. (Anne)

Men det ... der savner jeg også litt hjelp i forhold til det med (behandlingsinstans) at vi ... hva skal vi si til ham? Hva skal vi gjøre? ”nei, må vente til han er klar til å ta i mot besøk fordi han må fortelle det selv.” (Anne)

To av deltakeren hadde inntrykk av at deres belastning ikke ble sett av hjelpeapparatet fordi de er ressurssterke mennesker. Silje fortalte at barnevernet avslutter saker med” ivaretatt

av mor” eller” far kompenserer for mors rusbruk” uten å lure på hvor lenge den andre forelderen klarer det. Hun husket da en ansatt i barnevernet som kom på ROM ble spurt om nettopp dette, og ble bevisstgjort for første gang hvilken belastning den som kompenserer lever med til tross for at man tilsynelatende har det bra. Silje hadde enda ikke opplevd å bli spurt om hvordan hun har det, trolig da hun er høyt fungerende og datteren virker å ha det bra. Olav hadde den samme opplevelsen. Han kom fra en ressurssterk familie og da hjelpeapparatet så det antok de at han kom til å klare seg på egenhånd.

Vi (på ROM) utfordret hjelpeapparatet litt på at” men er det sånn at dere definerer den ene forelderen som frisk og den andre som syk?” og at i det at ”hun her blir ivaretatt av mor” eller ”mor kompenserer for far” eller motsatt da. Og så var det hun ene som kom fra (...) noe barnevern (...) og hun sa at den setningen her, den hadde hun brukt så mange ganger og hun var helt sånn skamfull og hun skulle tilbake på sin egen arbeidsplass og si at det var på en måte sånn at (...) ”det her barnet er ivaretatt av den moren eller den her faren” altså kompenserer for fars eller mors rusbruk uten at man lurer på hvor lenge klarer man det? Jeg tror jeg savnet at man sa sånn” hvordan går det med deg, hva trenger du nå for å stå det her av?” Det er det ingen som har lurt på noe tidspunkt (...)...Men jeg tror man bare tenker at så lenge barna har en sånn oppførsel som ingen reagerer på og man har en forelder som dukker opp på alle foreldremøtene og kontaktsamtalene (...)...og jeg har vært åpen med for eksempel barneskolen og nå litt ungdomsskolen hva som er greia hos oss så tror jeg at de bare er sånn ”ja, men det her er jo null stress med hun her har jo foretatt seg noe da, det er ikke noe...her går det jo greit” og så kan man si at hvor lenge gjør det det. (Silje)

Dag 1 i min prosess så var det masse ressurser til stede, masse vilje, masse positivitet, det her skal vi få til som familie. Men hva skal vi gjøre? Mine foreldre og alle, hva skal vi gjøre? Hvordan skal vi løse det? Hvordan kan vi være med og gjøre det her ordentlig. Svaret er at ”oii, her var det jo masse ressurser, det her klarer dere selv. (Olav)

**Kjennetegn ved gode hjelpetilbud.** På samme måte som alle informantene i varierende grad hadde negative opplevelser i møte med hjelpeapparatet, hadde de også i varierende grad positive opplevelser. Informantene fremhevet særlig tre faktorer som kjennetegnet gode hjelpetilbud. Alle ga uttrykk for hvor verdifullt det var å ha en arena hvor de fikk møte andre i lignende situasjoner. I tillegg følte de godt der hjelpetilbud anerkjente de pårørendes betydning, både gjennom å inkludere de i behandlingen av den rusavhengige og tilby egne opplegg for pårørende. Den siste faktoren som ble nevnt var verdien av å møte profesjonelle som går utover regelverket for å tilby god hjelp. Særlig Marte fortalte om mange positive opplevelser med hjelpeapparatet. Hun ble tatt på alvor og hennes betydning som pårørende ble anerkjent fra første stund. Mens de andre pårørende fikk god hjelp fra egen

familie har hennes og ekssamboers familie bodd utenfor Trøndelag slik at hjelpeapparatet ble deres viktigste støttespiller. For Silje sin del tok det mange år før hun fikk hjelp. Etter hvert fikk både hun, ekspartneren hennes og datteren gå i terapi. Olav ga uttrykk for å være veldig fornøyd med hjelpen han fikk av en enkeltperson ved hans lokale barnevernkontor som hadde opprettet en egen stilling for å hjelpe pårørende. Olav ble hans første klient, og han beskrev det som en avgjørende opplevelse.

Det her er den eneste plassen, bortsett fra nærmeste egen familie, at noen hørte på meg uten å så fortelle meg hvorfor det jeg sier er feil. Altså ... han hørte på. Det var helt avgjørende for det som skjedde for min del (...). (Olav)

(...) Og i tiden etter når vi ble skrevet ut derfra (behandlingsinstans) så har vi fortsatt å gå i behandling der, og i parsamtaler og i samspillsveiledning og psykologbehandling til meg også. Jeg har jo et åpent tilbud der enda, selv om det har vært stabilt i mange år. (...) De har jo alltid noen på vakt der så jeg har jo liksom ringt dem klokka 5 på natta og liksom” nå er han psykotisk hvem skal jeg” ”nå er han full, hvem skal jeg ringe” og sånt. Så de har vært veldig god støtte. (...) og det med regelverk og sånt, når vi skulle skrive kontrakt om rusprøver til samboeren min (hos behandlingsinstans) ) så var det ikke sånn” får vi lov til å gi beskjed til samboeren din hvis du har ruset deg”, det var” her hos oss så skriver vi at samboer skal ha beskjed hvis det er utslag” (...). (Marte)

(...) også hadde de (på behandlingsinstans) ti samlinger med den som er syk (...), og så etterpå 4 fire kvelder hvor pårørende fikk komme inn og ha samme kurset. Det var helt fantastisk. Og overalt hvor det har vært sånne ting hvor pårørende har blitt inkludert, vettu det føles så utrolig bra. De har innsett på (behandlingsinstans) at det er en sykdom som brer om seg så bredt at man er avhengig av gode pårørende som vet hva som skjer med de her folka når de går opp og ned. (Marte)

Så når han etter så mange år kanskje innså at han kanskje har et rusproblem, så kan det hende at ”åh har han noen barn han?” ”Hvem er det som passer på dette barnet?” Da ble vi på en måte litt interessant, eller hva jeg skal si, da kanskje vi blir fanget opp da. (...). Så det er jeg veldig glad for, jeg og traff (...) ei veldig bra dame og (...) Hanna fikk tilbud om barnesamtaler. (Silje)

I tillegg til informantene unike opplevelser med forskjellige hjelpeinstanser hadde alle en tilknytning til ROM ved LMS. ROMs verdi ble trukket frem av samtlige. Flere var ikke klar over hvor mange som hadde liknende utfordringer, og det føltes godt å kjenne at man ikke var alene. Anne beskrev det ”som å være flue på veggen i eget liv”. Olav fremhevet i tillegg hvor verdifullt det var å lære av andres måter å håndtere situasjonen på. Flere deltakere husket godt deres første ROM, og hvor sterke inntrykk de fikk.



Det er spesielt! Jeg husker følelsen fra første møteplass det var sånn her sånn...man følte seg så styrka liksom! Sånn shit det var ikke bortkastet alt det her og jeg har faktisk en stemme. Det var magisk.

(Marte)

Det var så fælt den første gangen så ble jeg...nå må jeg gråte tenkte jeg fordi hun dama der hun sitter og snakke om hvordan jeg har det...og det trodde jeg liksom ikke...(...) og så kommer det noen og har forberedt et innlegg da, for det er det en pårørende gjør hver sin gang og da ble jeg sånn herregud går det an! (...) alle sammen som sitter her som pårørende har noe (...) som jeg kan kjenne meg igjen i (...).

