

Marita Orseth Høydal

Opplevinga av å vera pårørende til ein rusavhengig

Hovudoppgåve i Profesjonsstudiet i psykologi

Veileder: Trond Nordfjærn

Februar 2019

Marita Orseth Høydal

Opplevinga av å vera pårørande til ein rusavhengig

Hovudoppgåve i Profesjonsstudiet i psykologi
Veileder: Trond Nordfjærn
Februar 2019

Noregs teknisk-naturvitskaplege universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for psykologi

Forord

Rus i sine mange former er noko som angår dei aller fleste av oss. Rus kan vera ei kjelde til både dei høgaste toppar og dei djupaste dalar. I forlenging av dette vil mange kjenne seg att i at fleire forhold knytt til rus slettes ikkje er uproblematiske. Openbert gjeld dette den som rusar seg. Som denne oppgåva fokuserer på kan ein påstå det òg gjeld dei rundt. Det kan brått vera snakk om mange det er relevant for, dersom ein anerkjenner at påverknaden av rus strekkjer seg langt. Desse tankane danna utgangspunktet for denne oppgåva. Takket vera sju pårørande som stilte opp på fokusgruppeintervju var det mogleg å dra nytte av erfaringane deira for å få ei større forståing av korleis opplevinga av å vera pårørande til ein rusavhengig manifesterer seg. Denne oppgåva er eit forsøk på å formidle vidare kva dei delte.

Eg ønskjer først og fremst å rette ein stor takk til dei sju som stilte opp på fokusgruppeintervju. Å dele ærleg og rikt om noko personleg, komplisert og sårt er ikkje noko mindre enn førebiletleg. Dykk gjorde arbeidet mogleg å gjennomføre. Takk også til tålmodige og dyktige medstudent Thea Eva-Maria Hedley som påverka heile prosessen positivt. Ein minst like stor takk til rettleiar Trond Nordfjærn som har vore påeliteleg, kunnskapsrik og hyggeleg å ha som støtte og hjelp. Ein siste takk til kjære veninne Astrid Gullhav Dauderis som insisterte på at det gjekk bra uansett når eg vart ferdig, sjølv om eg aldri heilt klarte å tru på det sjølv. No er eg ferdig, hakket meir kunnskapsrik og fylt av respekt for dei sju og alle andre i deira sko.

*Marita Orseth Høydal
Trondheim, februar 2019*

Samandrag

Det finst i dag ei gryande anerkjenning av at rusavhengnad har betydelege konsekvensar utover individet som er avhengig. Føremålet med den føreliggande studien var å undersøkje opplevinga av å vera pårørande til ein rusavhengig. Dette gjaldt på tvers av type relasjon til den rusavhengige og i ein norsk kontekst. Det var ønskeleg å få rike, subjektive skildringar av kva som kjenneteikner relasjonen til den rusavhengige, korleis belastinga opplevast og manifesterer seg, samt korleis eventuell mestring og støtte heng saman med opplevinga. Gjennom to semistrukturerte fokusgruppeintervju med høvesvis generelle pårørande (n=3) og (eks)partnarar med felles born med ein rusavhengig (n=4), vart dei nemnde fokusa adressert. Resultata av ei tematisk analyse resulterte i tre hovudtema: kjenneteikn på den primære belastinga, (manglande) mestring og støtte og kjenneteikn på den sekundære belastinga. Resultata av den føreliggande studien i ein norsk kontekst utdjupar nokre område av tidlegare forskning. Resultata viste at å vera pårørande til ein rusavhengig er kjenneteikna av ei mangefasettert emosjonell belastning, mangel på kontroll og ein relasjon til den rusavhengige prega av ambivalente kjensler. Vidare viste analysen at dei pårørande opplevde mindre støtte enn dei treng, og at mestringsstrategiane ikkje beskytta nok til at påkjenninga ikkje går utover psykisk og fysisk helse. Dei pårørande gav òg skildringar av både eigne mestringsstrategiar, samt av gode og mangelfulle erfaringar med hjelpeinstansar. Unikt for studien er at den inkluderer (eks)partnarar av ein rusavhengig. Særleg relevant for denne typen pårørande er aspekt knytt til barnet. Vidare viste resultata at relasjonen til den rusavhengige for nokre ekspartnarar i større grad er ufriviljug, samanlikna med generelle pårørande.

Innhald

Introduksjon	5
<i>Belastingar knytt til å vera pårørande til ein rusavhengig</i>	5
Verdien av sosial støtte.....	7
Korleis ein mestrar å vera pårørande til ein rusavhengig	8
<i>Eit skifte frå patologisering til normalisering</i>	8
<i>Den føreliggande studien</i>	9
Metode	12
<i>Prosedyrer</i>	12
Rekruttering og inklusjonskriterie	12
Fokusgruppeintervju.....	12
Transkribering og oppbevaring av data	13
<i>Etiske omsyn</i>	13
<i>Deltakarar</i>	13
<i>Intervjuguide</i>	14
<i>Tematisk analyse</i>	15
Resultat	18
<i>Kjenneteikn på den primære belastninga</i>	20
Emosjonell belastning.	20
Mangel på kontroll.	25
Ambivalens overfor den rusavhengige.	26
<i>(Manglande) mestringsstrategiar</i>	28
Mestringsstrategiar.	28
Støtte frå andre.	29
Gode erfaringar med hjelpeinstansar.	30
Mangelfulle erfaringar med hjelpeinstansar.	31
<i>Kjenneteikn på den sekundære belastninga</i>	33
Kontinuerleg beredskap.....	33
Eiga psykiske og fysiske helse.	35
Rus og sosiale relasjonar.	37
Diskusjon	38
<i>Å vera pårørande til ein rusavhengig i Noreg</i>	38
Emosjonell belastning	38
Manglande kjensle av kontroll.	39
Ambivalens ovanfor den rusavhengige	40
<i>Utilstrekkeleg mestringsstrategiar</i>	40
Sosial støtte.	41
Støtte av hjelpeinstansar.	41
<i>Skiftet frå patologisering til normalisering</i>	42
<i>Avgrensingar og styrkar i studien</i>	43
Konklusjon	45
Kjelder	46

Vedlegg.....	52
<i>Vedlegg A: Godkjenning frå REK.....</i>	<i>53</i>
<i>Vedlegg B: Bekrefting frå REK på at nødvendige endringar vart gjort.....</i>	<i>55</i>
<i>Vedlegg D: Samtykkeskjema frå intervjuet med generelle pårørande.....</i>	<i>57</i>
<i>Vedlegg E: Samtykkeskjema frå intervjuet med (eks)partnarar med felles born.....</i>	<i>59</i>
<i>Vedlegg F: Intervjuguide frå intervjuet med generelle pårørande.....</i>	<i>61</i>
<i>Vedlegg G: Intervjuguide frå intervjuet med (eks)partnarar med felles born.....</i>	<i>63</i>
<i>Vedlegg H: Demografiskjema frå intervjuet med generelle pårørande.....</i>	<i>65</i>
<i>Vedlegg I: Demografiskjema frå intervjuet med (eks)partnarar med felles born.....</i>	<i>66</i>

Introduksjon

Rusavhengnad kjenneteiknast av eit sterkt ønske om å ta eit psykoaktivt stoff, vanskar med å kontrollere bruken av stoffet, samt fortsatt bruk til tross for skadelege konsekvensar (WHO, 1999). I følgje Folkehelseinstituttet (2014) vil 10-20% av nordmenn utvikle problem som konsekvens av anten rusmiddelbruk eller -avhengnad i løpet av livet. Det er kjent at rusavhengnad kan ha betydelege konsekvensar for individet. Alkoholbrukslidingar er dei hyppigaste rusbrukslidingane i Noreg, og alkoholutløyste dødsfall omfattar i åtte av ti tilfelle sjukdommar som kan assosierast med langvarig og høgt alkoholinntak (FHI, 2014). Ofte har ein rusavhengig psykiske og/eller fysiske plager i tillegg til rusbrukslidinga. Ein fann i eit norsk utval at så mange som ni av ti rusavhengige hadde ei komorbid psykisk liding (Langås, Malt & Opjordsmoen, 2012). Ein har vidare funne ein samanheng mellom rusbruk og alvorlege valdelege handlingar (Swartz et al., 1998), samt i ein norsk studie identifisert ein samanheng mellom antal soningsopphald i fengsel og omfattande rusmiddelbruk (Amundsen, 2007). Til tross for dette finst det ikkje nok gode og heilskapelege behandlingstilbod for rusavhengige (Hofgaard, 2008). I ei brukarundersøking av tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) rapporterte brukarane særleg manglar knytt til førebuing til utskrivning, samarbeid med pårørande, samt hjelp for psykiske og somatiske plager. På motsett side var områda med best erfaringar måten dei vart tatt i mot på, å bli møtt med høflegheit og respekt, samt å føle seg trygg på institusjonen (Folkehelseinstituttet, 2016).

Belastingar knytt til å vera pårørande til ein rusavhengig

Anslaget til Folkehelseinstituttet (2014) er at mellom ein til to av ti i Noreg vil oppleve vanskar knytt til anten rusmiddelbruk eller -avhengnad i løpet av livet (FHI, 2014). Dersom ein reknar at det er fleire pårørande per rusavhengige er talet på pårørande til rusavhengige vesentleg høgt. Tilsynelatande finst det ingen etablert definisjon av kven som reknast som pårørande til rusavhengige. Som det vil bli drøfta etterkvart har store delar av forskning på pårørande til rusavhengige inkludert mødre og kvinnelege partnarar (Ahuja et al., 2003; Cronkite & Moos, 1983; Høie & Sjøberg, 2007; Orford et al., 2010a). Dette betyr sjølvsagt ikkje at det ikkje finst fleire grupper pårørande til rusavhengige. Denne teksten tek utgangspunkt i at pårørande er alle som i utgangspunktet har ein nær relasjon til den rusavhengige.

Det finst i dag ei gryande anerkjenning av at rusavhengnad har betydelege konsekvensar for menneske utover individet som er avhengig. Ein litteraturgjennomgang over kvalitativ forskning på pårørande av rusavhengige oppsummerte funn frå dei siste to tiåra (Orford, Velleman, Copello, Templeton & Ibanga, 2010). At å vera pårørande til ein rusavhengig påverkar psykisk og fysisk helse i stor grad er blant dei mest sentrale funna (sjå

til dømes Arcidiacono et al., 2009; Cronkite & Moos, 1984; Livingston, Wilkinson & Laslett, 2010). Ein studie viste at majoriteten (82%) av dei pårørande rapporterte langvarige negative kjensler eller store endringar i anten psykisk eller fysisk helse. Døme på fysiske plager dei pårørande opplevde var magesår, høgt blodtrykk, dårleg søvn eller vanskar med mat og vekt. Av psykologiske symptom vert blant anna panikkanfall, depresjon, dårleg konsentrasjon og «nervesamanbrot» rapportert (Velleman, Bennett, Miller, Orford, Rigby & Tod, 1993). Andre aspekt av psykisk helse som vart rapportert negativt påverka av å vera pårørande til ein rusavhengig var sjølvbilete og sjølvtilit. Nokre gonger var dette knytt til å skulde seg sjølv for rusbruken til den rusavhengige. Ein svakheit med den presenterte forskinga er at den ikkje har inkludert skandinaviske utval, noko som gjer at ein ikkje veit kor gjeldande funna er for pårørande i skandinavia.

Tidlegare kvalitativ forskning har undersøkt kva som kan forklare årsaken til belastinga. Det vert understreka at eit hovudfunn som forklarar kvifor belastinga er så stor er korleis dei pårørande har investert så mykje i, eller har hatt så store håp for, ein relasjon som har gått galt (Orford et al., 2010a). Dei pårørande uttrykkjer stor ambivalens ovanfor sin rusavhengige slektning. Ein har i ein studie funne at over halvparten av pårørande til rusavhengige omtalte den rusavhengige med negative eigenskapar som manipulativ, aggressiv og uærleg (Velleman, et al., 1993). Over nitti prosent snakka om ei kjensle av å vera såra av, audmjuka av og å ha færre kjærlege kjensler for den rusavhengige. Samstundes kunne seksti prosent òg skildre den rusavhengige positivt ved å fokusere på gode eigenskapar som å vera omsorgsfull, sensitiv o.l. Nokre pårørande kunne også formidle håp for framtida (Orford, Velleman, Natera, Templeton & Copello, 2013).

Eit anna kjenneteikn ved å vera pårørande til ein rusavhengig er at dei pårørande opplever mykje usikkerheit. Denne usikkerheiten skildrast å vera knytt både til eit upåliteleg nærvær av den rusavhengige, samt spørsmål angående kvifor situasjonen har utvikla seg som den har gjort (Orford et al., 2010a). Bekymring blir i ein italiensk studie understreka som ei kjerne i opplevinga av, og handteringa av, å vera pårørande til ein rusavhengig. Uansett kva for andre kjensler dei pårørande kjenner på vert det skildra at dei likevel held fram å bekymre seg for den rusavhengige (Arcidiacono, Velleman, Procentese, Albanesi & Sommantico, 2009). Kva angår bekymring for øvre familiemedlem var det særleg når ein inkluderte boret/a åt den rusavhengige at dei pårørande var særleg bekymra (Templeton, 2010). I denne samanheng kan det nemnast at det meste av forskning på pårørande til rusavhengige har inkludert mødre og kvinnelege partnarar. Ein veit difor mindre om dette er gjeldande for meir heterogene grupper pårørande. Vidare rettar dei presenterte funna seg mot kva som kjenneteiknar opplevinga av og belastinga knytt til å vera pårørande til ein rusavhengig.

Likevel er det faktorar også utanfor den pårørande og den rusavhengige som kan påverke korleis det opplevast.

Verdien av sosial støtte. Det har vorte tydeleg kor verdifullt for helse det er å ha tilgang på sosial støtte med god kvalitet. Samanhengen understreker potensialet sosiale nettverk har til å gje menneske ei oppleving av stabilitet og velvære uavhengig av stressnivå (Cohen & Wills, 1985). Denne potensielt beskyttande faktoren ser ut til å vera tilstades i varierende grad hjå pårørande til rusavhengige. Likevel er den tilstades i liten grad hos svært mange (Orford et al., 2010a). Fleire faktorar ser ut til å påverke om pårørande får sosial støtte. Eit aspekt er at pårørande til rusavhengige sjølve kan vera motviljuge til å vera opne om problemet til andre utanfor heimen (Ahuja et al., 2003). Årsakane til motviljen kan vera fleire: både knytt til tankar om kva det vil seie å vera ein god forelder/partnar, og skammen det ville ført med seg at andre visste om rusbruken. Somme gonger vert det rapportert at den rusavhengige har overtalt dei pårørande til å ikkje seie det til nokon (Orford et al., 2010a).