(Silje)

Jeg var så tappet etter møte at jeg må hjem, jeg må bare være i fred. Det var liksom så mye å ta innover seg. (...) det bare..det var bare så mye å svelge, og det var så mye å få sortert ut at jeg tror jeg aldri har sovet så tungt som den natta. (Anne)

Og så har det vært godt å dra på møteplassen i den perioden jeg var med. Det var (...) en ventil egentlig og det å føle at man ikke er alene. Og se, ikke at man syns det er godt at andre har det vondt, men at man ser og hører hvordan andre håndterer og takler og tenker og det at andre har det på samme måte, det gir deg faktisk litt...kall det sterkere da.. man går ikke og føler seg alene da. (Olav)

### Diskusjon

Formålet med denne studien er å undersøke hvilke psykososiale belastninger (eks)partnerne som har felles barn med rusavhengige kan ha og hvordan de opplever møtet med hjelpeapparatet som her er definert som tjenester innenfor primær- og sekundærhelsetjeneste. Oppsummert viste resultatene at mye av den personlige belastningen informantene opplevde skyldtes arbeidet de gjorde for å ivareta barnet og i noen tilfeller den rusavhengige. I tillegg opplevde de møtet med hjelpeapparatet i mange tilfeller som belastende. Informantene oppga å føle på et stort, overordnet ansvar for hele situasjonen. Den rusavhengige ble ofte beskrevet som uforutsigbar og vanskelig å planlegge med, noe som gjorde at informantene levde i en tilstand av konstant beredskap og uforutsigbarhet. Tre av fire informanter fortalte om etterreaksjoner på belastningen i form av depresjon, utmattelse eller diffuse fysiske plager. I møte med hjelpeapparatet opplevde flertallet å bli brukt som en ressurs og få lite bistand til å mestre utfordringene som fulgte med situasjonen deres. Dette gjaldt særlig samarbeidet med barnevernet. En vanske som ble trukket frem av flere var at de måtte vurdere om samvær med barnet og den rusavhengige var forsvarlig. De fikk ikke hjelp av barnevernet til å ta denne vurderingen, men kunne risikere sanksjoner dersom de vurderte feil. Resultatene tyder på at hjelpetilbud som anerkjente de pårørendes betydning og inkluderte de i behandlingen av den rusavhengige der det var naturlig opplevdes nyttige. Alle

informanter vektla dessuten nytteverdien av tiltak hvor man møter andre i liknende situasjoner. Da følte de seg mindre alene med utfordringene og kunne lære av hvordan andre har mestret ulike situasjoner.

### **Psykososiale belastninger sett i lys av tidligere forskning**

Tidligere kvalitativ forskning har vist at pårørende ofte ikke bare var bekymret for seg selv og egen fysisk og psykiske helse, men også for andre i nær familie som søsken, foreldre eller besteforeldre. Pårørende virket å være aller mest bekymret der det var barn involvert (Orford et al., 2010a). Templetons' (2010) forskning understøtter disse funnene. Hun skrev at pårørende ofte var mer bevisst på den mulige påvirkningen rusavhengigheten til et familiemedlem hadde på barna enn andre. Resultatene fra den foreliggende studien, som viste hvordan hensynet til felles barn belastet den rusfrie forelderen, støtter dermed eksisterende forskning. Samtidig er funnene fra den aktuelle studien nye i forskningsmessig sammenheng både fordi denne pårørendegruppen er utforsket og fordi den viser hvordan den rusfrie forelderen belastes. Hensynet til barna fremsto mest sentralt hos denne pårørendegruppen uavhengig av om informanten var sammen med den rusavhengige eller ikke. Det virket som at kjernen i belastningen var at den rusfrie (eks)partneren i perioder av uforutsigbar varighet var alene om å ha ansvar for barnet, og for å beskytte barnet fra uheldige opplevelser med den rusavhengige. Den rusfrie (eks)partneren fikk i tre av fire tilfeller lite hjelp fra hjelpeapparatet til å stå i denne situasjonen. Tvert imot kunne måten hjelpeapparatet håndterte saken på øke belastningen ved at vedkommende fikk ytterligere ansvar. Et eksempel på dette er ansvar for å sørge for at samvær med den rusavhengige er forsvarlig, som diskuteres nærmere senere. Dette kan skyldes at hjelpeapparatet mangler kunnskap om denne pårørendegruppen, noe denne studien bidrar til å adressere.

Resultatene pekte mot at informantene klarte å stå i en krevende situasjon i lang tid. Det tok mange lang tid å forstå hvordan og ikke minst hvor alvorlig de ble påvirket av belastningene knyttet til den rusavhengige. En mulig årsak til dette kan være at de sto alene med ansvaret, og hadde ikke noe annet valg enn å fortsette å ta ansvar. To av informantene fikk en etterreaksjon da situasjonen roet seg. Én informant ble deprimert, mens en annen ble utmattet. En tredje informant beskrev diffuse kroppslige plager i rygg og nakke. Det tok henne lang tid å knytte disse til belastningen hun hadde opplevd. Flere av de konkrete utfordringene var knyttet til ivaretagelsen av barnet og kan tenkes å være unike for deres gruppe. Samtidig viser forskning at de helsemessige konsekvensene av belastningene er felles for mange typer pårørende. Det er godt dokumentert på tvers av pårørendegrupper at pårørende til rusavhengige er utsatt for psykiske symptomer og lidelser (se f.eks. Hoel &

Geirdal, 2017; Orford et.al., 2010a), og diffuse fysiske plager (se f.eks. Nordlie, 2003; Ray et al., 2007; Svenson et al., 1995). Utmattelse ble beskrevet av England-Kennedy og Horton (2011) som en mulig konsekvens hos pårørende til rusavhengige, særlig dersom de ikke fikk hjelp til å mestre utfordringene knyttet til den rusavhengige. Figley (2002) nevnte symptomer som anspenhet og bekymring for den syke som vanlige ved empatiutmattelse. Særlig anspenhet viste seg å være vanlig blant informantene, både i form av konstant beredskap og muskel- og skjelettplager.

Man kan ikke dra definitive slutninger om hvilke konkrete belastninger som fører til fysiske eller psykiske reaksjoner. Også forskning på pårørende til mennesker med helt andre sykdommer viser at liknende symptomer er vanlige. Forskning på pårørende til kreftpasienter viste at også disse kan lide av depresjon, engstelse og generelt har høy opplevd belastning (Grunfeld et al., 2004). Kronisk sykdom generelt, men spesielt sykdom knyttet til hjernen som for eksempel psykiske lidelser, var knyttet til emosjonelle belastninger hos familiemedlemmer (Holmes & Deb, 2003). Derfor kan det tenkes at selve opplevelsen av å være pårørende til en person som er syk har noen felles kjennetegn som går igjen uavhengig av sykdom eller pårønderelasjon, og som kan gi seg utslag i nevnte symptomer og lidelser.

Basert på resultatene fra funnene i denne studien kan man få inntrykk av at det utelukkende er negativt å være pårørende, men forskning viser også at pårørende kan ha positive opplevelser knyttet til det å ta vare på en person de er glad i. Pårørende rapporterte blant annet at det å ta vare på et familiemedlem fikk de til å føle seg bra, at de kunne lære nye ferdigheter, at de følte noen trengte dem og at det styrket deres forhold til andre (Schulz & Sherwood, 2017). Dette viser at forholdet mellom pårørende og en person med sykdom ofte er komplekst, og at det ikke bør være et mål i seg selv å unngå at pårørende tar vare på en som er syk. Et unntak vil være der den pårørende ikke ønsker dette selv. Det kan også tenkes at en ekspartner opplever ivaretagelse av den rusavhengige som mindre givende enn der man er i et forhold. Forskningen tyder altså på individuell variasjon når det kommer til opplevd belastning. Derfor vil man uavhengig av kunnskapsnivå om den enkelte pårørendegruppe være avhengig av vurderinger av den enkelte for å kunne hjelpe best mulig. Samtidig vil økt kunnskap om utfordringene på gruppenivå kunne gjøre det lettere både for behandlere i hjelpeapparatet og allmennheten å forstå hvilke utfordringer som er vanlige hos ulike pårørendegrupper.

Ikke alle belastningene som fremkom av resultatene er unike for (eks)partnere som har felles barn med rusavhengige. Et kjernefunn fra denne studien var at alle informantene rapporterte at konstant beredskap og uforutsigbarhet utgjorde en stor del av deres belastning.

Orford et al. (2010a) oppsummerte to tiår med kvalitativ forskning på pårørende til rusavhengige. Også her var uforutsigbarhet et tema som ble fremhevet, ofte forårsaket av at den pårørende ikke visste akkurat hva som skjedde, hvordan noe skjedde eller om ting ville bli bedre. Det ser likevel ut til at forskningen på opplevelsen av å leve med konstant beredskap og uforutsigbarhet er svært begrenset. Dette til tross for at evidens for uforutsigbarheten pårørende opplever i møte med den rusavhengige har vært dokumentert i flere tiår (Velleman et al., 1993). Den foreliggende studien bidrar derfor til å synliggjøre hvor belastende dette kan være i en pårørendes hverdag. For denne pårørendegruppen oppleves beredskap og uforutsigbarhet særlig i arbeidet de gjør for å ivareta barnet. En faktor som kan tenkes å skjerpe beredskapen er at den rusfrie forelderen ofte ikke er deltakende under samvær og dermed ikke kan vite akkurat hva som skjer. Informantene beskrev også at de i rolige, upåfallende situasjoner kjente på beredskap fordi de ikke visste når noe skjer neste gang. Det var et stressmoment som alle fire informantene i fokusgruppen oppga som noe av det mest belastende i deres hverdag som (eks)partnere som har felles barn med en rusavhengig.

### **Implikasjoner for hjelpeapparatet**

Selv om det virker som at (eks)partnere som har felles barn med rusavhengige får de samme belastningsskadene som andre pårørendegrupper, er det likevel viktig å ha kunnskap om deres unike utfordringer for å kunne gi mer målrettet hjelp enn mange får per i dag. Det er ikke uvanlig at pårørende fungerer som en ubetalt og undervurdert ressurs (Copello et al., 2010). Derimot stiller andre spørsmål ved om ressursene til pårørende brukes nok (Lindholm, 2011). Lindholm (2011) argumenterte at helsepersonell kunne ha lært mer av de pårørendes erfaringer og kunnskap, men at taushetsplikten ofte er et hinder. Knyttet til den foreliggende studiens resultater argumenteres det for at begge deler stemmer, men at det er vesentlige forskjeller på å bli inkludert som ressurs og brukt som ressurs. Resultatene viste at flere pårørende savnet å bli inkludert i behandlingsprosessene til den rusavhengige, samtidig som de ble brukt som en ressurs der hjelpeapparatet trengte det. En av informantene hadde svært gode opplevelser med hjelpen hun fikk av helsevesenet, og noe av det viktigste hun trakk frem var verdien av å bli inkludert som pårørende. Flere informanter har opplevd å bli holdt utenfor på grunn av taushetsplikten. Dermed var det ofte vanskelig å få informasjon om tilstanden til den rusavhengige når informantene skulle vurdere om samvær er forsvarlig. Taushetsplikten er viktig for å ivareta pasienter og hindre at sensitiv informasjon gis til uvedkommende, og det er nok urealistisk å få endret den. En mulig løsning når det kommer til vurdering av samvær er at den rusavhengige står fri til å velge om (eks)partner får vite noe om

vedkommendes tilstand, men at tilbakeholdelse av informasjon automatisk resulterer i at samvær utgår. Slik ivaretas sannsynligvis alle tre parter på en bedre måte enn i dag. Da trenger (eks)partneren ikke å ta en avgjørelse uten nok informasjon og barnet beskyttes samtidig. I tillegg respekteres den rusavhengiges ønske om ikke å dele sensitiv informasjon.

Samtidig som informantene ga eksempler på hvordan de ble holdt utenfor av hjelpeapparatet, gir denne studien konkrete eksempler på hvordan flere av informantene ble brukt som ressurspersoner på en måte som ikke styrket dem. Tvert imot ble de gradvis tappet for ressurser. Et delvis utfordrende samarbeid med hjelpeapparatet ble rapportert som belastende av flere informanter. En av de største belastningene som ble nevnt var at (eks)partnerne måtte vurdere den rusavhengige knyttet opp mot samvær uten å få hjelp fra barnevernet. Det er særlig to problematiske faktorer ved dette. For det første var det belastende for foreldrene å være usikker på om de sendte barnet sitt inn i en skadelig situasjon. Selv om informantene gjorde det de kunne for å sikre forsvarlig samvær, som for eksempel å betale av egen lomme for tilsyn, hadde de ingen garantier for at det ble en bra opplevelse for barnet. For det andre risikerte de sanksjoner fra hjelpeapparatet dersom de vurderte feil. Sanksjonene kunne være i form av trusler om å bli fratatt barnet, eller å få kritikk for å ha tillatt at barnet havnet i en uheldig situasjon. Begge deler opplevdes urettferdig og provoserende av informantene, særlig der de hadde bedt om hjelp til å ta den vanskelige vurderingen uten å bli møtt på det.

For å bedre ivareta den rusfrie forelderens behov kartlegges mer systematisk. Dette gjelder særlig i barnevernet, men også i andre lavterskelinstanser som kommer i kontakt med barn under sårbare omstendigheter. Det er helt avgjørende å finne måter å samarbeide med en tilsynelatende ressurssterk forelder på, som også ivaretar og styrker denne forelderens. Som England-Kennedy og Horton (2011) postulerte kan ressurser brukes opp dersom man ikke får hjelp til å mestre utfordringene. Det kan ha betydning for helsen til den rusfrie forelderens. Også involverte barn vil kunne kjenne konsekvensene av at den friske forelderens ressurser brukes opp, særlig da de er i en sårbar situasjon der kun én av foreldrene kan ta ansvar. Derfor kan det være viktig at hjelpeapparatet følger ressurssterke pårørende tettere enn informantene ga uttrykk for at de gjorde per i dag.

Stress-strain-coping-support (stress-belastning-mestring-støtte) modellen inneholder en forståelsesramme som kan hjelpe helsepersonell å forstå hvilke positive og negative mekanismer som virker på pårørende (Orford et al., 2010b). Slike modeller har eksistert i helsepsykologien i flere tiår (se Lazarus & Folkman, 1984 i Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986) og kan ta utgangspunkt i ulike stressende, ofte langvarige livssituasjoner

som krig, arbeidsledighet, eller å leve med et menneske som er kronisk syk. Modellen har blitt tilpasset de spesifikke utfordringene pårørende til rusavhengige kan ha i hverdagen (Orford et al., 2010b). Den postulerer at det å være pårørende til en person som er rusavhengig (eller spillavhengig) er svært stressende (stress) og at belastningen de pårørende opplever (strain) er en direkte konsekvens av dette stresset. Belastning brukes her om negative effekter på fysisk og psykisk helse. Denne studien har vist at noen informanter opplevde psykisk belastning i form av depresjon, utmattelse og emosjonelle påkjenninger mens en annen fikk tilbakevendende fysiske plager i rygg og nakke. Modellen argumenterer som nevnt for at forholdet mellom stress og belastning er kausalt. Denne antakelsen har to mulige implikasjoner for hvordan hjelpeapparatet bistår pårørende. For det første innebærer det at belastningsskader kan forebygges eller reduseres gjennom tiltak rettet mot områdene den enkelte opplever som stressende. Den andre implikasjonen er at det vil være mindre nyttig å intervensere kun på belastningsskadene (f.eks. psykisk lidelser, og/eller fysiske plager) uten å adressere stresset i den pårørendes hverdag. Der den pårørende har alvorlige symptomer på en psykisk lidelse kan det derimot tenkes å være hensiktsmessig at disse adresseres først. Dette for at den pårørende skal komme i stand til å håndtere andre utfordringer.

Modellen inneholder også en mestringskomponent som omfatter alle handlingene den pårørende gjør i forsøk på å forstå og forholde seg til den rusavhengige (coping). Ifølge resultatene håndterte informantene situasjonen blant annet ved å ta det overordnede ansvaret for at alt i hverdagen skulle gå bra. (Eks)partnerne fulgte opp og beskyttet barnet og delvis også den rusavhengige. Modellen postulerer at den pårørende vil se noen måter å håndtere situasjonen på som mer eller mindre nyttig til å redusere belastningen på seg selv og familien. Dermed er man ikke maktesløs som pårørende, men i stand til å bedre egen situasjon og påvirke den rusavhengiges rusbruk (se også Orford et al., 2010b for diskusjon). I tillegg inngår sosial støtte (support), som er nært beslektet med mestring, som et viktig element i modellen. Sosial støtte kan både være formell og uformell, materialistisk, emosjonell og informativ.