Kva angår andre type vanskar som oppstår i å få støtte frå andre, blir det ofte rapportert at andre vel å ikkje bli involvert (Copello, Orford, Velleman, Templeton & Krishnan, 2000). Orford et al. (2010a) viser til at andre kan gje mindre sympatiske råd som «eg hadde reist frå han». Forskjellige synspunkt på kva som er den beste løysinga kunne bli særleg synlege når ein pårørande bestemte seg for ein viss strategi, som til dømes å søkje sjølvstende ved å flytte bort. Nokre pårørande som har tatt slike val kunne bli kalt «kalde» eller «harde». Slike konflikter og møte med andre gav dei pårørande minimalt med, om noko, sosial støtte. Døme på det dei pårørande derimot opplever som spesielt hjelpsam er når andre gjer seg tilgjengeleg for at den pårørande kan snakke opent om problemet i ei støttande og akseptierende atmosfære. Dei pårørande trekkjer fram at det er hjelpsam å få støtte av andre på strategiar dei har vald sjølve. Dessutan understreker nokre pårørande verdien av at andre interagerer positivt med den rusavhengige, eller uttrykkjer positive utsagn om den rusavhengige, som at det er nokon som fortener å få hjelp og støtte.

Også angående profesjonell hjelp finn ein at ein vesentleg del av pårørande til rusavhengige opplever å få minimalt med bistand frå hjelpeinstansar (sjå til dømes Arcidiacono et al., 2009; Copello et al., 2000; Orford et al., 2010a). I ein studie fann ein at omlag halvparten av dei pårørande anten ikkje fekk profesjonell hjelp, eller skildra den profesjonelle hjelpa som ikkje hjelpsam i det heile (Velleman et al., 1993). Døme på mangelfull hjelp er at pårørande opplever å ikkje få informasjonen dei treng grunna omsyn til taushetsplikt, eller av andre grunnar ikkje får hjelp til å tenkje gjennom strategiar for å handtere problema. Nokre pårørande rapporterer at dei til og med har opplevd at profesjonelle har antyda at problemet delvis er den pårørande si skuld (Orford et al., 2010a).

Korleis ein mestrar å vera pårørande til ein rusavhengig. Forskjellige menneske kan handtere stressande omstende med ulike mestringsstrategiar. Nokre strategiar synast å vera meir effektive og betre for helsa enn andre (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Difor skil ein mellom adaptive og maladaptive mestringsstrategiar. I beste fall kan mestringsstrategiar fungere beskyttande mot negative konsekvensar ein stressande situasjon kan ha på ein individ. Om stresset ikkje blir handtert på ein tilstrekkeleg måte vil belastinga mest sannsynleg manifesterast ved at helse og velvære blir negativt påverka (Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986).

Pårørande til rusavhengige har ikkje på førehand korkje forventa eller lært seg korleis dei skal handtere utfordringane knytt til å vera pårørande til ein rusavhengig (Orford et al., 2010a). Nokre pårørande fortel at strategiane deira endrar seg over tid (Ahuja, Orford & Copello, 2003). Det er ikkje uvanleg at dei pårørande har prøvd ei rekkje måtar å handtere utfordringane på, for så å oppleve at ingen av dei fungerer. Når ein har prøvd å systematisere korleis pårørande til rusavhengige mestrar sin situasjon har ein funne tre hovudstandpunkt dei kan innta: ein kan «tåle», ein kan kjempe i mot eller ein kan trekkje seg tilbake og prøve å ta vare på sjølvstende sitt (Orford et al., 2010a). Alle desse tre kan delast opp i underkategoriar, og er også ofte overlappande med kvarandre. Korleis strategiane skiftar over tid og er tett knytt i hop med kvarandre kan reflektere usikkerheiten dei pårørande må tåle i konfliktområda. Eit døme på dette er at ein pårørande kan måtte vurdere når sosial støtte til den rusavhengige blir sjølvoppofrande for den pårørande.

Eit skifte frå patologisering til normalisering

Orford et al. (2010a) argumenterer for at det er relativt nytt å sjå på reaksjonane til pårørande til rusavhengige som normale og ikkje patologiske. Forfattarane understreker at ein tidlegare har attribuert dysfunksjon eller manglar til pårørande til rusavhengige. Til dømes ser ein slike tendensar i forståingar ein har hatt av omgrepet «medavhengnad». Tidleg forstod ein medavhengnad som åtferden til familiemedlem og vener av ein rusavhengig som vart patologisk avhengige sjølve. Åtferden vart forstått som å bidra til vedlikehald av rusproblemet, framfor tilfrisking (Lyon & Greenberg, 1991). Stafford (2001) er blant dei som har hatt kritiske spørsmål til medavhengnad som konsept, som til dømes om nemninga faktisk er ein nyttig måte å forstå vanskan til dei pårørande på. Ho stiller spørsmålet om konseptet heller representerer ei vilkårleg gruppering av kjensler og åtferd som ein observerer hjå mange som har uløyste familievanskar som fører til forstyrningar i andre relasjonar. Dette får støtte av empiri som viser at konseptet medavhengnad ikkje begrensar seg til familiar med rusavhengad, men like sannsynleg kan oppstå hjå medlem av dysfunksjonelle familiar der menneske blir utsatt for stressande omstende (Morgan, 1991).

Stress-strain-coping-support-modellen. Det skildra skiftet frå patologisering til normalisering dannar grunnlaget for ein modell som set i system forholdet mellom belastning, mestring og støtte hjå pårørande til rusavhengige (Orford, Copello, Velleman & Templeton, 2010b). Stress-strain-coping-support-modellen (SSCS-modellen) går ut i frå at å vera pårørande til ein rusavhengig kan vera svært belastande for kven som helst som er eit nært familiemedlem. Årsaken til det er at rusproblem er assosiert med ei rekkje belastande faktorar som varer - og ofte blir verre - over tid. Dette gjer at dei pårørande må mestre ein situasjon dei på førehand korkje har forventa eller lært seg korleis dei skal handtere (Orford et al., 2010a). Dei løfter òg fram at pårørande til rusavhengige ikkje er makteslause i å takle situasjonen, og at sosial støtte med god kvalitet kan vera uvurderleg hjelp i ein vanskeleg situasjon. Med modellen meiner dei å synleggjera at dei pårørande er vanlege menneske som er nøydde til å takle stressande omstende, at ein betydeleg del ikkje får hjelpa og støtta dei oppgjev å trenge, samt gjera det lettare å gje dei hjelpa dei treng (Orford et al., 2010b). Også forskinga som dannar fundamentet for denne modellen, baserer seg på utvalde grupper pårørande, samt på utval utanfor Skandinavia.

Den føreliggande studien

I følgje Orford et al. (2010a) er dei fleste aspekt ved å vera pårørande til rusavhengige universelle, og i mindre grad påverka av sosiale og kulturelle skilnadar. Likevel skildrar forfatarane å ha funne kulturelle skilnadar i kor mykje vekt menneske legg på forskjellige aspekt knytt til å vera pårørande til ein rusavhengig. Til dømes finn ein i større grad i Mexico at rusbruken til den rusavhengige vil vera ein større trussel mot økonomisk stabilitet når familien allereie lev i fattigdom (Orford, Natera, Velleman, Copello, Bowie & Bradbury, 2001). Av studien av australske aboriginar-familiar var det oppsiktsvekkande korleis rusbruken var like mykje ein offentleg sak for dei innfødde, som for individa og familiare (Orford, Templeton, Copello, Velleman & Bradbury, 2001). På motsatt side vart det i individualistiske kulturar som i England lagt større vekt på at rusbuken til den rusavhengige var ein trussel mot andre familiemedlem sin autonomi (Orford et al., 2010a).

I Noreg er det mogleg ein òg finn slike kulturelle særtrekk. Kva angår pårørande til rusavhengige i Noreg viser undersøkingar liknande tendensar som i den presenterte forskinga. Ein har estimert at åtte prosent av norske born har minst ein forelder som tilfredsstillar kriteria for ei alkoholbrukliding (FHI, 2011). Vidare har ein i ein norsk studie funne at skadeleg rusbruk fører til høgare risiko for skilsmisse i ekteskap (Torvik, Røysamb, Gustavson, Idstad & Tambs, 2013). Når ein har undersøkt samanhengen mellom belastning og mestring hjå norske pårørande til rusavhengige, finn ein at dei pårørande viser ein betydeleg grad av belastning og psykiske symptom. Vidare ser ein at ei større grad av akseptering har ein

samanheng med færre psykiske plager (Hoel & Geirdal, 2017). Likevel ber denne forskinga preg av at ein avdekkjer samanhengar, og i mindre grad kartlegg mekanismene som ligg bak samanhengane, og korleis dette opplevast for dei pårørande. Til dømes veit ein for lite om *kvifor* belastinga fører til psykiske lidingar. Ein veit også lite om den presenterte forskinga kan generaliserast til ein norsk kontekst.

På den andre sida har ein meir inngåande kunnskap om nokre spesifike grupper pårørande til rusavhengige i Noreg, som norske foreldre åt rusavhengige (Høie & Sjøberg, 2007). Høie & Sjøberg har gjennom intervju med pårørande fått innsikt i faktorar som kjenneteikner å vera forelder til ein rusavhengig, som til dømes den emosjonelle belastinga det fører med seg. Emosjonell belastning er deretter satt i samheng med teori og empiri knytt til emosjonar, stress, mestring og helse. Likevel har dette arbeidet berre inkludert den relativt homogene gruppa foreldre til rusavhengige (Høie & Sjøberg, 2007), og kan ikkje nødvendigvis generaliserast til andre grupper pårørande til rusavhengige. Til dømes fann Arcidiacono et al. (2009) skilnadar i mestring på gruppenivå mellom foreldre og partnarar. Denne føreliggande studien inkluderer ei heterogen gruppe på tvers av type relasjon til den rusavhengige. Slik ønskjer studien å bidra til å tette kunnskapshol knytt til opplevinga å vera pårørande til ein rusavhengig, samstundes som det er i ein norsk kontekst med ei heterogen gruppe deltakarar.

Eit anna argument for å inkludere ei heterogen gruppe deltakarar i den føreliggande studien er tendensen ein ser, også internasjonalt, til å inkludere utvalde grupper pårørande til rusavhengige i studiar. Det meste av forskning som er gjort på pårørande til rusavhengige har inkludert mødre og kvinnelege partnarar (Cronkite & Moos, 1983; Ahuja et al., 2003; Høie & Sjøberg, 2007; Orford et al., 2010a). Dette har ført til viktig og interessant kunnskap. Samstundes har ein funne at utfordringane kan vera store også for andre grupper pårørande til rusavhengige, som søsken (Arcidiacono et al., 2009) og born (FHI, 2011). Ei gruppe som har fått mindre, om noko, merksemd er ekspartnarar som har felles born med ein rusavhengig. I den føreliggande studien vert ekspartnarar inkludert for å skaffe meir kunnskap om denne spesifikke gruppa sine opplevingar. Ved å inkludere ekspartnarar i studien vil ein få kunnskap om kor vidt eventuelle vanskar dei opplever er overlappande med utfordringane pårørande til rusavhengige generelt opplever. Dessutan vil det vera nyttig i seg sjølv å få meir kunnskap om ekspartnarar sine utfordringar, uavhengig av om vanskaner er overlappande med andre grupper pårørande til rusavhengige.

Eit anna viktig aspekt ved den føreliggande studien er val av fokusgruppeintervju som metode. Det var ønskeleg med ein forskingsmetode som kan nytte seg av utforskande spørsmål og i størst mogleg grad legg til rette for deltakarane si subjektive oppleving. Dette

gjer ein kvalitativ metode best egna (Nestor & Schutt, 2012). Tilsynelatande er det meste av kvalitativ forskning på pårørande til rusavhengige beståande av djubdeintervju av individ (Velleman et al., 1993; Orford et al., 1992; Ahuja et al., 2003, Høie & Sjøberg, 2007). Ein styrke med kvalitative intervju av individ er at dei legg til rette for å få djupare informasjon om individet sine kjensler, opplevingar og persepsjonar (Lofland & Lofland, 1984). På den andre sida er fokusgruppeintervju kjenneteikna av å spegle den naturlege prosessen det er å forme og dele tankar og meiningar om eit spesifikt tema. Metoden opnar for å oppdage uventa funn og utforske skjult meining ettersom gruppedynamikken krev tilpassing av den som styrer intervjuet (Nestor & Schutt, 2012).

Føremålet med den føreliggande studien. Føremålet med den føreliggande studien var å undersøkje opplevinga av å vera pårørande til ein rusavhengig. Dette gjaldt på tvers av type relasjon til den rusavhengige og i ein norsk kontekst. Det var ønskeleg å få rike, subjektive skildringar av kva som kjenneteikner relasjonen til den rusavhengige, korleis belastinga opplevast og manifesterer seg, samt korleis eventuell mestring og støtte påverkar opplevinga.

Metode

Prosedyrer

Deltakarar til fokusgruppeintervju vart rekruttert med hjelp av ein etablert kontaktperson frå Læring- og mestringssenteret (LMS) ved Klinikk for rus- og avhengnadsmedisin på St. Olavs hospital. Føremålet med LMS er å bidra til å gje pårørande til rusavhengige kunnskap for å leva med situasjonen, mestre kvardagen og slik få auka livskvalitet. Dette gjerast gjennom å tilby kurs, møte og andre aktivitetar som kan bidra til auka mestring. Den nemnde kontaktpersonen bruka sin tilgang på namn og e-post til pårørande som nyttar seg av arrangement dei er ansvarlege for. Dei pårørande fekk e-post med informasjon om studien, samtykkeskjema, samt kontaktinformasjon til forskarane ansvarlege for prosjektet. Dei pårørande som ønska å delta tok sjølve kontakt direkte med psykologstudentane via e-post, og ikkje med kontaktpersonen ved LMS. E-post var mediet for kommunikasjon fram til sjølve intervjuet.

Rekruttering og inklusjonskriterie. Alle deltakarane vart vald ut og kontakta grunna faktorar som er tenkt å vera aktuelle for forskingsspørsmålet. Det felles inklusjonskriteriet for begge fokusgruppeintervju var at deltakarane var pårørande til nokon som er/har vore rusavhengig. Inklusjonskriteriet som skilde dei to intervjuet var relasjonen til den rusavhengige. Det første intervjuet inkluderte «generelle pårørande». Det vil seie at det var vilkårleg kva for type relasjon den pårørande hadde til den rusavhengige (dotter, mor, partnar o.l.). I det andre intervjuet var eit inklusjonskriterie å vera (eks)partnar med born med ein rusavhengig. Vidare skulle alle deltakarar vera over 18 år. Angående intervjuet med (eks)partnarar med felles born med ein rusavhengig, skulle barnet/a vera under 18 år. Den pårørande måtte også ha delt eller full omsorg for barnet.

Fokusgruppeintervju. To fokusgruppeintervju vart gjennomført i juni 2018. Innleiingsvis skreiv deltakarane under på samtykkeskjemaet godkjent av Regionale komitear for medisinsk og helsefagleg forskningsetikk (REK), (sjå Vedlegg D og E). Dei fylte òg ut eit skjema med demografiske variablar (Vedlegg H og I). For å kunne koble demografiskjemaet til den respektive deltakar fekk dei utdelt eit tal som vart kobla til namnet deira i ein koblingsnøkkel kun dei to psykologistudentane hadde tilgang på. Dei to psykologistudentane leia intervjuet som begge varte i om lag to og ein halv time. Tilstades var også rettleiar for hovudoppgåva. Medan det første intervjuet var med fire pårørande som har born med ein rusavhengig, var det andre intervjuet med tre pårørande med varierende relasjon til den rusavhengige. Intervjuet vart gjennomført av forskaren og ein medstudent. Det vart nytta to forskjellige guidar for dei forskjellige intervjuet, men med overlappende innhald (Vedlegg F og G). Hovudsakleg nytta studentane seg av hovudspørsmåla i guidane.