Det er særlig to viktige aspekter ved modellen som kan hjelpe profesjonelle aktører i møtet med pårørende. Det første har allerede blitt nevnt og omhandler det antatt kausale forholdet mellom stress og belastning og muligheten for å intervensere på faktorene den enkelte pårørende opplever stressende med mål om å forebygge belastningsskader. Konkrete tiltak kan inkludere mer praktisk bistand til å ivareta barnet, siden informantene opplevde dette aspektet som mest belastende. Et bedre samarbeid mellom ulike instanser i hjelpeapparatet kan også tenkes å redusere stress. Det andre er viktigheten av sosial støtte.

Hjelpeapparatet kan og bør være en kilde til både mestring og sosial støtte. Tiltak rettet mot økt mestring kan være støttesamtaler og inkludering i behandling- og drøftingsprosesser. Formell sosial støtte kan være informativ i form av psykoedukasjon, emosjonell i form av empatiske møter med helsearbeidere og materialistisk i form av økonomisk støtte der det er behov.

Ved å se på hjelpetilbud som oppleves nyttig kan andre eksisterende tilbud utbedres eller nye opprettes. Informantene fortalte hvor positivt det opplevdes der de pårørendes betydning ble anerkjent, og der behandlingssteder tilbydde kurs, psykoedukasjon eller individuell hjelp til pårørende. Det å føle seg sett for det arbeidet man gjør og den belastningen man opplever betyr mye for pårørende, noe som både bekreftes av informantene og forskning på pårørende innen palliativ pleie (Linderholm & Fiedrichsen, 2010). Forskerne understrekte også viktigheten av genuine møter mellom pårørende og helsepersonell, og at de blir inkludert i behandlingen til den som er syk.

Også resultatene som viste ulike belastninger informantene opplevde i hverdagen kan ha implikasjoner for hjelpeapparatet. Disse belastningene er ofte knyttet til samarbeidet med den rusavhengige og ivaretagelse av barnet. Da kan den pårørende ha behov for støttesamtaler med helsepersonell som har kunnskap om det de pårørende går gjennom. Flere av informantene etterlyste også konkrete råd for hvordan de kunne håndtere ulike situasjoner. Frasen ”du kjenner situasjonen best”, som ofte ble brukt av helsepersonell, kunne virke mot sin hensikt i tilfeller der informantene ba om hjelp nettopp fordi de ikke visste hva de skulle gjøre. Flere informanter har også etterlyst hjelp til å snakke med barnet i ulike aldre om utfordringen den andre forelderen har. Gjennom å snakke med en fagperson som har kompetanse på barn og ungdom kan den pårørende bli tryggere på hva man kan si til barnet sitt. Profesjonell veiledning og støtte vil kunne styrke de pårørende og forebygge fysiske og psykiske plager.

### **Begrensninger i studien og implikasjoner for senere forskning**

Denne studien har noen metodiske begrensninger og det kan tenkes at senere forskning kan adressere disse. Ved å ta i bruk metodetriangulering på analysenivå kunne flere aspekter ved data ha blitt løftet frem. En mulighet er for eksempel å kombinere tematisk analyse med interpretativ fenomenologisk analyse (IPA). Her forsøker forskeren å forstå hvordan informanten tillegger mening til sin verden og sine opplevelser (Smith & Osborn, 2015). En annen mulighet er å kombinere bruken av kvalitative og kvantitative metoder. Dersom man har tilgang til et større antall respondenter enn det som var tilfelle her kunne man i tillegg til fokusgruppeintervju ha tatt i bruk spørreskjema. Dermed vil man i større grad

kunne dra generaliserbare konklusjoner på gruppenivå. Resultatene fra denne studien kan brukes for å utforme et slikt spørreskjema. En annen mulighet for senere forskning er både å ha (eks)partnere og rusavhengige foreldre som informanter for å triangulere på informantnivå og sammenligne hvordan situasjonene oppleves for begge parter.

Informantene ble rekruttert fra et tiltak rettet mot pårørende. Dette kan være en begrensning da det er mulig at de skiller seg fra pårørende som ikke oppsøker slike tiltak. Dette kan påvirke den økologiske validiteten til resultatene. Samtidig nevnte alle informantene noe om hvordan de opplevde ROM og hvordan det føltes å kjenne seg igjen i mye av det som ble sagt. Bare blant informantene i denne studien finner man mennesker med forskjellig bakgrunn, alder og utdanning. Det kan tenkes at det er store variasjoner blant de andre (eks)partnerne også, men at de likevel har en kjerne av opplevelser knyttet til deres situasjon som er sammenlignbar på tvers av dem. Dette støttes også av tidligere forskning blant pårørende som viser liknende belastninger på tvers av pårørendegrupper og kulturer (f.eks. Morita et al., 2011; Orford et al., 2001). Videre forskning er likevel nødvendig for å kartlegge denne gruppen ytterligere.

En annen, relatert utfordring i denne studien er den lave responsraten. Blant 25 mulige informanter deltok 4 stykker på fokusgruppeintervju. Det er vanskelig å vite hva som skiller de som ville delta fra de som ikke deltok. Non-respons bias refererer til at man kan gjøre antagelser på gruppenivå basert på en studie, hvor visse typer informanter vil være underrepresentert på grunn av at de ikke deltok (Berg, 2005). En mulighet er at det ikke er tilfeldig hvem som valgte å delta i studien. Imidlertid hadde effekten av non-response bias vært mer alvorlig for studiens konklusivitet dersom studien hadde som mål å generere generaliserbare resultater. Da dette ikke er tilfelle med kvalitative studier, vil man uansett ikke dra generaliserende slutninger om gruppen (eks)partnere som har felles barn med rusavhengige som helhet.

Samtidig poengterte Yardley (2015) at det ikke hadde vært noen hensikt å forske hvis alle situasjoner er unike og ingenting kunne generaliseres. Heller enn å forsøke å lage generaliserbare resultater basert på et representativt utvalg forsøker kvalitative forskere å oppnå noe de kaller teoretisk, vertikal eller logisk generaliserbarhet. Dette innebærer at kvalitative funn ikke skal kunne repliseres i en hvilken som helst kontekst, men at resultatene kan gi innsikt i lignende situasjoner eller utvalg. Til tross for store forskjeller kan mange kontekster også dele noen elementer med hverandre. Det tenkes derfor at kvalitativ forskning både kan være fleksibel, men også potensielt generaliserbar til mange kontekster (Yardley, 2015). Slik kan det være med denne studien som viser hvilke belastninger (eks)partnere til



rusavhengige opplevde. Når man ser funnene i lys av annen forskning blant pårørende er det mange belastningsskader og utfordringer som går igjen. Årsaken til det kan være nettopp det at aspekter ved utvalget og konteksten ligner på andre pårørendeutvalg og dermed har en viss generaliseringsverdi, ikke bare til (eks)partnere som har felles barn med rusavhengige men også pårørende til rusavhengige eller til og med pårørende til mennesker med andre sykdommer.

### **Konklusjon**

Denne studien danner et kvalitativt kunnskapsgrunnlag om opplevelsen av å ha felles barn med en som er rusavhengig. (Eks)partnere som har felles barn med rusavhengige opplever en rekke belastninger, særlig knyttet til ivaretagelsen av felles barn. Resultatene viste at selv om flere av belastningene som rapporteres kan tenkes å være unike for denne pårørendegruppen er skadene som følge av belastningen sammenlignbar på tvers av pårørendegrupper. Det inkluderer også pårørende til mennesker med andre lidelser som for eksempel demens eller kreft. Dette tyder på at selve opplevelsen av å være pårørende kan ha noen felles kjennetegn som går igjen på tvers av pårønderelasjoner og sykdommer. Samtidig viste resultatene også til flere konkrete utfordringer informantene hadde som de i tre av fire tilfeller fikk lite hjelp av hjelpeapparatet til å håndtere. Dette gjaldt særlig barnevernet som krevde at de vurderte om samvær med den rusavhengige var forsvarlig. Informantene opplevde at de ikke hadde forutsetningene til å ta en slik vurdering, men ble ikke møtt på ønsker om bistand. Resultatene støtter både litteratur om empatiutmattelse og stress-strain-cope-support modellen som viser hvordan pårørende tappes for krefter dersom de ikke får hjelp til å takle utfordringene. Informantene fikk ofte ikke den hjelpen de trengte for å stå i situasjonen sin samtidig som de ble brukt som en ressurs av hjelpeapparatet. Derfor er det viktig at kunnskap om slike utfordringer genereres og bygges videre på slik at hjelpeapparatet kan møte deres behov på en bedre måte.



## Referanser

- Barnard, M., & McKeganey, N. (2004). The impact of parental problem drug use on children: what is the problem and what can be done to help?. *Addiction*, *99*(5), 552-559. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2003.00664.x>
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2013). *Forholdet mellom barnevernloven og barneloven*. Hentet 29.11.18 fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/skjema/bua/rapportering20barnevern/veileder.forholdet.mellom.barneloven.og.barnevernloven.pdf>
- Berg, N. (2005). Non-response bias. I K. Kempf-Leonard (Red.), *Encyclopaedia of social measurement*, vol. 2. Hentet 12.11.18 fra: <https://mpa.ub.uni-muenchen.de/26373/>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, *3*(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Clarke, V., Braun, V., & Hayfield, N. (2015). Thematic analysis. I J. Smith (Red.), *Qualitative psychology, a practical guide to research methods*, (s199- 221). SAGE Publications: London.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., ... & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, *45*(1), 11-27. doi: 10.1017/S0033291714000129
- Copello, A., & Orford, J. (2002). Addiction and the family: is it time for services to take notice of the evidence?. *Addiction*, *97*(11), 1361-1363. doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00259.x
- Copello, A., Templeton, L., & Powell, J. (2010). The impact of addiction on the family: Estimates of prevalence and costs. *Drugs: education, prevention and policy*, *17*(sup1), 63-74. doi: 10.3109/09687637.2010.514798
- Day, J. R., & Anderson, R. A. (2011). Compassion fatigue: An application of the concept to informal caregivers of family members with dementia. *Nursing Research and Practice*, *2011*. doi: <https://doi.org/10.1155/2011/408024>.
- Denomme, W. J., & Benhanoh, O. (2017). Helping concerned family members of individuals with substance use and concurrent disorders: An evaluation of a family member-oriented treatment program. *Journal of substance abuse treatment*, *79*, 34-45. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.05.012>
- England-Kennedy, E. S., & Horton, S. (2011). "Everything that I thought that they would be,

- they weren't." Family systems as support and impediment to recovery. *Social Science & Medicine*, 73(8), 1222-1229. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.07.006
- Fals-Stewart, W., O Farrell, T. J., Birchler, G. R., Córdova, J., & Kelley, M. L. (2005). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse: Where we've been, where we are, and where we're going. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 229-246. Hentet fra: [https://www.researchgate.net/profile/Michelle\\_Kelley/publication/233716429\\_Behavioral\\_Couples\\_Therapy\\_for\\_Alcoholism\\_and\\_Drug\\_Abuse\\_Where\\_We've\\_Been\\_Where\\_We\\_Are\\_and\\_Where\\_We're\\_Going/links/54d064640cf298d656667af6.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Michelle_Kelley/publication/233716429_Behavioral_Couples_Therapy_for_Alcoholism_and_Drug_Abuse_Where_We've_Been_Where_We_Are_and_Where_We're_Going/links/54d064640cf298d656667af6.pdf)
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433-1441. doi:10.1002/jclp.10090
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579. doi:10.1037/0022-3514.50.3.571
- Gelenberg, A. J. (2000). Psychiatric and somatic markers of anxiety: identification and pharmacologic treatment. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 2(2), 49-54. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC181205/>
- Goodman, A. (1990). Addiction: definition and implications. *British journal of addiction*, 85(11), 1403-1408. doi: 10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x
- Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., Earle, C. C., ... & Glossop, R. (2004). Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Canadian Medical Association Journal*, 170(12), 1795-1801. doi: 10.1503/cmaj.1031205
- Harrell, M. C., & Bradley, M. A. (2009). *Data collection methods. Semi-structured interviews and focus groups*. Hentet fra: <http://www.dtic.mil/docs/citations/ADA512853>
- Helsedirektoratet (2017). *Nasjonalt faglig retningsretningslinje for behandling av rusmiddelproblemer og avhengighet. Psykososiale forhold i rusbehandling: Familie, bolig, økonomi, utdanning, arbeid og nettverk*. Hentet 12.11.18 fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/seksjon?Tittel=psykososiale-forhold-i-rusbehandling-9220>
- Hing, N., Tiyce, M., Holdsworth, L., & Nuske, E. (2013). All in the family: help-seeking by

- significant others of problem gamblers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(3), 396-408. doi: 10.1007/s11469-012-9423-0
- Hoel, T. L. & Geirdal, A. Ø. (2017). Belasting, mestring og psykisk helse hos pårørende til mennesker med ruslidelse. *Sykepleien*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-59839.pdf>
- Holmes, A. M., & Deb, P. (2003). The effect of chronic illness on the psychological health of family members. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 6(1), 13-22. Hentet fra: <https://pdfs.semanticscholar.org/1896/d37654641eb50ac569786470d20eeaba31b4.pdf>
- Howells, E., & Orford, J. (2006). Coping with a problem drinker: A therapeutic intervention for the partners of problem drinkers, in their own right. *Journal of Substance Use*, 11(1), 53-71. doi: 10.1080/14659890500142459
- Hudson, C. R., Kirby, K. C., Clements, N. T., Benishek, L. A., & Nick, C. E. (2014). Social Adjustment of Women With and Without a Substance-Abusing Partner. *Journal of psychoactive drugs*, 46(2), 106-113. doi: 10.1080/02791072.2014.880536
- Høie, M. M. & Sjøberg, B. M. D. (2007). Del 3 Kan man forstå det som skjer? I M. M. Høye & B. M. D. Sjøberg (Red.), *Forbannede, elskede barn. Narkotikamisbruk sett i lys av pårørendes erfaringer*. (s. 111-135). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research: Introducing focus groups. *BMJ: British medical journal*, 311(7000), 299- 302. doi: 0.1136/bmj.311.7000.299
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., & Whiteside, H. O. (2003). Family-based interventions for substance use and misuse prevention. *Substance use & misuse*, 38(11-13), 1759-1787. doi: 10.1081/JA-120024240
- Linderholm, M., & Friedrichsen, M. (2010). A desire to be seen: Family caregivers' experiences of their caring role in palliative home care. *Cancer nursing*, 33(1), 28-36. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181af4f61
- Lindholm, M. (2011). Pårørende: ressurs eller vedheng. *Rus & samfunn*. 5(2), 26-28. Hentet fra: <https://www.idunn.no/rusos/2011/02/art03>
- Lov om barn og foreldre. (1982). Barnet sin rett til samvær. (LOV-1981-04-08-7). Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/1981-04-08-7/§42>
- Lov om barneverntjenester. (1993). Lovens formål. (LOV-1992-07-17-100). Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/1992-07-17-100/§1-1>
- Lund, I., Bretteville-Jense, A. L., Kretting, A., Rise, J., Nordlund, S., & Amundsen E. J. (2010). *Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang*.