Oppfølgingsspørsmåla vart nytta i situasjonar der det synast hensiktsmessig å gå nærmare inn på eit tema, samt når det vart vurdert til å ikkje bryte opp ein samtale som synast relevant for føremålet med studien.

Transkribering og oppbevaring av data. Begge intervju vart tatt opp med to bandopptakarar. Lydopptaka vart deretter transkribert manuelt av psykologistudentane i løpet av juli 2018. Angående oppbevaring vart alt materiale innelåst i skåp på LMS der kun studentane hadde tilgang. Koblingsnøkkelen som knytte deltakarar til demografiskjema med personopplysingar vart oppbevart separat frå alt anna materiale.

Etiske omsyn

Sjølv om deltakarane ikkje vart vald frå ein pasientpopulasjon var dei i ein sårbar situasjon som baud på moglege etiske utfordringar. Dette gjaldt både rekruttering, gjennomføring av fokusgruppeintervju, samt oppbevaring og tilarbeding av datamaterialet. Dei moglege etiske utfordringane bidrog til å styre utføringa av studien. For å unngå at nokon skulle føle seg pressa til å delta vart det presisert at deltaking var heilt friviljug, og ville ikkje ha nokon konsekvensar for vidare deltaking på arrangement på LMS. Som nemnd skulle dei som var interessert i å delta ta kontakt direkte med psykologstudentane, og ikkje med kontaktpersonen ved LMS. Dette skulle gjera det like enkelt å ikkje delta som å delta. Som skildra i prosedyrene signerte deltakarane eit samtykkeskriv ved oppmøte. Då fleire av spørsmåla i foksugruppeintervjuet var av sensitiv art vart dette handtert med omsyn. Tiltak som vart gjort var å ha psykolog tilgjengeleg for deltakarane dersom dei skulle ha behov for dette. Deltakarane vart vidare oppmoda til å dele kva dei var komfortable med. Dei pårørande vart informert om at dei kunne trekkje seg når som helst, og at datamaterialet deira då ikkje ville bli bruka. Det vart òg bruka pseudonym for at det ikkje skulle vera mogleg å identifisere enkeltindivid. Forskingsprotokollane vart vurdert og godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefagleg forskningsetikk (REK, med saksnummer 2018/295/REK midt), samt av Norsk senter for forskingsdata (NSD, med referansenummer 59004/3/BHG) (sjå Vedlegg A og C). Vedlagt ligg også ei bekrefting frå REK på at nødvendige endringar vart gjort for å tilfredsstillе kriteria for godkjenning (sjå Vedlegg B).

Deltakarar

Totalt sju pårørande deltok på eit av to fokusgruppeintervju. I det første intervjuet med «generelle pårørande» deltok tre kvinner. I intervjuet med (eks)partnarar med felles born med ein rusavhengig deltok fire personar. Alle dei fire hadde kun eitt born med sin respektive (eks)partnar. Relevante demografiske variablar er skildra under i Tabell 1 og 2 for deltakarane i dei respektive intervju.

Tabell 1

Demografiske variablar til deltakarar frå intervjuet beståande av «generelle pårørande» til ein rusavhengig.

Pseudonym	Alder	Relasjon til den rusavhengige	Russtatus til den rusavhengige
Sissel	51 år	Er dotter	Den rusavhengige er gått bort
Mona	53 år	Er mor	Rusfri > seks månadar
Elise	35 år	Er sambuar / er dotter	Ikkje rusfri / har ikkje kontakt

Tabell 2

Demografiske variablar til deltakarar frå intervjuet beståande av (eks)partnarar med felles born med ein rusavhengig

Pseudonym	Alder	Samlivstatus med den rusavhengige	Rustatus til den rusavhengige
Olav	37 år	Kjærast	Rusfri > seks månadar
Anne	29 år	Ekspartnar	Rusfri < seks månadar
Marte	31 år	Ekspartnar	Rusfri > seks månadar
Silje	40 år	Ekspartnar	Rusfri > seks månadar

Intervjuguide

Felles for begge fokusgruppeintervju var intervjuguidar med seks til sju kategoriar med spørsmål. Spørsmåla vart vald på bakgrunn av at dei var forventta å kunne svare på relevante aspekt ved opplevinga av å vera pårørande til ein rusavhengig. Innleiingsvis vart begge grupper bedd om å fortelje korleis det er å vera pårørande til/ha born med ein rusavhengig. Dei andre kategoriane med spørsmål var så deira eiga helse, korleis rusbruken påverkar forholdet til den rusavhengige, kva dei opplever av og saknar av hjelp, korleis dei mestrar å vera pårørande, samt om dei har/har hatt strategiar for å få den rusavhengige til å ruse seg mindre. Dei pårørande med felles born med ein rusavhengig vart i tillegg spurt om spørsmål knytt til barnet (sjå også Vedlegg F og F for dei fullstendige intervjuguidane). Utforminga av fokusgruppeintervjua var semistrukturert, og innebar å introdusere ein kategori med eit ope og meir generelt spørsmål for å leggje til rette for at deltakarane skulle svare med deira subjektive oppleving. Dette gjorde det òg mogleg å gå nærmare inn på innlegg som vart delt som synast interessante for forskingsspørsmålet. Deretter var det mogleg å stille snevrare spørsmål på same tema. Etersom spørsmåla var nærgåande og retta seg mot private og potensielt såre erfaringar var det desto viktigare å danne ei ramme for intervjua der deltakarane delte kva dei var komfortable med å dele.

Intervjuguidane som vart bruka i dei to fokusgruppeintervjua var i stor grad like. Skilnaden mellom dei to omhandla fokus på barnet i fokusgruppeintervjuet med pårørande som har felles born med ein rusavhengig. Dette temaet var forventta å prege desse pårørande si oppleving i avgjerande grad. Via kontakten forskarane hadde med kontaktpersonen på LMS fekk dei innsyn i aktuelle problemstillingar hjå pårørande som har felles born med ein

rusavhengig. Denne kunnskapen påverka kva for spørsmål som vart stilt i delen av fokusgruppeintervjuet som fokuserte på problemstillingar knytt til barnet.

Tematisk analyse

Tematisk analyse er etablert som ein fleksibel metode i stand til å fange opp mønster av meining på tvers av datamateriale (Braun & Clarke, 2006). I tråd med målsetjinga til studien var det ikkje ønskeleg å etablere ein teori eller å ha eit snevrare fokus som andre analysetilnærmingar hadde passa betre til. Derimot var målet å kartleggje mønster i og setje i system deltakarane sine subjektive erfaringar. Tematisk analyse er anbefalt som metode når materialet som kjem fram på førehand er ukjent for forskaren (Braun & Clarke, 2006). Dette gjer seg gjeldande i dette tilfellet då pårørande til rusavhengige er mindre forska på. Ei tematisk analyse vil resultere i fleire tema som er tenkt å famne om noko viktig i datamaterialet ut i frå studien sitt kjerneføremål.

På den eine sida er ei tematisk analyse datadreve og induktiv. Dette vil seie at det er datamaterialet som styrer analysen og kva som blir resultatet. Samstundes er det nødvendig å påpeike at forskaren tek aktive val i å tolke datamaterialet, noko som gjer at det aldri vil vera utelukkande induktivt (Braun & Clarke, 2006). Dette gjer seg gjeldande heilt frå byrjinga: frå å identifisere tema, velje kva for tema som er av interesse, samt rapportere dei til lesaren (Taylor & Ussher, 2001). I tråd med dette er ikkje analyse og skriving to separate og lineære prosessar i ei tematisk analyse, men heller ein heilskapeleg, synkronisert prosess (Braun & Clarke, 2006). Difor kan ein også forstå tema som forskaren si tolking og systematisering av innspela til deltakarane.

Det første steget i den tematiske analysen var å gjera seg kjent med datamaterialet. Denne prosessen byrja allereie med at forskaren sjølv samla inn og transkriberte datamaterialet, noko som skapte innleiiande interesser og tankar (Braun & Clarke, 2006). Deretter byrja den initielle kodinga. Kodane markerer eit segment av datamaterialet som var relevant for forskingsspørsmålet. Kodane famnar om den kvalitative meininga til fenomenet, og dannar grunnlaget for den vidare temautviklinga (Boyatzis, 1998). I Tabell 3 blir kodingsprosessen illustrert ved å sjå korleis eit utdrag frå det transkriberte materialet vart koda. I utdraget fortel ei mor blant anna om korleis ho klandra seg sjølv då ho oppdaga at sonen rusa seg, noko som vart koda til «klandre seg sjølv for rusbruken».

Tabell 3

Døme på innleiande danning av kodar

Tekstutdrag	Innleiande kodar
«Nei, eg har ein son, då, han røyka jo hasj – og som forelder liksom når du oppdagar det, så blir det jo det her med ‘kva har eg gjort galt’, sant? Det her med skuld og skam som er det første som slår inn. Du isolerer deg og er sint og redd, og alt blir liksom så håpløst, då.»	Klandre seg sjølv for rusbruken Skam grunna situasjonen Håpløse

Først vart intervjuet med generelle pårørande koda. Desse kodane vart deretter sortert etter fellestrekk dei i mellom, noko som utgjorde søken etter moglege overordna tema (Braun & Clarke, 2006). Ein innleiande temastruktur vart danna for intervjuet med generelle pårørande før intervjuet med pårørande med born med ein rusavhengig vart koda. Den innleiande temastrukturen vart sett saman for å danne eit dekkande og informativt bilete av deira kollektive oppleving (Aronson, 1994). Kodinga av det sistnemnde intervjuet viste seg å danne ein temastruktur som i stor grad overlappa med temastrukturen til det førstnemnde intervjuet. Dette gjorde det mogleg å halde fram med den innleiande temastrukturen, men med tilpassingar. Til dømes var temaa «gode erfaringar med helsevesenet» og «mangelfulle erfaringar med helsevesenet» i utgangspunktet kun eitt tema: «erfaringar med helsevesenet». Då dei pårørande med felles born med ein rusavhengig hadde meir å seie om sine erfaringar med helsevesenet enn den førre gruppa, synast materialet å bli betre presentert gjennom to distinkte tema. På liknande vis vart det i denne fasen tydeleg at nokre innleiande tema ikkje eigentleg var tema (Braun & Clarke, 2006). Til dømes var «om barnet» eit sjølvstendig tema før kodane i denne kategorien vart vurdert til å ha meir til felles med kodar i andre tema, og difor flytta over. På denne måten vart temastrukturen stadig undersøkt på nytt ved at moglege kombinasjonar vart utforska. I Tabell 4 illustrerast denne tilarbeidinga ved å ta utgangspunkt i tre kodar som hadde til felles at dei utgjorde ei emosjonell belastning. Vidare viser tabellen at undertemaet «emosjonell belastning» innleiingsvis vart plassert under temaet «kjenneteikn på den primære belastninga», som ein ser til høgre.

Tabell 4

Døme på sortering av kodar som utgjorde søken etter tema

Kode	Midlertidig undertema	Midlertidig tema
Klandre seg sjølv for rusbruken Skam grunna situasjonen Håpløse	Emosjonell belastning	Kjenneteikn på den primære belastninga

Ei anna endring som skjedde i tilarbeidinga av temastrukturen var utvidinga frå to temanivå til tre. Gradvis vart temaet «emosjonell belastning» finkorna i den grad at datamaterialet som omhandla emosjonell belastning vart delt inn i fem undertema: skam, skuldkjensle og dårleg samvit, skuffelse, sorg, og sinne. Om ei tematisk analyse har for mange forskjellige nivå kan det tyde på ei fragmentert og underutvikla analyse (Braun & Clarke, 2006). Samstundes kan tema eksistere både i hierarkiske og laterale forhold, og tre temanivå er innanfor kva som blir anbefalt (Clarke, Braun & Hayfield, 2015). Dette gjorde at det som innleiande vart omtalt som «tema» vart «hovudtema», og «undertema» vart «tema». Tabell 5 illustrerer korleis «emosjonell belastning» har gått frå å vera eit undertema til å bli eit tema, og at «kjenneteikn på den primære belastninga» har gått frå å vera eit tema til eit hovudtema. Til venstre i tabellen ser ein datamaterialet «emosjonell belastning» omfamnar. Dette vart vurdert til å vera så finkorna at det vart betre presentert gjennom fem undertema.

Tabell 5

Illustrasjon av dei tre temanivåa: undertema, tema og hovudtema

Undertema	Tema	Hovudtema
Skam	Emosjonell belastning	Kjenneteikn på den primære belastninga
Skuldkjensle og dårleg samvit		
Frykt		
Skuffelse og sorg		
Sinne		

Når temastrukturen vart vurdert til å danne eit dekkande bilete som fanga opp essensen av datamaterialet, vart dei forskjellige undertemaa, temaa og hovudtemaa sine titlar gjennomgått. Som nemnd er ikkje analysen og skrivninga to separate prosessar. På dette tidspunktet var forfattaren difor i gang med å presentere funn og velgje passande utsegn for å illustrere, samt utdjupe resultata. Utsegn er difor ikkje presentert kun for å skildre eit funn, men òg for å tilføye ei tolking gjort av forskaren ved at dei vurderast representative på tvers av intervju og i tråd med føremålet med studien.

Resultat

Den tematiske analysen viste at fleire kjenneteikn går att for korleis det opplevast å vera pårørende til ein rusavhengig. Som illustrert i Tabell 6 avdekka analysen tre hovudtema med sine respektive tre tema. Hjå det første temaet i det tredje hovudtemaet fann analysen også fem undertema, noko som gjer at analysen har tre temanivå. Det første hovudtemaet skildrar kjenneteikn på den primære belastinga. Dette blir utdjupa gjennom tre tema: ambivalens ovanfor den rusavhengige, mangel på kontroll og kontinuerleg beredskap. Det andre hovudtemaet analysen førte til tek føre seg (manglande) mestring og støtte. Datamaterialet som omhandlar dette blir presentert gjennom temaa mestringsstrategiar, gode opplevingar med hjelpeinstansar og mangelfulle opplevingar med hjelpeinstansar. Avslutningsvis fann analysen eit tredje hovudtema: kjenneteikn på den sekundære belastinga. Dette hovudtemaet blir forklart nærmare gjennom tre tema: emosjonell belastning, psykisk og fysisk helse, og rus og sosiale relasjonar. Temaet emosjonell belastning blir utdjupa med fem respektive undertema: skam, skuldkjensle og dårleg samvit, frykt, skuffelse og sorg, samt sinne.