- Hentet 12.11.18 fra:  
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2010/sirusrap.4.10.pdf>
- Malt, U. (2016). Somatiske symptomer. *Store medisinske leksikon*. Hentet 12.11.18 fra:  
[https://sml.snl.no/somatiske\\_symptomer](https://sml.snl.no/somatiske_symptomer)
- Morgan, D. L. (1997). Focus groups as qualitative research. *SAGE Research methods*. (s. 32-46). doi: 10.4135/9781412984287
- Morita, N., Naruse, N., Yoshioka, S., Nishikawa, K., Okazaki, N., & Tsujimoto, T. (2011). Mental health and emotional relationships of family members whose relatives have drug problems. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai zasshi= Japanese journal of alcohol studies & drug dependence*, 46(6), 525-541. Hentet fra:  
<https://europepmc.org/abstract/med/22413561>
- Nordlie, E. (2003). Alkoholmisbruk - Hvilke konsekvenser har det for familiemedlemmene? *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 1, 52-54. Hentet fra:  
<https://tidsskriftet.no/2003/01/tema-alkohol/alkoholmisbruk-hvilke-konsekvenser-har-det-familiemedlemmene>
- Nye møter mellom pårørende og fagfolk. (2018). Hentet 06.11.2018 fra  
[https://stolav.no/korus/nye-moter-mellom-parorende-og-fagfolk?fbclid=IwAR2sxJEEYzlOi-B7TCYKuAY\\_TGqSHw\\_D6uWJ7PRaXgHAEqfCOKk0fGWugIs](https://stolav.no/korus/nye-moter-mellom-parorende-og-fagfolk?fbclid=IwAR2sxJEEYzlOi-B7TCYKuAY_TGqSHw_D6uWJ7PRaXgHAEqfCOKk0fGWugIs)
- Orford, J., Natera, G., Velleman, R., Copello, A., Bowie, N., Bradbury, C., ... & Tiburcio, M. (2001). Ways of coping and the health of relatives facing drug and alcohol problems in Mexico and England. *Addiction*, 96(5), 761-774. doi:  
<https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.96576111.x>
- Orford, J., Velleman, R., Copello, A., Templeton, L., & Ibanga, A. (2010a). The experiences of affected family members: A summary of two decades of qualitative research. *Drugs: education, prevention and policy*, 17(sup1), 44-62. doi: 10.3109/09687637.2010.514192
- Orford, J., Copello, A., Velleman, R., & Templeton, L. (2010b). Family members affected by a close relative's addiction: The stress-strain-coping-support model. *Drugs: education, prevention and policy*, 17(sup1), 36-43. doi: 10.3109/09687637.2010.514801
- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., & Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science & Medicine*, 78, 70-77. doi:  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.036>

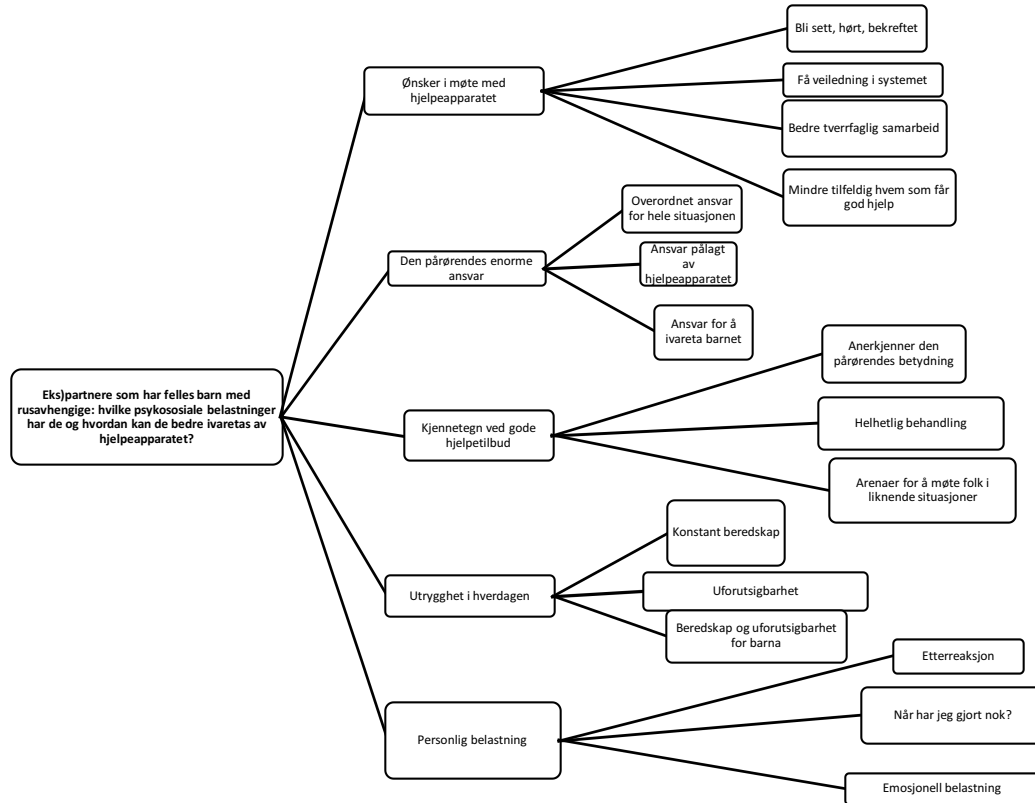
- Ray, G., Mertens, J., & Weisner, C. (2007). The Excess Medical Cost and Health Problems of Family Members of Persons Diagnosed with Alcohol or Drug Problems. *Medical Care*, 45(2), 116-122. Hentet fra: <http://www.jstor.org/stable/40221388>
- Ritter, J., Stewart, M., Bernet, C., Coe, M., & Brown, S. A. (2002). Effects of childhood exposure to familial alcoholism and family violence on adolescent substance use, conduct problems, and self-esteem. *Journal of traumatic stress*, 15(2), 113-122. doi: 10.1023/A:1014803907234
- Rossow, I., Moan, I.S. & Natvig, H. (2009). *Nære pårørende av alkoholmisbrukere – hvor mange er de og hvordan berøres de?* (SIRUS-rapport 9/2009) Hentet fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/276050>
- Sakiyama, H. M., Padin, M. D. F. R., Canfield, M., Laranjeira, R., & Mitsuhiro, S. S. (2015). Family members affected by a relative's substance misuse looking for social support: Who are they?. *Drug and alcohol dependence*, 147, 276-279. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.11.030
- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *Journal of Social Work Education*, 44(sup3), 105-113. doi: 10.5175/JSWE.2008.773247702
- 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. doi: 10.1111/1467-9566.12432
- Shetty, P., Mane, A., Fulmali, S., & Uchit, G. (2018). Understanding masked depression: A Clinical scenario. *Indian journal of psychiatry*, 60(1), 97- 102. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\_272\_17
- Simonsen, L. R. (2015). *"Det er ikke noe du bare snakker over kaffen om"-Hvordan kan det profesjonelle hjelpeapparat gi bedre hjelp til voksne pårørende av rusmiddelbrukere?* (Master's thesis, NTNU). Hentet fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/297169>
- Smith, A J., & Osborn, M. (2015). Interpretative phenomenological analysis. I J. Smith (Red.), *Qualitative psychology, a practical guide to research methods*, (s25- 52). SAGE Publications: London
- Svartdal, F. (2018). Psykososial. *Store norske leksikon*. Hentet 12.11.18 fra: <https://snl.no/psykososial>.
- Svenson, L. W., Forster, D. I., Woodhead, S. E., & Platt, G. H. (1995). Individuals with a

- chemical-dependent family member. Does their health care use increase?. *Canadian Family Physician*, 41, 1488-1493. Hentet fra:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2146707/pdf/canfamphys00091-0066.pdf>
- Templeton, L. (2010). Meeting the needs of children with the 5-Step Method. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(sup1), 113-128.  
doi:10.3109/09687637.2010.514149
- Velleman, R., Bennett, G., Miller, T., Orford, J., Rigby, K., & Tod, A. (1993). The families of problem drug users: A study of 50 close relatives. *Addiction*, 88, 1281–1289. Hentet fra: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=7799e0d6-f12f-468d-9878-2882d7c25693%40sessionmgr102>
- Velleman, R., & Templeton, L. (2003). Alcohol, drugs and the family: results from a long-running research programme within the UK. *European Addiction Research*, 9(3), 103-112. doi: 10.1159/000070978
- Wilkinson, S. (2004). 10 Focus Group Research. I D. Silverman (Red.), *Qualitative research: Theory, method and practice*, (s177-199). SAGE Publications: London
- Yardley, L. (2015). Demonstrating validity in qualitative research. I J. Smith (Red.), *Qualitative psychology, a practical guide to research methods*, (s257- 272). SAGE Publications: London.