Resultata av analysen vil bli presentert forløpande med illustrerande utsegn frå fokusgruppeintervjua. Lydar som latter og kremt er fjerna frå utsegna. «(...)» er bruka der eit lite segment av teksten er fjerna fordi det er vurdert å vera overflødig for å illustrere kva som er meint. Der det har vore nødvendig å fylle inn kva som blir snakka om er dette plassert inn i klammeparentesar «[]». Dei pårørende som blir omtalt som 'generelle pårørende' viser til deltakarane frå intervjuet der inklusjonskriteriet var å vera pårørende til ein rusavhengig, noko som førte til at dei respektive relasjonene til ein rusavhengig varierte på tvers av type (dotter, sambuar o.l.). Dei pårørende som blir omtalt som (eks)partnar er dei frå intervjuet der eit kriterie var å ha felles born med ein som er rusavhengig.

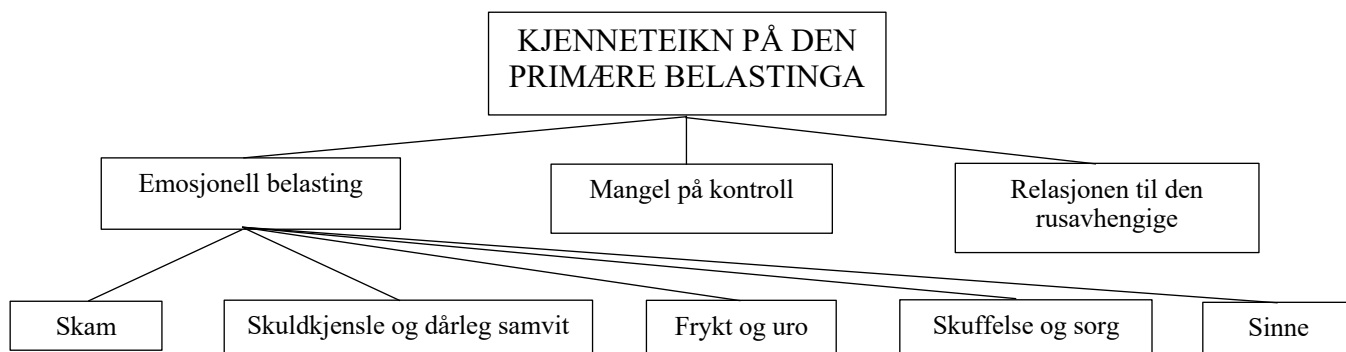
Tabell 6.

Ei oversikt over alle identifiserte hovudtema, tema og undertema.

Hovudtema	Tema	Undertema
Kjenneteikn på den primære belastinga	Emosjonell belastning	Skam
		Skuldkjensle og dårleg samvit
		Frykt
		Skuffelse og sorg
		Sinne
(Manglande) mestring og støtte	Mangel på kontroll	
	Ambivalens overfor den rusavhengige	
	Mestringsstrategiar	
	Gode erfaringar med hjelpeinstansar	
Kjenneteikn på den sekundære belastinga	Mangelfulle erfaringar med hjelpeinstansar	
	Kontinuerleg beredskap	
	Psykisk og fysisk helse	
	Rus og sosiale relasjonar	

Kjenneteikn på den primære belastninga

Analysen identifiserte kjenneteikn på den primære belastninga som det første hovudtemaet. Dette vil seie kva som kjenneteikner den grunnleggjande situasjonen, og ikkje dei meir langvarige og individuelle konsekvensane av belastninga. Dette hovudtemaet er delt inn i tre respektive tema, som skissert i Figur 1: emosjonell belastning, mangel på kontroll og relasjonen til den rusavhengige.



Figur 1. Hovudtemaet 'kjenneteikn på den primære belastninga' med sine undertema.

Emosjonell belastning. Analysen viser at eit kjenneteikn på den primære belastninga ved å vera pårørande til ein rusavhengig er emosjonell belastning. Dei identifiserte emosjonelle følgjetilstandane vil no bli skildra fortløpande.

Skam. Å oppleve skam knytt til å vera pårørande til nokon som er rusavhengig er i større grad eit tema i fokusgruppeintervjuet med dei generelle pårørande. Det kjem likevel ikkje fram indikasjonar på at det er mindre relevant hjå pårørande som har felles born med ein som er rusavhengig. Alle dei tre pårørande frå fokusgruppeintervjuet med generelle pårørande fortel om korleis ei skamkjensle har vore framtrødande for dei. Alle tre tematiserer korleis skam har stoppa dei i å snakke med andre om kva som er vanskeleg med tanke på belastninga knytt til den rusavhengige. Dei to som har vekse opp med ei rusavhengig mor hugsar ein barndom der det vart halde tett om problemet i familien, og at dei sjølve ikkje bad om hjelp før i vaksen alder. «Mona» skildrar ei skamkjensle særleg i byrjinga.

Skam. Altså, det eg lærte meg var jo at eg ikkje skulle gjera det, men altså... Du gjer det, altså! Du fortel det ikkje til nokon (...). I alle fall ikkje i starten. For då har du liksom meir enn nok med å forhalde deg til det sjølv. For det er jo noko som ikkje er akseptert, da. Og du føler liksom, ja, du føler at det er eit eller anna som.. at du har svikta, på ein måte, då. - Mona

Når deltakarane fortel om skam er det knytt til korleis ein inkluderer folk rundt seg i situasjonen ein står i. Det kjem fram at skam stoppar ein frå å fortelje om det vanskelege både til familie og vener, samt hjelpeapparatet. Vidare fortel alle dei tre pårørande frå fokusgruppeintervjuet med generelle pårørande om situasjonar der politiet har vore involvert og at naboane får med seg eventuelle dramatiske episodar. Dette gjer situasjonen ytterlegare belastande. I sitatet som følgjer fortel dotter «Sissel» om då hennar rusavhengige mor skada seg og nekta å bli med i ambulanse.

Så då måtte dei ringe politiet for å, nesten slik tvang, veit du. Politiet var ikkje inne i huset, men dei stod og konfererte med legen, då. Legevaktslegen. Også vart det kalla på ny ambulanse, for ho måtte jo på sjukehuset. Då tenkjer eg: 'kor mange naboar er det ikkje som står i vindauga og glanar, då?'. – Sissel

Skuldkjensle og dårleg samvit. Ei av dei andre sentrale kjenslene som blir fortald om på tvers av intervjuet er ei form for skuldkjensle. Ei av dei to som har vekse opp med ei rusavhengig mor fortel at sjølv om ein veit det ikkje er si eiga skuld (at mor rusar seg), blir det til at ein trur at ein ikkje er god nok eller at ein ikkje kan nokon ting. «Mona» fortel korleis ho som forelder skulda seg sjølv for at sonen byrja å ruse seg.

(...) og som foreldre liksom, når du oppdagar det, så blir det jo det her med 'kva har eg gjort galt?', sant. Det her med skuld og skam som er det første som slår inn. Du isolerer deg og er sint og redd, og alt blir liksom så håplaut, då. - Mona

Ut i frå desse tre kvinnene ser ein at ein kan få ei skuldkjensle utan at nokon legg skulda på ein direkte. På den andre sida fortel tre av dei fire foreldra som har felles born med ein rusavhengig at den rusavhengige har eksplicit lagt skulda på partnaren sin for rusproblemet. Blant dei pårørande med felles born fortel ei mor om korleis eksparnaren anklagar ho for å vera ei fare for sonen deira når det er han som rusar seg:

For det byrja han å fikle litt med no nettopp [å ta medisinen sin], og då var det straks på med dei skuldingane me snakka om: at eg var sjuk og måtte koma meg til ein psykolog, for eg måtte jo skjønne at eg var farleg for sonen min og slik. – Marte

Hjå pårørande som har felles born med nokon som er rusavhengig er særleg skuldkjensla knytt til å vera redd ein ikkje gjev god nok omsorg til barnet. Dette er knytt tett i hop med ansvarskjensla dei som foreldre kjenner på. Det vert i intervjuet skildra at ein kjenner

seg ansvarleg for å stadig skuffe borna sjølv om det er (eks)partnaren som ikkje held avtalen. Under vert dette illustrert ved at «Anne» prøvar å kompensere for rusavhengig ekspartnar:

Eg også har prøvd å kompensere med at besteforeldre møter på ting eg ikkje kan vera med på, men han vil at pappa skal koma, så det blir den skuffinga, då. (...) Dei [besteforeldre og sonen] har gjort masse! Vore og sett på bever og slike ting som pappaen kunne tatt han med på. No er det litt kjedeleg med besteforeldre, då. Kva skal eg bruke til slutt? – Anne

Dei pårørende som har felles born med ein rusavhengig fortel at dei må stå ansvarlege for vurderingar dei har manglande føresetnadar for å gjera på ein god måte. Ansvar for å kompensere for den rusavhengige forelderen fortel ein far at han fekk formidla eksplisitt frå ein helseinstans.

Då seier eg som barnevernet: 'du må tenkje på det slik, Olav, at når Patrick kjem frå mor så er glaset tomt. Då er det ditt ansvar å fylle opp. - Olav

Frykt og uro. Det tredje undertemaet av emosjonell belastning analysen finn er frykt. At dei pårørende lev mykje i ein tilstand av beredskap har allereie vorte presentert. Denne beredskapen synast å vera knytt til kjensla av frykt då ein fryktar visse utfall i så stor grad at ein prøvar å unngå dei med å vera førebudd. Dei pårørende fortel også meir direkte om ei form for frykt, om det er bekymring, uro eller panikk. To av dei pårørende frå fokusgruppeintervjuet med generelle pårørende fortel eksplisitt om panikkanfall dei opplever.

(...) eg har slik panikkangst. Så eg har slite med det og kan liggje.. slik som i fjor så låg eg i senga og fekk ikkje puste, og då har eg liksom sett vindaugget på vidt gap. Og eg kunne hoppe ut frå første etasjen og ned på, å koma meg ut, men eg fekk ikkje puste og det var heilt forferdeleg. – Mona

«Elise» deler belastninga knytt til ein aktuell situasjon der sambuaren er i ferd med å få plass på ein behandlingstusjon, men at det dreg ut. Her kjem det fram at frykt er ein sentral del av at situasjonen blir tyngande for ho.

Ja, for det er veldig tungt nå (byrjar å gråte). For at, eg er veldig redd at det skjer noko, veit ikkje, noko valdsamt. Det er like før no at han går over på sterkare stoff og at det klikkar for han, ja. (...) me har jo hatt folk heime hos oss for og prøvd å tvangsinnleggje han på grunn av psykose og sjølvmondsforsøk og slike ting (...). – Elise

Kva angår pårørende med felles born med ein rusavhengig er det meste av frykta dei nemner knytt til omsorga for barnet. Under fortel «Silje» at ho vegra seg for å fortelje

helsepersonell om si bekymring for at ekspartneren drakk medan han hadde ansvar for dottera.

Så spurte ho slik: 'trur du han drikk når ho er der?'. 'Nei, det kan eg ikkje seie'. For då tenkte eg at eg måtte ha bevis om eg kom med ein slik påstand. – Silje

I tillegg fortel «Silje» om ei frykt for at hjelpeinstansar skal setje spørsmålsteikn ved om du har gjort nok for barnet ditt. Ei anna mor fortel om hennar frykt og bekymring for at historia skal gjenta seg.

Eg har jo vore med og satt han til verda, ikkje sant! Eg skal jo følge han opp og eg skal følge han opp så lenge eg lev. (...) om det er genetisk er eg jo kjemperedd for at han skal hamne på same stien som pappaen sin. I alle fall om han har den diagnosen [ADHD] i tillegg, og kanskje har ingen eller veldig lite impuls kontroll. Teste ut ting også er vegen så mykje kortare for han. – Anne

Skuffelse og sorg. Dei pårørende på tvers av fokusgruppeintervjua fortel om mykje skuffelse. Fleire av (eks)partnerane tematiserer skuffelse når avtalar, særleg med tanke på samvær med barnet, ikkje blir halde. Som nemnd i avsnitta om beredskap brukar dei mykje tid og krefter på å leggje til rette for samvær mellom barnet og den andre forelderen. To av desse mødrene fortel at delar av tida gjer ikkje faren ein innsats for det same, og det ser ut til han ikkje bryr seg. Ei av mødrene i denne kategorien fortel at ho sjølv etter ei årrekkje kan føle på skuffelse.

(...) så blir eg framleis skuffa og faktisk veldig overraska over kva han kan finne på å seie og gjera. (...) då har eg tenkt: 'er det fordi me var kjærastar i fem år og hadde det eigentleg så veldig bra at me trur fortsatt for bra? Liksom: det her får han til!'. Men så gjer han ikkje det, og så blir ho [dottera] skuffa eller så blir du skuffa (...). – Silje

Former for sorg og tristheit blir eksplisitt skildra av brorparten av deltakarane gjennom intervjua. Felles for foreldra med felles born med nokon som er rusavhengig er sorga over familielivet ein såg for seg, men som ikkje vart. Tvert i mot skildrar dei ein kvardag prega av vonde kjensler og manglande stabilitet og støtte. Ei av mødrene fortel om sorga over kva ein håpa på.

Det er nesten som ei slags sorg, kjenner eg då. 'Åh, nå vart det rusen igjen', på eit vis. Ein har jo tankar og draumar når ein er nyforelska. – Marte

På liknande vis skildrar ei anna mor korleis det å bli forelder vart ei anna oppleving enn kva ho hadde sett for seg og håpa på. Ho fortel at ein må stadig justere forventingane for kva ein kan tilby barnet, og at ein ender opp med å måtte handtere både eigne skuffelsar og dottera sine, samt klare å skilje på dei og ikkje overføre sine eigne til barnet:

(...) ein hadde nokre ambisjonar. Ikkje at eg var slik kjempebevisst korleis eg skulle vera som mor før eg blei det, men ein tenkte 'det skal me få til, og det skal me få til'. Og så må du liksom trekkje ned den eine tingen etter den andre, då. 'Det får me ikkje til', 'nei, slik vart det ikkje'. 'Nei, det er ikkje alltid du får mat når du er hos pappa.' – Silje

Også blant dei pårørande i den generelle gruppa var sorg og tristheit eit tema. Her ligg eit hovudfokus på at det er trist å sjå kva rusen gjer med nokon ein er nær. Ein pårørande som både er dotter og sambuar i relasjon til nokon som er pårørande fortel om korleis det er å sjå belastninga rusen fører med seg for sambuaren.

(...) det er trist å sjå han når han rusar seg og kva det fører med seg, og.. spøkelset som eg ser etterkvart som ein gong har vore min kjærast, min sambuar, ikkje sant. Også er det veldig hardt når han byrjar å bryte saman sjølv, då, og seier han er veldig lei og har lyst å slutte, også er det her så mykje sterkare enn han. Han klarar det ikkje. Det er veldig gripande, ja, veldig tungt. – Elise

Liknande refleksjonar deler dottera som har vekse opp med ei rusavhengig mor. Ho forklarar at rusavhengnaden til mora varte heilt frå ho sjølv var lita til mora gjekk bort. I sitatet under les ein om aspektet ved belastninga som handlar om det sørgjelege.