Appendiks

Vedlegg A: Preliminær temastruktur



Figur 1A. Preliminær temastruktur

**Vedlegg B: REK-godkjenning**

---

<b>Region:</b> REK midt	<b>Saksbehandler:</b> Ramunas Kazakauskas	<b>Telefon:</b> 73597510	<b>Vår dato:</b> 10.04.2018	<b>Vår referanse:</b> 2018/295/REK midt
			<b>Deres dato:</b> 13.02.2018	<b>Deres referanse:</b>

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Trond Nordfjærn  
NTNU

**2018/295 Opplevelsen av å ha felles barn med rusavhengig**

**Forskningsansvarlig:** Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

**Prosjektleder:** Trond Nordfjærn

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt) i møtet 21.03.2018. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10.

**Vurdering****Komiteens prosjektsammendrag**

Hensikten med studien er å etablere kunnskap om erfaring av å ha felles barn med en rusavhengig. Totalt 10-12 (eks)partnere til rusavhengige skal være med på fokusgruppeintervju. (Eks)partnere og barn vil ikke være deltakere men prosjektgruppen antar at det kan komme fram sensitiv informasjon om disse. Deltakere blir rekruttert fra Lærings- og mestringssenteret (LMS) gjennom e-post.

**Forsvarlighet**

Komiteen har vurdert søknad, forskningsprotokoll, målsetting og plan for gjennomføring. Under forutsetning av at vilkårene nedenfor tas til følge, framstår prosjektet som forsvarlig og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt.

**Beredskap**

Komiteen mener beredskapen i prosjektet bør utvides på grunn av den sårbare situasjonen deltakerne kan være i. En kontaktperson deltakere kan ta kontakt med ved behov også i etterkant av intervjuet bør derfor innlemmes i studien. Det kan for eksempel være psykolog eller veileder.

**Beredskap under intervjuet**

Komiteen forutsetter at studentenes veileder deltar under intervjuet for å bistå dersom vanskelige situasjoner oppstår grunnet deltakernes sårbarhet.

**Forbedring av informasjonsskriv**

Komiteen ber prosjektgruppen om å revidere informasjonsskrivet i samsvar med følgende punkter:

1. Ordet "psykososiale" bør forklares.
2. Det bør stå at intervjuet skal foregå på LMS sine lokaler.
3. Kontaktinformasjon (telefonnummer og e-post) til personen ansvarlig for beredskap også i etterkant av intervjuet bør føres opp.

---

**Besøksadresse:**  
Fakultet for medisin og  
helsevitenskap Mauritz  
Hansens gate 2, Øya helsehus

**E-post:** rek-midt@mh.ntnu.no  
**Web:** <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i  
saksbehandlingen, bes adressert til REK  
midt og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to  
the Regional Ethics Committee, REK  
midt, not to individual staff

**Vilkår for godkjenning**

1. Komiteen forutsetter at studentenes veileder deltar under intervjuet.
2. Komiteen forutsetter at deltakere blir muntlig informert om taushetsplikt i forkant av intervjuet.
3. Revidert informasjonsskriv skal sendes komiteen til orientering. Vennligst benytt e-postadressen [post@helseforskning.etikk.no](mailto:post@helseforskning.etikk.no) og "REK midt 2018/295" i emnefeltet. Prosjektet kan ikke igangsettes før REK midt bekrefter at informasjonsskrivet er endret i henhold til komiteens merknader.
4. Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen. Prosjektet må også gjennomføres i henhold til REKs vilkår i saken og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven (hfl.) med forskrifter.
5. Komiteen forutsetter at ingen personidentifiserbare opplysninger kan framkomme ved publisering eller annen offentliggjøring.
6. Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren». Av kontrollhensyn skal prosjektdata oppbevares i fem år etter sluttmelding er sendt REK. Data skal derfor oppbevares til denne datoen, for deretter å slettes eller anonymiseres, jf. hfl. § 38.
7. Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK midt når forskningsprosjektet avsluttes. I sluttmeldingen skal resultatene presenteres på en objektiv og etterrettelig måte, som sikrer at både positive og negative funn fremgår, jf. hfl. § 12.

**Vedtak**

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge godkjenner prosjektet med de vilkår som er gitt.

Komiteens beslutning var enstemmig.

**Klageadgang**

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Vibeke Videm  
Professor dr.med. / Overlege  
Leder, REK Midt

Ramunas Kazakauskas  
rådgiver

**Kopi til:** [postmottak@su.ntnu.no](mailto:postmottak@su.ntnu.no); [rek-midt@medisin.ntnu.no](mailto:rek-midt@medisin.ntnu.no)

**Emne:** Bekreftelse  
**Fra:** post@helseforskning.etikkom.no  
**Dato:** 19.04.2018 15:04  
**Til:** thea.hedley@gmail.com  
**Kopi:** postmottak@su.ntnu.no; nordfjar@gmail.com

**Vår ref. nr.: 2018/295**

Vi viser til mottatt revidert informasjonsskriv datert 13.04.2018. Informasjonsskrivet er revidert i tråd med komiteens merknader. Vilkår for prosjektgodkjenning anses nå som oppfylt og vi ønsker lykke til med prosjektgjennomføringen.

Med vennlig hilsen  
Ramunas Kazakauskas  
rådgiver  
[post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)  
T: 73597510

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig  
forskningsetikk REK midt-Norge (REK midt)**  
<http://helseforskning.etikkom.no>



## Vedlegg C: NSD-godkjenning



Trond Nordfjærn

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 27.02.2018

Vår ref: 59004 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

### Tilråding fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 06.02.2018 for prosjektet:

59004	<i>Psykososial fungering blant (eks)partnere som har felles barn med rusavhengige</i>
Behandlingsansvarlig	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Trond Nordfjærn</i>
Student	<i>Thea Hedley</i>

### Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsejansplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

### Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

### Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

### Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

### Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 31.12.2019 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

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

## Vedlegg D: Informasjonsskriv

[Psykososiale utfordringer blant (eks)partnere som har felles barn med rusavhengige, 20.04]

### FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

## PSYKOSOSIALE UTFORDRINGER BLANT (EKS)PARTNERE SOM HAR FELLES BARN MED RUSAVHENGIGE

Dette er en henvendelse til deg som har felles barn med en person som er rusavhengig. Du blir spurt om å delta i et forskningsprosjekt som ønsker å få kunnskap om de psykososiale utfordringene denne situasjonen kan føre med seg. Begrepet psykososial fungering viser til forholdet mellom hvordan mennesker føler og tenker, det sosiale miljøet og hvordan disse sammen påvirker mental og kroppslig fungering. Eksempler på sosiale forhold kan være forhold i hjemmet, nære relasjoner og hvordan en fungerer i sitt arbeid. Psykologiske forhold viser til mennesker sin måte å håndtere utfordringer på, f.eks. opplevd mestring. På grunn av din tilknytning til arrangementet «Møteplass» på Lærings- og mestringssenteret (LMS) ved klinikk for rus- og avhengighetsmedisin, St. Olavs, er du blant de som blir forespurt om deltagelse. Prosjektansvarlig er vitenskapelig ansatt på NTNU, og selve intervjuet vil bli gjennomført av to studenter på profesjonsstudiet i psykologi ved samme universitet. Veileder vil være til stede under intervjuet. Materialet vil bli brukt til to hovedoppgaver.

### HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Først og fremst er det frivillig å delta, og din deltagelse vil ikke ha betydning for tilbudene du eventuelt benytter deg av på Lærings- og mestringssenteret (LMS). Prosjektet er et selvstendig forskningsarbeid, og er utenfor LMS sine tiltak og arrangementer. For deg innebærer prosjektet å delta i et fokusgruppeintervju. I praksis vil dette si at fem-seks pårørende sitter og snakker om temaet sammen. Spørsmålene vil være åpne og legge til rette for at du deler din subjektive opplevelse av å ha felles barn med en rusavhengig person. Intervjuene vil bli tatt opp med digital lydopptaker. Hva som skjer med informasjonen du har delt står forklart nedenfor.