(...) ho ville på ein måte ingenting. Ho ville vera i fred, og ho ville sitje der og drikke konjakken sin, og røyke og sjå på fjernsynet. Det var det som var livet hennar etter at pappa døydde, då. Men eg synast det er, på ein måte, lite verdig å sjå ei eldre dame (...), at det går an å køyre seg så langt ned. Alt flaut jo rundt ho. Trist eigentleg, å sjå det forfallet der, da. – Sissel

Sinne. Dei pårørande skildrar i intervjuja også andre kjensler som pregar deira erfaring. Desse kjenslene var ikkje like framståande som dei som allereie er presentert. Eit døme på dette er sinne og provokasjon. To av dei pårørande frå den generelle gruppa fortel om dei sterke kjenslene som kjem fram ovanfor den rusavhengige.

Blir veldig ambivalent, då. (...) På ei side så har eg jo augeblikk der eg elsker han over alt på jord, også har eg augeblikk der eg tenkjer 'nei, no er det nok, nå går eg' eller 'no får du ha deg ut'. Kan sikkert ikkje telje kor mange gonger eg har sagt begge delar, for å seie det slik. – Elise

Det blir også fortalt om sinne i møte med andre. Den pårørende mora fortel at det verste ho kan tenkje seg er når familie og vener prøvar å presentere ei kjapp løysing på problemet, som til dømes å 'berre få han i fengsel'. Ho utdjupar at sjølv om dei meiner det godt, er det provoserande når folk som ikkje veit kva det handlar om skal koma med velmeinte råd. I same and fortel både ho, samt den mannlege partnaren frå det andre intervjuet, om møte med helsevesenet eller andre instansar der dei blir rasande.

(...) altså eg har vore så irritert på politiet òg, eg, då. (...) Også kjem det oppslag i avisa: 'Nei, no må foreldra skjerpe seg'. (...) Altså då dreg folk rundt og leitar etter ungene sine, og sit på møte heilt fortvila over situasjonen, også står det i avisa: 'Nei, me drit vel i ungene våre'. Slik har i alle fall eg opplevd det, og det føldest så urettferdig. – Mona

Mangel på kontroll. Dei pårørende fortel om ein relasjon som er turbulent og skiftande. Fleire av dei pårørende skildrar at dei er prisgjeven den rusavhengige sin vekslende tilstand. Dette omtalar nokre av dei med omgrepet «medavhengnad». Under skildrar «Mona» korleis ein følgjer etter deira skift.

Eg har jo liksom kjent litt på det der med at, om han har det bra, så har eg det bra. Og om han har det jævleg, så har eg det jævleg. Slik at det blir, du blir med i dei der opp- og nedturane saman med den som rusar seg. – Mona

Å vera prisgjeven nokon andre sin tilstand og situasjon bidreg naturleg nok til ei manglande kjensle av kontroll. Ein kjem ingen veg ut av situasjonen utan at den rusavhengige vil det sjølv. Ein variant av denne setninga seier alle dei tre pårørende frå fokusgruppeintervjuet med generelle pårørende.

Og det hjelper jo ikkje noko kva ein gjer heller. Fordi dei som er rusavhengige, dei må på ein måte ville det sjølv, å slutte og ruse seg. Me rundt dei kan jo ikkje ta det valet for dei. – Sissel

Likevel kjem det fram at fleire av dei pårørende har bruka tid på erkjenninga av at den rusavhengige må ville slutte sjølv for at det skal skje. «Mona» skildrar at ho i byrjinga ikkje forstod alvorret, samt avgrensingane i kva ho kunne ordne opp i på vegne av sonen. Vidare viser utsegna opplevinga dei pårørende har av å anstrenge seg for at situasjonen skal betrast, samt håpløysa når innsatsen ikkje gjev resultat.

(...) i starten tenkjer du at du skal ein stad og få ei oppskrift på korleis du skal få han rusfri. (...) du veit jo på ein måte først ikkje kor alvorleg det er, då. Men når du merkar at same kva du seier, så nyttar det ikkje nokon ting, så blir ein heilt motlaus og fortvila (...). – Mona

Eit anna aspekt ved mangel på kontroll som vert tematisert er korleis situasjonen eskalerer, og framleis utanfor dei pårørande sin kontroll. På tvers av intervjuar fortel dei pårørande om at dei gradvis finn seg i stadig meir. Døme på dette er kva ein faktisk blir skuffa over eller kor mykje den rusavhengige skal få ruse seg. «Mona» skildrar korleis det innleiingsvis var skuffande at sonen byrja med snus, og korleis ho visste fint lite då om korleis det skulle utvikle seg. Kvinna med ein rusavhengig sambuar fortel om korleis hennar eigne grenser blir tøya for kva ho finn seg i.

Ein startar med å vera veldig streng på alt saman, men så blir grensene tøya og tøya, og til slutt skjønar ein ikkje heilt kvar ein har hamna hen. Med å seie ja til så mykje forskjellig. (...) korleis han klarer å tøy dei grensene og manipulere dei pårørande til å seie ja til enkelte ting. – Elise

Ambivalens overfor den rusavhengige. På spørsmål om korleis rusbruken påverkar relasjonen til den rusavhengige deler dei pårørande forskjellige perspektiv. Fleire skildrar ambivalente kjensler ovanfor den rusavhengige. Dette blir illustrert under av «Elise», som har ein rusavhengig sambuar, frå intervjuet med generelle pårørande.

[Relasjonen til rusavhengig sambuar] blir veldig ambivalent, då. (...) På ei side så har eg jo augeblikk der eg elsker han over alt på jord, også har eg augeblikk der eg tenkjer 'nei, no er det nok, no går eg' eller 'no får du ha deg ut'. Kan sikkert ikkje telje kor mange gonger eg har sagt begge delar, for å seie det slik. – Elise

«Mona» som har ein tidlegare rusavhengig son peikar på verdien av dei andre eigenskapane den rusavhengige har enn rusavhengnaden.

(...) det er to ting som han er veldig glad i. Det eine er born og det andre er matlaging. (...) det har eg prøvd å forklare alle som har visst at han har rusa seg, liksom: ja, han rusar seg, men det er så mykje meir! (...) det synast eg er så viktig (...), dei har ein del heilt fantastiske eigenskapar òg. – Mona

Liknande utsegn kjem frå fleire av dei andre deltakarane. Kontrasten til det gode og flotte med personane vert illustrert gjennom belastande situasjonar dei pårørande opplever i kvardagen. I begge intervju blir manipulasjon, løgn og turbulente forhold skildra i sine respektive relasjonar av fleire deltakarar. Kvinna med ein rusavhengig sambuar utdjupar at det var ekstra varierende i starten då ein var utan kunnskap frå pårørandemøte og -kveldar.

Under fortel ho om ein situasjon der sambuaren meldte at han skulle ta livet sitt og så tok ei overdose.

Men så tok dei [ambulanse] med seg han, og då skreiv han ein lapp. Først skreiv han ein lapp der han skreiv at han, at det er min feil at han tek livet sitt. Den lappen hugsar eg at eg fann litt seinare. På ein annan lapp så stod det 'eg elsker deg' (...). Då braut eg heilt saman, framfor det helsepersonellet og, ja, (...) når han rusar seg så er han jo ein heilt annan person. Det er jo ikkje noko, det er jo ikkje den personen eg har blitt kjent med, for å seie det slik. – Elise

Kva angår dei pårørande med felles born med ein rusavhengig ser ein eit kjenneteikn som skil seg ut i svara deira samanlikna med den andre gruppa. To av (eks)partnarane fortel at den einaste årsaken til at dei har kontakt med den rusavhengige er grunna barnet dei har i lag. «Anne» kallar det difor påtvinga kontakt. «Silje» understrekar dei langvarige forpliktingane gjennom til dømes konfirmasjon og bryllaup. «Olav» er framleis i lag med sin partner. Manipulasjon er eit tema også i dette intervjuet:

Det å gå på kvar gong. (...) Å få deg til å vera med på ting og seie ting og gjera ting som du aldri hadde kome til og sagt eller gjort, aldri. Altså, ovanfor ein tredjepart då, og du er med på å leggje til rette for at situasjonen som den er skal få lov til å fortsetje (...), sjølv om den er heilt forkasteleg og den kan ikkje fungere slik. (...) det er i alle fall det eg kallar eit spel med kjenslene mine fordi personen veit at eg er så glad i ho at eg ville framleis ha gjort alt for ho. – Olav

Ein tredje deltakar av dei pårørande med felles born med ein rusavhengig, «Marte», aktualiserer omgrepet «ruspersonlegdom». Ho problematiserer kva som eigentleg skuldast rusbruk og/eller sjukdom, og kva som på den andre sida skuldast sjølv individet som rusar seg. Ho fortel at også dette fører til at ho må stå ansvarleg for å vurdere kva som er greitt ovanfor barnet og ikkje. Dette blir ekstra relevant når personen er rusfri, og ein ikkje nødvendigvis blir kvitt utfordringane av den grunn:

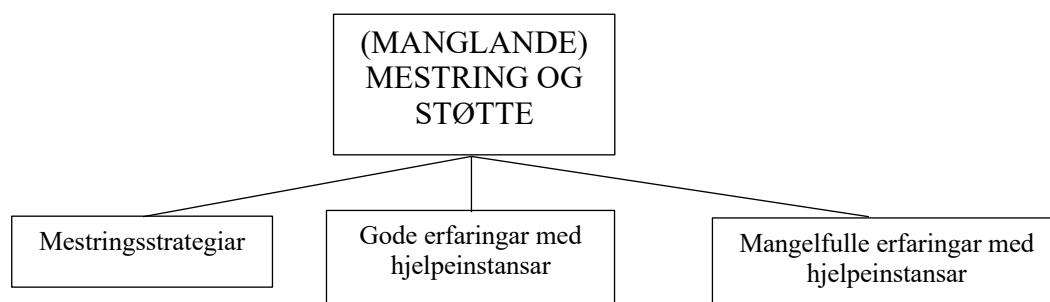
(...) ruspersonlegdom er noko me har prata litt om. (...) sjølv om min sambuar ikkje rusar seg lenger, (...) - han kan finne på mykje rart, og har rare tankar og idear om korleis ein skal vera forelder, då. (...) eg føler det er slik ekstra ting, for du veit ikkje heilt om det er det vanlege mennesket som snakkar no, eller om det er sjukdom på eit vis. – Marte

Det vert vektlagt av fleire pårørande at ein ikkje kan rekne med den rusavhengige. Det vert sagt at ein ikkje veit når ho/han viser interesse og viser seg imøtekomande og fungerande:

Eg veit ikkje korleis det går med han fordi det går slik opp og ned. Enkelte periodar så er han veldig på og andre periodar så trekkjer han seg tilbake. (...) I starten når me flytta frå kvarandre så var han veldig flink til å ha han [felles son] annakvar helg, bli med han ut, gjera ting. Så har det bare dabba meir og meir av. – Anne

(Manglande) mestring og støtte

Analysen finn det andre hovudtemaet (manglande) mestring og støtte. Som illustrert i Figur 2 er hovudtemaet delt opp i tre respektive tema: mestringsstrategiar, gode erfaringar med hjelpeinstansar og mangelfulle erfaringar med hjelpeinstansar.



Figur 2. Hovudtemaet '(manglande) mestring og støtte' med sine respektive tema.

Mestringsstrategiar. Angående korleis dei pårørande tek vare på si psykiske helse finn analysen ei rekkje forskjellige strategiar. Felles for dei alle er at det ikkje finst noko enkel løysing åleine. Ein kan også påstå at felles for dei alle er strategiar som fungerer som nødløysingar, og som ikkje er helsefremmande i seg sjølv. Under illustrerer «Marte» korleis hennar psykiske lidningar er siste prioritet:

I alle fall når han rusa seg, då var først å sørgje for at barnet hadde det greit, så sørgje for at sambuaren hadde det greit, og så om eg hadde noko energi til overs kunne eg tenkje på meg sjølv. – Marte

På tvers av gruppene skildrar seks av sju deltakarar at å jobbe er ein måte dei tek vare på si psykiske helse. Fleire av dei legg til at dei bevisst slit seg ut på jobb for å få sove, og held seg opptatt for å ikkje bli tynga av kjenslene dei ber på. Den eine kvinna frå fokusgruppeintervjuet med generelle pårørande fortel at ho har låg toleranse for arbeidsløyse ved at ho særleg då opplever tilbakevendande depresjonar. Ho kallar seg sjølv arbeidsnarkoman og må halde seg i konstant aktivitet ettersom ho elles ikkje fungerer godt. Slik kan ein tolke arbeidet som ei etterlengta pause og flukt frå det vanskelege. Under kjem eit sitat som illustrerer funksjonen til arbeid og å halde seg travel, som svar på kva dei pårørande gjer for si psykiske helse:

Jobbe. Seie ja til alt som foregår på skulen, slik for å koma unna heimen og tankane. (...) no fram til eg går ut i ferie så har eg fullsatt dagane mine heilt på jobb, og då veit eg jo kvifor, det er for å stikke av litt frå.. då får eg noko heilt anna å tenkje på. (...) eg er ikkje den som sit og pratar med familien, eg har aldri vore nokon slik pratar heime heller. – Anne

I same stil hjelper andre former for distanse til belastinga. På tvers av intervju understreker dei pårørande at situasjonen no ikkje er som den var i byrjinga. Fleire deltakarar seier at det vert lettare å handtere med tida. To av deltakarane på tvers av intervju nemner at det vart lettare for dei når den rusavhengige flytta til ein annan stad i landet og ein bokstaveleg talt fekk distanse. Det blir også skildra korleis dei pårørande har det betre når den rusavhengige har det betre eller i det minste er i beskytta omgjevnadar. Under illustrerer «Mona» kor stor tyding dette kan ha:

Me hadde jo ferie når sonen vår var i fengsel. Og det er jo heilt hårreisande å seie det, og om nokon hadde sagt det til meg for ti år sidan, så hadde eg bare tenkt 'crazy, crazy'. Men det hadde me! Då visste me at han var ein stad, at han var trygg, at ikkje noko kunne skje med han, at han ikkje rusa seg – då senka me skuldrene og hadde det kjempebra i den perioden. – Mona

Ei kvinne understreker verdien av å ta distanse frå det som skjer og vera innforstått med at ein ikkje har kontroll. Som tidlegare nemnt kjem dei fleste pårørande til erkjenninga av at dei ikkje får gjort noko med mindre den rusavhengige vil det sjølv. Fleire skildrar eit positivt forhold til å sleppe ut kjensler, samt kunne dele med andre kva ein har på hjartet. Andre mestringsstrategiar som blir nemnt er å sove, gå tur, trene, bruke tid på hobbyar og vera ærleg med dei rundt seg. Fleire slår eit slag for å møte andre i same situasjon, noko teksten går nærmare inn på i neste del. Ein annan strategi som blir nemnt i intervjuet der deltakarane har born med nokon som er rusavhengig, er å jekke ned forventingane.

Du tek ned forventingane. Det blir enklare for meg også om eg tenkjer at han skal fylle rolla som ein slags onkel som kjem på besøk. (...) Det er me forbi, trur eg [at ekspartnaren kan vera ein far]. (...) Han sitt bidrag utanom det [økonomiske] er eit pluss. – Silje

Støtte frå andre. Kva angår støtte frå vener og familie svarar deltakarane sprikande. Nokon oppgjer å berre ha fått støtte frå vener og familie, og ikkje hjelpeinstansar. Andre oppgjer at dei har hatt mest hjelp i familie, medan ei kvinne berre har støtte frå veninner. Ein deltakar seier ho fann stor trøst i søster si, medan andre familiemedlem ønska ho å skåne. To av deltakarane problematiserer å få støtte frå andre som ikkje har forståing for situasjonen og

at det difor ikkje blir støtte å hente i dei relasjonane. Likevel oppsummerer den eine kvinna at ein jamt over får mest støtte når ein er open om belastinga ein står i.

Det synast eg er så ille med alle dei som (...), dei aner ikkje kva det dreier seg om. Og kjem med mange slike velmeinande råd som gjer at eg får lyst å klore ut augo på dei. (...) Men slik etterkvart så får du jo støtte. Frå alle, vil eg jo påstå. (...) Etterkvart som me har vore opne om det (...). For, eg har no opplevd det no, det er jo noko i alle familiar. – Mona

Gode erfaringar med hjelpeinstansar. Når det gjeld erfaring med helsevesenet fortel dei pårørande om varierte erfaringar. Halvparten av deltakarane oppgjer å ha fått minimalt med bistand frå helsevesenet. I intervjuet med foreldra som har born med ein rusavhengig er mangelfulle erfaringar med helsevesenet eit hovudfokus og noko dei fleste kjenner seg att i. Liknande tendens viser analysen ut i frå intervjuet med dei generelle pårørande. Samstundes er nokon på motsett side utelukkande nøgde med hjelpa dei har fått. Særleg nokre tilbod vert løfta fram som verdifulle. Alle deltakarane kjenner naturleg nok til Lærings- og mestringscenteret (LMS) ettersom dei vart rekruttert derifrå. LMS vert løfta fram som eitt av få verdifulle tilbod der dei pårørande har fått bistand. Fleire faktorar ved LMS blir trekt fram som årsakar til dette. Dei fleste av deltakarane understreker verdien av å møte andre i same situasjon. Dei pårørande skildrar at det er ei sterk oppleving å høyre andre vaksne menneske skildre «deira liv» fordi det er så mykje likt i kva dei fortel. Eit anna kjenneteikn med forumet dei set pris på ser ut til å vera eit ope, inkluderande og ikkje dømmende samhald, der ein får anledning til å bli høyrd. «Olav» skildrar korleis ein på LMS får innsyn i korleis andre handterer same utfordringar og at denne opplevinga fører til at ein føler seg styrka:

Det var og veldig en ventil, egentleg, og det å føle at ein ikkje er åleine. Og sjå, ikkje at ein synast det er godt at andre har det vondt, men at ein ser og høyrer korleis andre handterer og taklar og tenkjer, og det at andre har det på same måte, det gjev deg faktisk (...), kall det sterkare, då. Ein går og ikkje føler seg åleine då. – Olav

Samstundes som dei pårørande opplever mykje støtte og nytte i tilboda på LMS blir det også nemnt aspekt ved senteret som kunne vore betre:

(...) me som er pårørande, me har jo ikkje nokon stad å dra til eller få hjelp frå slik, når som helst, då, slik som dei [rusavhengige] kan. (...) me har det senteret her [LMS], men det er jo avgrensa kor mykje slike fellesting det finst, då, og kor tilgjengelege dei ansatte kan vera. – Elise

Pårørande frå begge fokusgruppeintervjua kan fortelje om andre instansar enn LMS som har gjeve dei verdifull hjelp. Det ser ut til å vera varierende kva dei vil ha hjelp til, eller om dei i det heile veit kva dei treng. Eit døme er korleis «Mona» og mannen hennar fekk påpeika korleis deira åtferd kunne bidra til å vedlikehalde rusbruken til sonen deira. Dette var dei ikkje klar over på førehand. Noko anna dei pårørande på tvers av fokusgruppeintervjua trekkjer fram som verdifullt er å bli lytta til og tatt på alvor med vanskanne dei opplever. Det som kjenneteiknar tilboda dei pårørande er nøgde med er kontinuitet i tilbodet, å inkludere alle nødvendige instansar, fleksibilitet med tanke på regelverk, samt tilsette som ser menneska i situasjonen og brenn for at det skal gå bra. Vidare blir det sagt at å sjå familie-/pårørandeperspektivet er avgjerande for om hjelpa blir god. «Marte» fortel under kvifor ho er nøgd med oppfølginga ho har fått.

Så me var lagt inn der saman, som ein familie, på [behandlingsstad]. Og det var heilt fantastisk. Liksom det at dei såg familieperspektivet, dei såg at det her var noko som påverka meg som pårørande i så stor grad at sjølv sagt skal me leggast inn i lag. Så det var heilt magisk å ha dei. Og i tida etter når me vart skreive ut derifrå så har me fortsatt å gå i behandling der, og i parsamtalar og samspelrettleiing og psykologbehandling til meg òg. – Marte

Å få kunnskap er eit kjennteikn på god hjelp dei pårørande trekkjer fram. Denne kunnskapen ser ut til å kunne vera på tvers av område. Ei kvinne fortel at ho kjende på mindre skuld kjensle etter ho fekk vita at rusavhengige kan leggje skuld på andre fordi sjølv dei deira ikkje tåler det på eiga hand.

‘(...) herregud, det sit i ryggraden din å legge skulda på meg etter 12 år!’. Det er ganske godt gjort. Og før du skjønar at det er det som skjer, kanskje det gjekk 10 år til og med, før det var nokon som sa at den som er rusavhengig likar å brette dette utover på omgjevnadane fordi sjølv ikkje er sterkt nok til å bera det, og ein kan seie ‘det er eg som er rusavhengig’. Så då bare smører ein det ut. Det var ei klok dame på [hjelpeinstans] som sa det og då blei eg litt slik ‘Der! Den kjøper eg!’. Når du får kunnskap om slike ting er det lettare å bera det. – Silje

Mangelfulle erfaringar med hjelpeinstansar. Som nemnd har over halvparten av dei pårørande hatt mangelfulle erfaringar med hjelpeinstansar. Innleiingsvis påpeikar ein av deltakarane at det er vanskeleg å svare på kva pårørande saknar av hjelp ettersom det mest sannsynleg finst store mørketal på pårørande til rusavhengige. Påfallande mange av dei pårørande svarar på spørsmålet med setningar om kva som kunne vorte gjort annleis for den rusavhengige, og ikkje dei sjølve. Til dømes lurar kvinna som har vekse opp med ei rusavhengig mor på om ein har enklare for å leggje merke til, samt tilby hjelp til, yngre

rusavhengige enn eldre. Då ho gav opp å rydde unna heime hjå mor si fekk heimesjukepleia sjå korleis det eigentleg såg ut der. Ein av deltakarane seier det finst ei rekkje tilbod der ute når ein er klar for å oppsøkje dei, men at ein i starten treng å summe seg og i det heile innsjå kva for situasjon ein er i. Deltakarane skildrar fleire tankar knytt til det å oppsøkje hjelp i det heile. To kvinner seier at ein treng tid på å skjønne at ein treng hjelp. Ei anna kvinne seier at ho bruka tid på å i det heile tatt skjønne at ho var pårørande til nokon rusavhengige. Under skildrar ho korleis ønsket hennar ikkje vart møtt når ho etterkvart oppsøkte hjelp.

Også fortalde eg legen korleis eg hadde det og så stoppa han meg etter ti minutt og sa: ‘du må stoppe og snakke, du må koma tilbake for at tida har gått’. (...) Eg følte meg så audmjuka då fastlegen sa eg måtte slutte å snakke (...). Så måtte eg dra tilbake veka etterpå, då, og fortsette på historia, også viser han meg til spesialisthelsetenesten. Der har eg jo ingen rettigheit, eg er jo i full jobb og har ingen fysiske plager, så. Kjem han tilbake og seier at ‘nei, du har ikkje rett på noko hjelp’. – Silje

På liknande vis opplever fleire av dei pårørande å ha bedt om hjelp gjentekne gonger og blitt anten avvist eller vist vidare til eit vanskeleg og byråkratisk system med godt gøymd hjelp. Dei pårørande kan også fortelje om situasjonar der dei har bedd om hjelp, og så tvert i mot fått ei større byrde av det.

Også skjønte eg då eg var på møteplassen [tidlegare namn på ROM] at kanskje eg må ha litt hjelp. Så drog eg til fastlegen min som sa til meg: ‘men skal han der [rusavhengig ekspartner] ha foreldreansvar?’. Då vart eg slik: ‘å, nå må eg kaste opp, skal eg ta ansvar for å finne ut av det, liksom?’. – Silje

I fleire av historiene dei pårørande fortel kan det verke som at den pårørande si helse vert prioritert anten til slutt eller ikkje i det heile. I sakar der born er involvert kan det sjå ut til at ei haldning blant hjelpeinstansar er at den rusfri forelderen i tillegg skal kompensere for den rusavhengige forelderen. Under fortel ei kvinne om når dette vart adressert på LMS med tilsette frå barnevernet tilstades.

(...) me utfordra hjelpeapparatet litt på at; ‘men er det slik at de definerer den eine forelderen som frisk og den andre som sjuk?’ (...); ‘ho her blir tatt vare på av mor’ eller ‘mor kompenserer for far’. (...). Og ho [tilsett frå barnevernet] sa at: den setninga her, den hadde ho bruka så mange gonger og ho var heilt slik skamfull. (...), altså ‘kompenserer for far sin eller mor sin rusbruk’ utan at ein lurar på kor lenge klarer ein det? – Silje

Same problemstilling utdjupar ein av dei andre foreldra som eksplisitt vart fortalt at han skal kompensere for rusavhengig mor.

Då seier eg som barnevernet: 'du må tenkje på det slik, Olav, at når Patrick kjem frå mor så er glaset tomt. Då er det ditt ansvar å fylle opp'. - Olav

Andre former for mangelfulle møte med hjelpeinstansar er kjenneteikna av intervensjonar som ikkje har noko effekt eller ikkje blir følgd opp tilstrekkeleg. Dessutan er intervensjonane kjenneteikna av mangel på ei heilskapeleg forståing av situasjonen der ein kan fokusere på fleire problemstillingar samstundes. Særleg dei pårørende med felles barn med ein rusavhengig forklarar å kjempe for tiltak og oppleve å ikkje bli møtt på det. Under fortel ei mor korleis ho rett nok var i kontakt med Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk (BUP), men at ho opplevde minimalt med hjelp frå dette.

Samtidig som (...) sonen min har vorte utreda for ADHD i BUP så har eg liksom vore i den fasen samtidig med at me har byrja å gje litt informasjon til han om at pappa er sjuk. Men dei bryr seg ingenting om det: 'me gjer han medisin også sjekkar me om det fungerer'. (...) Dei tenkjer ikkje på at kanskje far sin situasjon har noko med uro å gjera. Det har ingenting å seie. (...) Det er liksom ingen å rådføre meg [med]. – Anne

Kjenneteikn på den sekundære belastinga

Det tredje og siste hovudtemaet analysen finn byggjer på dei to første. Som illustrert i Figur 3 er hovudtemaet kjenneteikn på den sekundære belastinga delt opp i tre respektive tema: emosjonell belastning, psykisk og fysisk helse, samt rus og sosiale relasjonar. Det første temaet emosjonell belastning er deretter delt opp i fem respektive undertema: skam, skuldkjensle og dårleg samvit, frykt og uro, skuffelse og sorg, samt sinne.



Figur 3. Hovudtemaet 'kjenneteikn på den primære belastinga' og sine relaterte tema.

Kontinuerleg beredskap. Eit av kjenneteikna ved å vera pårørende til nokon som er rusavhengig er å vera i kontinuerleg beredskap. Av analysen blir det forstått at kvardagen

deira er prega av å vera på vakt og førebudd på det verste. Alle deltakarane på tvers av intervjuar bidreg med innspel som underbyggjer dette. I samtale om beredskap kjem det flest utsegn om ei frykt om kva som kan skje, samt om innsats for å unngå utfalla ein ikkje ønskjer. Spesielt for dei pårørande som har felles born med ein rusavhengig er omsyna til barnet. Det blir forstått av analysen at ein ønskjer å ta høgde for dei emosjonelle opp- og nedturane den rusavhengige forelderen påfører barnet. Ein av foreldra deler at han merkar at beredskapen også sit i dottera. Den eine mora fortel at ein er opptatt av å handtere situasjonen for å kunne vera til stades for barnet heile tida. Dette gjer seg særleg gjeldande når ein som den rusfri forelderen ender opp med å måtte vurdere om samværet med den rusavhengige er forsvarleg, samt når ein eventuelt må blande seg inn. Det fører blant anna til at ein sjekkar ut med borna i etterkant om korleis samværet har vore. Under fortel ein far som korleis han opplever dette:

Det er si slik underleg kjensle av beredskap. Det kan ikkje samanliknast med ein annan beredskap fordi du ikkje har noko konkret å risikovurdere noko i mot. Etterkvart får du jo det, men slik i starten er det eit helvete. Du veit aldri når du må gripe inn. - Olav

Beredskapen fører til ein åtferd som inneber å ta høgde for ei rekkje forskjellige utfall av ein situasjon, og ha ein plan B i bakhand dersom plan A ikkje let seg gjennomføre. Dette blir illustrert under av ei mor som må ha ein plan i bakhand då den rusavhengige ekspartnaren inviterer deira felles dotter til han sin nye bustad.

Så gav han ho ein slik formell invitasjon til [ny bustad] per brev på bursdagen. Og det var litt slik «slå beina under oss», då, med publikum. Så dei har jo begge lyst til at dei skal få det til, men kva er plan B då? Skal mora bu på nabohotellet eller noko slik? – Silje

To av (eks)partnarane formulerer ein variant av ordlyden 'eg har enda opp som ein administrerande direktør utan å ha søkt på jobben'. Beredskapen viser seg ikkje berre i konkrete situasjonar som krev ei vurdering, men synast også å vera eit bakteppe når det tilsynelatande ikkje finst nokon grunn til å frykte det verste.

(...) og om det ikkje skjer noko så trur du at det skjer noko, så du er på konstant jakt etter: 'kva er det eg ikkje får med meg no? No er det noko galt her, no er det for stille.' Det er utfordrande, slitsamt og konstant beredskap. – Olav

Dei pårørande brukar mykje tid og krefter på å enten ordne opp i situasjonen til den rusavhengige, eller kompensere for innsatsen hennar/hans ovanfor eventuelle felles born.

Fleire av dei pårørande skildrar at dei av og til blir så lei av dette at dei får lyst til å resignere. Ei mor med ein rusavhengig eksparntar fortel om kor krevjande det er å leggje innsats i samværet og relasjonen mellom far og son, når det gong på gong blir sabotert av eksparntaren. Fleire kjenner seg att i vekslinga mellom å bruke krefter på å få til eit (godt) samvær, bli skuffa og ville gje seg, få dårleg samvit for dette, for så å byrje på nytt att.