Intervjuene vil foregå 08.05.18 og 09.05.18. Tidspunktet er fra kl 18:00 til 20:30 begge dager. Du skal bare delta på én av samlingene. Selve intervjuet varer mellom halvannen til to timer, mens resten av tiden vil gå til at deltakerne fyller ut et skjema, samt kaffe og kake. De vil finne sted i LMS sine lokaler ved St. Olavs hospital. Rett før intervjuet begynner vil du bli bedt om å fylle ut et kort skjema med bakgrunnsopplysninger om deg selv. Spørsmålene er knyttet til din alder, antall barn o.l. Utenom å fylle bakgrunnsopplysninger, samt dette samtykkeskjemaet, vil det ikke være noe skriftlig arbeid. Du trenger ikke skrive ut dette samtykkeskjemaet, da vi kommer til å dele ut kopier før selve intervjuet.

### MULIGE FORDELER OG ULEMPER

En fordel ved å delta kan være at du får møtt mennesker i samme situasjon. Du får også bidratt til å øke kunnskapen om hvilke utfordringer og behov som kan komme av å ha barn med en rusavhengig. En mulig ulempe ved å delta er at du må sette av 2-3 timer en kveld for å gjennomføre fokusgruppeintervjuet. Det kan også oppleves krevende å snakke om et vanskelig tema foran en gruppe på 5-6 mennesker. Ved behov vil vi ta pauser. Veileder av prosjektet vil være tilstede under intervjuene, og vil også kunne fungere som beredskap dersom noen opplever intervjuet som belastende. Han vil også være tilgjengelig på telefon og e-post i ettertid av intervjuene.

Kontaktinformasjon: Trond Norfjærn, mobilnummer: 959 34 766 , e-post: trond.nordfjarn@ntnu.no

[Psykososiale utfordringer blant (eks)partnere som har felles barn med rusavhengige, 20.04]

#### FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side i dette skjemaet. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for ditt videre tilbud ved Lærings- og mestringssenteret. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet ditt skriftlige materiale. Informasjonen du har delt på lydopptak vil heller ikke bli benyttet, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektansvarlig Trond Nordfjærn på e-post: [trond.nordfjarn@ntnu.no](mailto:trond.nordfjarn@ntnu.no).

#### HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Intervjuene vil bli tatt opp og gjort om til skriftlig materiale. Dette arbeidet vil skje på en datamaskin i et kryptert nettverk med en passordbeskyttet server. Navnelisten som knytter deg til skjemaet med personopplysninger vil oppbevares atskilt fra alt annet materiale. Alt av materiale vil være innelåst i skap på LMS hvor kun de to profesjonsstudentene har tilgang. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert og det vil ikke være mulig å identifisere enkeltpersoner i publikasjoner. Fem år etter prosjektslutt slettes all data som er innsamlet.

#### GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, [2018/295].

## TIL DEG SOM ØNSKER Å DELTA

1. Send en mail til [maritaoh@stud.ntnu.no](mailto:maritaoh@stud.ntnu.no) hvor du skriver at du vil delta. Du vil så få en bekreftelse på at påmelding er mottatt, samt mer utfyllende informasjon om det praktiske.
2. Skriv om den ene eller begge av de foreslåtte datoene passer for deg: 08.05.18 og 09.05.18. Du skal ikke delta på begge, men vil bli fordelt på en av disse datoene.
3. Om ingen av datoene passer, send en mail likevel. Hvis mange ikke kan på de foreslåtte datoene avtaler vi et tidspunkt som passer bedre.

#### SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

#### JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

-----  
Sted og dato

Deltakers signatur

-----  
Deltakers navn med trykte bokstaver

## Vedlegg E: Intervjuguide

### Intervjuguide

Velkommen (vi vil bare begynne med å si tusen takk for at dere stiller opp i dag)

Vi er psykologstudenter på 5. året som skriver hovedoppgave om pårørende til rusavhengige. Det er et område som er lite forsket på, og vi synes det er spennende å få lov til å bidra til økt kunnskap om situasjonen dere står i. Det er NTNU som er ansvarlig for prosjektet, og Trond er veilederen vår. Prosjektet resulterer i to hovedoppgaver som dere selvfølgelig skal få lese om dere ønsker.

Spørsmålene er veiledende. Vi har noen temaer vi gjerne vil innom, men det er minst like viktig å få frem det dere opplever som viktig og ønsker å si. Hvis vi styrer litt så er det ikke fordi det dere sier ikke er spennende, men fordi vi ønsker å ha litt bredde i temaer. Angående strukturen i samtalen, så må dere ikke tenke at dere må svare i tur, men gjerne snakk når dere føler for det.

Rent praktisk: så er toalettet i gangen, og dere må bare forsyne dere med kake og drikke. Vi tar pauser ved behov, evt halvveis. Hvis noen trenger et avbrekk før det bare si ifra. Vil bare minne om at det fortsatt er frivillig å delta.

Noe dere lurer på?

Fortell om hvordan dere opplever å ha felles barn med en som er rusavhengig.

- Hva vil dere trekke frem som det mest utfordrende?
- Basert på hva dere har hørt fra andre i samme situasjon, virker det som at dere har de samme utfordringene?

Vi lurer også på hvordan dere har det som enkeltpersoner.

- Hvordan vil dere beskrive deres egen fysiske helse? (feks søvnvansker, smerter, mageproblemer)
- Hva med den psykiske helsen?
- Hvordan vil dere beskrive eget forhold til rus?
- Hvordan har dere det i arbeid og eller utdanning?

Hvordan opplever dere at rusbruken påvirker ditt forholdet til (eks)partner?

- Hva med ditt forholdet til barnet?

Vi vil spørre om dere tror at det å ha en rusavhengig forelder påvirker barna.

Først vil vi ta en runde på hvor mye tid barnet tilbringer med forelderen.

- Hva er det mest utfordrende knyttet til den rusavhengige sitt samvær med barnet?
- Om det er noe som fungerer godt med tanke på samvær, hva er det?
- Er det noe annet knyttet til barna dere vil trekke fram som viktig?

Hva savner dere av hjelp? Siden det går an å få hjelp fra forskjellige hold har vi delt det opp litt.

- Fra de rundt dere
- Fra helsevesenet
- Fra (eks)partner
- Hvis man skulle endret noe i helsevesenet for å forbedre situasjonen til



pårørende, hva kunne man kunne gjort?

Nå vil vi gjerne høre litt om hvordan mestrer dere situasjonen deres?

- Hva gjør dere for å ta vare på deres egen psykiske helse?
- Hvilke hjelpetilbud benytter dere? Og hvordan opplever dere det?
- Vi lurer litt på hvordan dere opplever møteplassen. Hva fungerer godt? Hva kunne vært bedre? På hvilken måte har det hjulpet dere? Er det noe dere savner?

Har dere/eller har hatt noen strategier for å få (eks)partner til å ruse seg mindre, eventuelt utsette rusing o.l.? (Ikke brukt)

Avslutning

Noe annet vi ikke har spurt om som dere gjerne vil få med?

Hvis dere ønsker det kan dere få tilsendt en kopi av hovedoppgavene når de er ferdig Debriefing. Hvordan opplevde dere intervjuet? Var det noen tema som var vanskelige å snakke om?

Takke igjen for at dere møtte opp.

**Vedlegg F: Demografiskjema****Bakgrunnsopplysninger****ID:**

Hva er ditt kjønn?

- Kvinne
- Mann

Er du i et romantisk forhold med den rusavhengige nå?

- Ja
- Nei
- Det er komplisert/hverken ja eller nei

Sivilstatus

- Singel
- Kjæreste
- Samboer
- Gift

Hvor gammel er du? \_\_\_\_\_ år

Hvordan er den rusavhengiges forhold til rus nå?

- Rusfri i 6 måneder eller mer
- Rusfri i mindre enn 6 måneder
- Personen er ikke rusfri

Hva er din høyeste *fullførte* utdanning?

- Grunnskole
- Videregående skole
- Høyere utdanning (3 år)
- Høyere utdanning (5 år +)

Hva er din nåværende hovedbeskjeftigelse?

- Fulltidsjobb
- Deltidsjobb
- Arbeidsledig
- Student
  - o Annet, spesifiser \_\_\_\_\_

Hvor mange barn har du med den rusavhengige? \_\_\_\_\_ stk

Hvor gamle er barna?

Barn 1: \_\_\_\_\_ år

Barn 2: \_\_\_\_\_ år

Barn 3: \_\_\_\_\_ år

Barn 4: \_\_\_\_\_ år