Det blir jo ikkje noko av det [ein avtale mellom faren og sonen], det veit eg jo, men det er liksom då kjenner eg at då har eg berre lyst å gje opp. No gidd eg ikkje meir, eg orkar ikkje ofre ein kalori for at det her skal ordne seg, eg gidd ikkje. Då blir det slik ein liten periode, og då må eg be han ta det opp att for då kjem jo samvitet. Eg må jo jobbe for at dei skal oppretthalde det bandet som dei har. (...) Eg driv og smørar og smørar og prøvar å vedlikehalde, men.. Sjekkar for rifter og prøvar å fikse det, men.. – Anne

Ein annan konsekvens av å vera slik på vakt er at ein slappar minimalt av, og at kvardagslege hendingar blir tolka som truslar om fare. To av deltakarane frå fokusgruppeintervjuet med generelle pårørande fortel om i utgangspunktet nøytrale situasjonar som hjå dei vekkjer ein sterk angstreaksjon. Angstreaksjonen forklarar dei med at situasjonen er knytt til liknande eller same type situasjon som tidlegare har ført til ytterlegare belastning. Følgjande sitat er frå «Elise» som har ein rusavhengig sambuar.

Me bur jo i førsteetasjen, så politiet har jo banka på verandadøra. Også hadde eg ei veninne, seinast i dag, som kom innom umeld fordi ho arbeider i nærleiken. Plutseleg banka det på verandadøra og då fekk eg slik ‘uæ!’. Då tenkte eg med ein gong: ‘politiet er her! Kva har skjedd no?’ – Elise

Kvinna held fram med å seie at slike reaksjonar fortset i lang tid etter at situasjonen betrar seg og sonen vert rusfri. Ho seier at ho er bevisst på at frykta for tilbakefall vil sitje i, noko ho merkar gjennom kor var ho er på utfordringar han møter.

For når han ringer, då er eg liksom, du merkar det på ein måte måten han snakkar på. Og om han på ein måte har nokre problem med kjærasten eller eit eller anna slik, då blir eg så stressa. For då tenkjer eg: det skal ikkje så mykje til, sant, før det *eksplosjonslyd*, er på tur til å tippe over att, sant. Då blir eg veldig bekymra. - Mona

Eiga psykiske og fysiske helse. Den skildra emosjonelle belastinga dannar eit grunnlag for det neste temaet som presenterer dei pårørande si psykiske og fysiske helse. Jamt over har dei pårørande ei utsatt psykisk helse. Fem av sju fortel at dei har eller har hatt ei

psykisk lidning. Dei to andre skildrar tunge periodar med andre ord og uttrykk enn kliniske diagnosar.

Ja, det trur eg er det same med meg [psykisk lidning på bakgrunn av å vera pårørande]. Skal me sjå, heilt tilbake til, det var 2013, då var eg såpass langt nede. Då kom eg inn på ein slik akuttime på DPS-en. Og så blei eg medisinert med Zoloft [antidepressiva]. – Elise

Dei to som har vekse opp med ei rusavhengig mor fortel om ein oppvekst prega av omsorgssvikt. Ei kvinne fortel eksplisitt at ho slit med grunnleggjande emosjonsregulering og at vanskane sit i ryggraden etter så mange år. Som nemnd i avsnitta om mestring tyr dei aller fleste til å arbeide og å slite seg ut for å få pause. Under illustrerer sitatet korleis denne strategien kan bidra til fysiske plager to av dei pårørande oppgjer å ha.

(...) heilt sidan eg var lita har eg bestandig kjent på ei slik uro inni meg, og at eg må vera sysselsatt med noko heile tida. (...) Så hjå meg har det resultert i at kroppen har sagt stopp, då, den vil ikkje meir. Så det starta med å ha vondt i nakken, kjeven, heile ryggraden, korsrygg, hofta, betennelse i armene. (...) Elles så har det (...) gått opp og ned slik med angst og depresjonar. – Sissel

Fysiske plager direkte får ikkje mykje merksemd i intervjuet anna enn at alle deltakarane seier noko om at å vera pårørande slit dei ut. Ei kvinne seier at det er vanskeleg å vita kva for helseplager som er årsak av påkjenninga knytt til det å vera pårørande. Den same kvinna presenterer også ein link mellom ein tilstand av beredskap og korleis denne manifesterer seg fysisk i kroppen.

Og då de sa alarmberedskap i stad så tenkte eg at han [ein osteopat] sa at heile overkroppen min er i beredskap. Det er som å køyre ein bil med handbrekket på. Akkurat som at overkroppen min er heilt slik tigha saman. – Silje

Å vera pårørande til nokon som er rusavhengig er kjenneteikna av å vera prisgjett nokon andre sine val og tilstandar. Dette fører til kontinuerleg beredskap der ein snevvar inn fokuset sitt på potensiell fare. Fleire kan fortelje at først når situasjonen stabiliserer seg forstår dei kor stor påkjenninga har vore på deira eiga helse.

(...) etter at sambuaren min vart edru og stabil på medisinar, og sonen min byrja i barnehagen og slik, og kvardagen byrja å stabilisere seg etter alt som me hadde vore gjennom. Då kom min reaksjon. Då vart eg kjempedeprimert. Eg hadde kjempa for livet fram til då. Så når eg endeleg hadde tida og ro og liksom ikkje hadde sonen min 24 timar i døgnet, då vart eg heilt øydelagt. – Marte

Når situasjonen betrar seg betrar også helsa til dei pårørande seg. Ein deltakar meiner at den psykiske helsa avhenger av situasjonen og kor mykje ein er i stand til å distansere seg til den rusavhengige.

Rus og sosiale relasjonar. Dei pårørande deler også andre konsekvensar av det å vera pårørande som ikkje direkte er knytt til fysisk og psykisk helse. Desse konsekvensane er avhengig av kva for relasjon dei har til den rusavhengige. Til dømes har ei kvinne med ei rusavhengig mor blitt særleg årvaken ovanfor eigne born, og unngått risiko knytt til å utsetje dei for noko liknande. «Mona» fortel om sjalusi ovanfor andre foreldre med born som følgjer meir vanlege milepælar som utdanning, kjøpe leilegheit og stifte eigen familie. I intervjuet kjem det fram utspel som viser at dei over tid har erverva nye refleksjonar grunna deira posisjon som pårørande. Blant anna skildrar fleire av dei at deira forhold til rus og alkohol har vorte påverka. Tre av dei pårørande skildrar eit normalt forhold til alkohol og kan til dømes nyte eit par glas inntil mat. Tre andre skildrar å ha fått eit meir anstrengt forhold til rus. Til dømes vert ein meir var på kor mykje andre utanforståande drikk, som illustrert under.

(...) det ser eg mykje kjappare i dag. 'Du har drukke for mykje'. (...) Det er jo ei beredskapskjensle det også, eigentleg. – Olav

Refleksjonane er også resultat av å ha erfart kva for tiltak som hjelper både den rusavhengige og dei pårørande, samt kva for tiltak som ikkje hjelper. Dei fleste erfarer at ein får ikkje gjort noko med mindre den rusavhengige vil det sjølv, noko ei kvinne trekkjer fram som den viktigaste lærdommen ho har tatt med seg. Ho utdjupar med å seie at først når det negative med rus vart større enn det positive ønska sonen å slutte. Vidare legg dei pårørande merke til faktorar som hjelper den rusavhengige å bli rusfri. I tillegg til at ein kan oppleve positiv utvikling hjå den rusavhengige deler deltakarane andre positive erfaringar. Til tross for at fleire opplever at rusavhengnad er eit tabubelagt tema, blir det også nemnt at samfunnet blir stadig meir opent. «Mona» fortel at ho opplever at andre deler erfaring med rusavhengnad når ho sjølv deler, samt at ho har vorte betre til å møte pasientar på sin eigen jobb grunna sine erfaringar med rusavhengnad. Vidare fortel ho under om korleis ho no set meir pris på harmoniske augeblikk.

Så slike små, slike perleaugeblikk blir heilt slik allverden. Me skulle køyre utover til bestemora, så sa han 'kan me ikkje køyre den vegen?', fordi den bruka me å køyre då han var liten. Det var liksom så stort! Berre den køyreturen var liksom slik som eg sikkert aldri kjem til å gløyme fordi det var så fint. For det hadde vore så mykje tragisk, også blir slike trivielle ting noko veldig, veldig viktig. Og verdifullt, då. – Mona

Diskusjon

Føremålet med den føreliggande studien var å undersøkje opplevinga av å vera pårørande til ein rusavhengig. Dette på tvers av type relasjon til den rusavhengige og i ein norsk kontekst. Det var ønskeleg å få rike, subjektive skildringar av kva som kjenneteikner relasjonen til den rusavhengige, korleis belastinga opplevast og manifesterer seg, samt korleis eventuell mestring og støtte påverkar opplevinga. Analysen resulterte i tre hovudtema. Tre av dei tydelegare kjenneteikna ved opplevinga av å vera pårørande til rusavhengige er at situasjonen er prega av mangel på kontroll, ein tilstand av beredskap, samt ambivalens overfor den rusavhengige. Vidare viste analysen at dei pårørande opplevde mindre støtte enn dei treng, og at mestringsstrategiane ikkje beskytta nok til at påkjenninga ikkje går utover psykisk og fysisk helse. Dette kan ein sjå ut i frå resultatane som viste at dei pårørande rapporterer om betydelege, særleg psykiske, plager.

Å vera pårørande til ein rusavhengig i Noreg

Eit viktig fokus i studien var kor vidt internasjonal forskning på pårørande til ein rusavhengig gjer seg gjeldande i ein norsk kontekst. Resultata i den føreliggande studien viser at ein i stor grad finn dei same kjenneteikna ved å vera pårørande til ein rusavhengig i Noreg, som i andre land. Innleiingsvis rapporterte dei pårørande å ha/ha hatt ei form for psykiske vanskar som dei tilskriv si rolle som pårørande til ein rusavhengig. Fem av sju nytta seg av ei klinisk diagnose for å skildre si belasting, medan dei to andre gav uttrykk for at det er belastande med andre ord og uttrykk. Dette stemmer overens med tidlegare funn som viser ein samanheng mellom å vera pårørande til ein rusavhengig og å ha psykiske helseplager (Cronkite & Moos, 1984; Livingston et al., 2010, Orford et al., 2010a). Ut i frå den føreliggande studien ser dette ut til å gjelde på tvers av type relasjon, også utanfor kjernefamilien, her representert ved ekspartnarar med felles born med ein rusavhengig. Som nemnd viser resultatane av analysen same tendens som internasjonal forskning (sjå til dømes Arcidiacono et al., 2009; Copello et al., 2000; Velleman et al., 1993). Dette gjeld alle dei tre hovudtemaa: kjenneteikna ved den primære belastinga, (manglande) mestring og støtte, og kjenneteikn ved den sekundære belastinga.

Emosjonell belasting. Resultata viste at dei pårørande løfta fram eit breitt spekter av emosjonell belasting: skam, skuldskensle, frykt, skuffelse og sorg, og sinne. Ein har òg tidlegare funne at emosjonell belasting er sentralt hjå pårørande til rusavhengige (Arcidiacono et al., 2009; Høie & Sjøberg, 2007; Orford et al., 2010a). Det finst ei rekkje forskjellige teoretiske perspektiv på emosjonar. Mandler sin emosjonsteori har tidlegare vorte framheva som relevant for å forstå foreldre åt rusavhengige si emosjonelle belasting (Høie & Sjøberg, 2007). Mandler (1984) argumenterte for at grunnlaget for emosjonar er avbrot av ein integrert

eller organisert responssekvens, og/eller avbrot av kognitive hendingar og planar. Dette vil så skape aktivering som blir føld av emosjonell åtferd eller erfaring. Årsaken til at dette synast relevant for foreldre å rusavhengige er korleis samtlege foreldre i studien la vekt på opplevinga av avbrotet av ei forventa utvikling til vaksenlivet for sitt respektive born, og den sorgen det førte med seg (Høie & Sjøberg, 2007). Dette støttast av Orford et al. (2010a) som understreker at eit hovudfunn som forklarar kvifor belastinga er så stor, på tvers av type relasjon til den rusavhengige, er korleis dei pårørande har investert så mykje i, eller har hatt så store håp for, ein relasjon som har gått galt.

Avviket frå det ein håpar og forventar synast altså å vera vesentleg i opplevinga av å vera pårørande til rusavhengige. Dette støttast også i den føreliggande studien, der alle deltakarane på ein eller annan måte formidlar at situasjonen er avvikande frå det ein så gjerne skulle ønske. At situasjonen er avvikande frå det ein håpa på kan òg bidra til å forklare kvifor det har hjelpt fleire av dei pårørande å «jেকে ned» forventingane og/eller akseptere at «slik er situasjonen no» (sitat frå «Mona»). Ut i frå Mandler sin emosjonsteori vil endring av forventning kunne endre det emosjonelle utfallet som i dette tilfellet kan vera sorg, skuffelse, sinne, skuldkjensle, skam og frykt. Denne kunnskapen kan ha implikasjonar for betre klinisk praksis i å møte pårørande: både kunnskapen om den emosjonelle belastinga mange av dei har, korleis belastinga kan representere avviket frå det ein ønska, samt at for nokre pårørande er det hjelpsam å justere forventingane. Til dømes kan dette tale i favør å nytte seg av terapiretningar som aksept- og forpliktingsterapi (ACT) i møte med pårørande til rusavhengige. Innanfor ei slik terapiretning vil eit hovudfokus liggje på å arbeide med å akseptere vonde tankar og kjensler i staden for å unngå eller kjempe i mot dei (Holden & Lenndin, 2014).

Manglande kjensle av kontroll. Det er kjent at å ha trua på at ein kan ha kontroll over sitt miljø og sørge for resultata ein ønskjer er essensielt for eit individ si velvære (Leotti, Iyengar & Ochsner, 2010). På motsatt side veit ein at usikkerheit er blant dei kritiske faktorane i det å skape ei stressoppleving (Lazarus, 1984). Opplevinga av kontroll synast å vera relevant for pårørande til rusavhengige på fleire måtar. Innleiingvis skildrar fleire av dei pårørande at dei følgjer den rusavhengige sine skift, og har det bra om ho/han har det bra. Tidlegare forskning har også antyda at usikkerheit/mangel på kontroll kan representere ein sentral faktor i opplevinga av å vera pårørande til rusavhengig (Orford et al., 2010a). Usikkerheiten kan vera knytt til nærværet til den rusavhengige, eller til spørsmål om kvifor situasjonen har utvikla seg som den har gjort. I den føreliggande studien skildrar dei pårørande særleg usikkerheit knytt til frykt for kva som kjem til å skje. For fleire av dei

pårørende er det som om dei konstant går og ventar på ei dårleg nyheit, og difor store delar av tida lev i kontinuerleg beredskap.

Dette er ein faktor som kan bidra i betydeleg grad til å forklare deira utsatte psykiske helse. Ein veit på den eine sida at menneske har gode evne til tilpassing i møte med stressande hendingar. Like fullt er det etablert at slik mobilisering kan ha store kostnader for eit individ, særleg når mobiliseringa skjer over tid. Kostnaden kan vise seg ved at individet får både fysiologiske og psykologiske plager (McEwen, 1998). Dette er registrert òg på eit biologisk nivå der stresshormon i avgrensa situasjonar kan føre til god tilpassing, medan dei same stresshormona fører til fysiologiske og/eller psykologiske plager dersom dei må verke over tid. Stress handlar altså ikkje berre om belastande hendingar i seg sjølv, men òg om alle hendingar i kvardagen som i varierende grad vil krevje sitt av fysiologiske system. Medan fysiologiske system stadig jobbar for å oppretthalde balanse, vil dette arbeidet over tid kunne føre til belastning, kalla allostatic load (McEwen & Seeman, 1999). Ein kan forstå det som at balansen individet prøvar å oppnå ikkje inntreff, og at mobiliseringa då kostar meir enn den gjev.

Ambivalens ovanfor den rusavhengige. Fleire av deltakarane i den føreliggande studien rapporterte ambivalente kjensler ovanfor den rusavhengige. Dette har ein før av funne er vanleg for pårørende til rusavhengige (Orford et al., 2010a; Orford, 2013; Velleman et al., 1993). Som tidlegare funne blir det i den føreliggande studien skildra sterke kjensler i begge ender av eit emosjonelt spekter, som til dømes at «Elise» med ein rusavhengig sambuar somme tider vil gå frå sambuaren samstundes som ho elsker han «over alt på jord». Ein faktor som er viktig å merkje seg er ein skilnad mellom dei to forskjellige gruppene i den føreliggande studien. Kva angår ekspartnerar med felles born (gruppa som no er ekspartnerar til den rusavhengige) med ein rusavhengig fortel fleire at dei kun har kontakt med den rusavhengige grunna barnet dei har i lag. Ut i frå dette kan ein forstå at deira relasjon til den rusavhengige i mindre grad er friviljug, noko også ein av ekspartnerane seier eksplisitt. Vidare vart det i intervjuet med (eks)partnerar formidla mindre positivt om den rusavhengige, og mindre håp for relasjonen, samanlikna med intervjuet som inkluderte generelle pårørende. Sjølv om desse psykologiske prosessane kan tilleggast fleire faktorar, er det mogleg at dette avdekkjer at opplevinga av å vera pårørende til ein rusavhengig for ekspartnerar i endå større grad er prega av negative kjensler for den rusavhengige, enn for dei generelle pårørende.

Utilstrekkeleg mestring og støtte

I tråd med tidlegare forskning fortel fleire av dei pårørende om ei rekkje forskjellige mestringsstrategiar, samt at strategiane har endra seg over tid. I tråd med Orford (2010a) skildrar nokon av dei pårørende å ha prøvd forskjellige strategiar over tid og likevel opplevd

at ingen av dei fungerer tilstrekkeleg. Til dømes svarar flesteparten spontant at «å jobbe» er deira strategi for å ta vare på eiga psykisk helse. Det er kjent at å distrahere seg frå stresset er ein vanleg mestringsstrategi i stressande situasjonar. Det kan vera både mental unngåing gjennom å fokusere på noko anna enn det som stressar ein, samt åtferdsmessig unngåing med å halde seg opptatt med aktiviteter, til dømes jobb (Tamres, Janicki & Helgeson, 2002). Som nemnd innleiingsvis finn ein at visse mestringsstrategiar er meir effektive og betre for helsa enn andre (Carver et al., 1989), og i beste fall kan strategiar beskytte mot negative konsekvensar ein stressande situasjon kan ha på eit individ (Folkman et al., 1986). Sett ut i frå dei psykiske belastningane dei pårørande skildrar at dei har, har dei ikkje tilstrekkeleg med mestring for å kompensere for belastinga. Dette perspektivet kan vera verdifullt for å vita kva dei pårørande treng meir av.

Sosial støtte. I forlenging av dette gjev dei pårørande innblikk i kva som faktisk hjelper dei i belastinga dei står i. Å søkje sosial støtte er òg kjent som ein vanleg mestringsstrategi (Tamres et al., 2002), samt etablert som ein potensielt beskyttande faktor i stressande omstende (Cohen & Wills, 1985). Kva angår pårørande til rusavhengige har ein tidlegare identifisert vanlege hindringar i å få den sosiale støtta ein treng (Orford et al., 2010a). Døme på slike hindringar vart nemnd av pårørande i den føreliggande studien, som at andre kan vise manglande forståing gjennom i utgangspunktet velmeinande råd, men som ikkje opplevast som støttande. På den andre sida oppgav fleire av dei pårørande å få verdifull støtte av vener og familie. Dette framhevar verdien av å søkje sosial støtte som mestringsstrategi for pårørande til rusavhengige.

Støtte av hjelpeinstansar. Resultata indikerte at det ligg føre stor variasjon i kva for hjelp pårørande til rusavhengige mottok. På den eine sida er nokon svært nøgde med den profesjonelle bistanden som finst. Dei som er nøgde med den profesjonelle hjelpa fortel at ho er prega av ei integrert forståing av familien som eit system rundt den rusavhengige, og kor påverka familiemedlemma/pårørande rundt den rusavhengige kan bli. Vidare kjenneteikn er kontinuitet i tilbodet, å inkludere alle nødvendige instansar, fleksibilitet med tanke på regelverk, samt tilsette som ser menneska i situasjonen og brenn for at det skal gå bra. Arrangement der ein møter andre i same situasjon blir av fleire trekt fram som særst verdifulle. Dette grunngjevast med at ein ikkje føler seg åleine, ein får innblikk i korleis andre handterer utfordringane og ein føler seg lytta til. Dessutan understrekar kunnskap som verdifullt. Denne kan vera på tvers av område: alt i frå kunnskap om korleis to foreldre kan handtere det å ha eit rusavhengig born forskjellig, til kunnskap om typisk åtferd hjå rusavhengige.

Noko som i neste omgang då blir viktig å understreke er den tilsynelatande store delen som ikkje mottok denne hjelpa. Kva angår hjelp frå profesjonelle finn analysen i denne

studien at over halvparten får anten ikkje profesjonell hjelp i det heile, eller skildrar hjelpa dei får som ikkje hjulpsam. Døme på mangelfull hjelp som blir presentert i studien er at pårørande opplever å ikkje få informasjonen dei treng grunna omsyn til taushetsplikt, eller av andre grunnar ikkje får hjelp til å tenkje gjennom strategiar for å handtere problema. Nokre pårørande rapporterer at dei til og med har opplevd at profesjonelle har antyda at problemet delvis er den pårørande si skuld, samt å føle seg avvist når dei har bedd om bistand. Dei mangelfulla møta skildrast å mangle ei heilskapeleg forståing av situasjonen for dei pårørande. Ein konsekvens av dette er at fleire av dei pårørande opplever å ikkje bli tatt på alvor, samt å få minimalt med hjelp. Det blir òg skildra at ei hindring for god profesjonell hjelp er at dei pårørande brukar tid på å skjønne kva for situasjon dei har hamna i, at dei treng hjelp, samt kva for rettigheit dei har. Særleg synast dette relevant for ekspartnerane, som per definisjon ikkje nødvendigvis lenger er «pårørande», men som i høgste grad må forholde seg til den rusavhengige gjennom barnet/a dei har i lag.

Kva dei pårørande fortel kjenneteiknar dei mangelfulle møta med hjelpeinstansar kan ha implikasjonar for ein betra klinisk praksis i framtida. Kva som faktisk opplevast som god hjelp er like verdifull kunnskap i same oppdrag. Resultata i denne studien peiker på at påfallande mange av dei pårørande fokuserer på kva helseinstansar kan gjera for *den rusavhengige*, på spørsmål om kva hjelpeinstansar kan gjera for dei pårørande. Det kan illustrere kor samanfiltra behova til den rusavhengige og behova til den pårørande opplevast for dei pårørande. Ut i frå dette forstår ein at dei pårørande i større eller mindre grad meiner at vanskane deira forsvinn dersom personen blir rusfri. Sjølv om det er ønskeleg med effektive metodar mot rusavhengnad òg, framstår det både av presentert forskning og den føreliggande studien nødvendig å yte betre hjelp til dei pårørande uavhengig av tilstanden til den rusavhengige.

Skiftet frå patologisering til normalisering

Som tidlegare nemnd er stress-strain-coping-support-modellen (Orford et al., 2010a) eit forsøk på å setje i system forholdet mellom belastning, mestring og støtte hjå pårørande til rusavhengige. Modellen er tufta på ei antaking om at dei pårørande er vanlege menneske som reagerer på stressande omstende. Dette er ei antaking som får støtte frå resultata i den føreliggande studien. Resultata peiker på at visse kjenneteikn går att for kva angår belastninga knytt til å vera pårørande til ein rusavhengig. I den primære, meir kortsiktige belastninga fann resultata ei betydeleg emosjonell belastning og mangel på kontroll. Dette er i seg sjølv ikkje helsefremmande (Lazarus, 1984). Vidare oppgjev ein betydeleg del å ikkje få profesjonell hjelp då dei bad om det, eller at bistanden dei fekk ikkje var hjulpsam. I kombinasjon med å vera i ein kontinuerleg tilstand av beredskap, er det ikkje uventa at dette gjev uttrykk i fysiske

og psykiske plager (McEwen & Seeman, 1993). Tvert i mot peiker resultatane på at det er belastninga som er stressande, og at dei pårørande sine reaksjonar er normale heller enn patologiske.

Avgrensingar og styrkar i studien

Ei potensiell avgrensing ved den gjennomførte studien er spørsmålet om kor vidt ein kan generalisere resultatane. Dette er ein konsekvens av å snevre inn fokuset til få deltakarar og deira subjektive oppleving. Ein faktor som er verdt å påpeike i denne samanheng er at dei pårørande vart rekruttert frå ein hjelpeinstans der dei i større eller mindre grad har nytta seg av tilbod. Det vil seie at deltakarane på den måten er ei selektert gruppe gjennom at dei oppsøker støtte, samstundes som fleire av dei oppgjev å ha lært mykje på LMS. Difor kan deira erfaringar vera mindre generaliserbare for mørketalet av pårørande ein antek finst i Noreg (FHI, 2014), som ikkje ber om/tek i mot støtte og hjelp. Likevel viser resultatane seg å vera samanfallande med tidlegare forskning, noko som styrkar ei antaking om at resultatane kan vise ein viss essens av å vera pårørande til ein rusavhengig. Det styrkar òg at validiteten til funna.

I følgje Meyrick (2006) er ein markør for god kvalitativ forskning at forfattaren er tydeleg på kva som er føremålet med studien, slik at lesaren kan gjera seg opp ei meining om metoden som er vald for studien er passande. Dei presenterte resultatane er utleda frå fokusgruppeintervju som metode. Eit aspekt ved fokusgruppeintervju er balansegangen mellom heterogenitet og homogenitet blant deltakarane. I følgje Calder (1997) kan ein ikkje forvente eit delt perspektiv dersom deltakarane ikkje er like. Angåande den føreliggande studien var det ønskeleg å undersøkje opplevinga til rusavhengige uavhengig av type relasjon til den som er/har vore rusavhengig. Difor var eit bevisst val at fellesnemnaren til deltakarane var å vera pårørande til ein rusavhengig. Samstundes vart ekspartnerar med felles born inkludert for å inkludere fleire typer pårørande enn ein tradisjonelt har gjort, med også dette kriteriet som fellesnemnar. Ein styrke med fokusgruppeintervju er altså å kunne setje saman grupper etter føremålet med studien. I dette tilfellet var det mogleg å oppnå meir kunnskap både om pårørande til ein rusavhengig i Noreg generelt, samt ei meir spesifikk gruppe (ekspartnerar med felles born) som tilsynelatande har vore neglisert tidlegare (Orford et al., 2010a).

Angåande fokusgruppeintervju er det også ein diskusjon kring i kor stor grad intervjuaren påverkar kva som blir fokusert på i intervjuet. På den eine sida vil intervjuaren påverke intervjuet ved at ho/han styrer kva for spørsmål som vert stilt og som dannar utgangspunktet for gruppediskusjonen. Det er og denne personen sitt ansvar å oppmuntre dei mindre aktive til å dele meir, samt velje og skifte tema når det synast hensiktsmessig

(Wilkinson, 2015). Slike val vil påverke kva for materiale som kjem fram. Ei potensiell ulempe med dette er at forskaren overser viktige tema. Ei anna potensiell fallgruve er at det vert danna ein gruppedynamikk der visse meiningar og haldningar er meir aksepterte, og difor meir førande enn andre. I så tilfelle vil det prege datamaterialet og difor analysen, samt resultata. I dette tilfellet var dessutan temaet av sensitiv art. Intervjua handla om noko som opplevast belastande og strevsomt, og som i tillegg for nokre er skamfullt. Dette vil gjera det meir krevjande å dele sine erfaringar i ei ukjent gruppe, og kan påverke kva som blir delt. På den andre sida er det nettopp dette som løftast fram som fruktbart med fokusgruppeintervju som metode: å kunne fasilitere gruppediskusjon om eit tema i ei utvald gruppe, samstundes som ein kan styre samtalen inn på aspekt som synast viktige eller interessante. Ein kan potensielt oppdage uventa funn, samt utforske skjult meining (Wilkinson, 2015). Dette er òg blant styrkane ved den føreliggande studien, då ei rekkje bidrag i foksugruppeintervjua gav innblikk i deira subjektive oppleving av å vera pårørande til ein rusavhengig.

Gjennom ei tematisk analyse vart essensen i bidraga systematisert og tilarbeida til ei strukturert framsyning av kva informantane delte. I denne samanheng er det viktig å påpeike at forskaren er aktiv i si tolking og tilarbeiding av datamaterialet. Forskaren anerkjenner å vera påverka av både eigen kultur og erfaringar, anna forskning på temaet, samt deltakarane sjølve. Ein slik sensitivitet til kontekst, altså å vera klar over faktorar som påverkar både informantar og forskaren sjølv, framhevast av Yardley (2008) som viktig for å kvalitetssikre kvalitativ forskning. Vidare har tiltak vorte gjort for å minimisere påverknaden forskaren er prega av. Til dømes er analyseprosessen skildra detaljert for å bidra til eit transparent forskingsarbeid, som framhevast som avgjerande for reliabilitet (Stige, Malterud & Midtgaren, 2009; Yardley 2008). Vidare vart alt datamateriale inkludert i analysen i same oppdrag: i eit forsøk på å ikkje gje meir fokus til visse delar av materialet, og slik auke truverdet, integriteten og sensitiviteten åt resultata. I framtidig forskning er det mogleg å triangulere på informantnivå med å inkludere dei rusavhengige sjølve. Det er òg mogleg å triangulere på analysenivå med til dømes å bruke tematiske analyser på heile materialet, for så å velje ut eit intervju til diskursanalyse. På denne måten kan ein få meir informasjon om både djubde og breidde, samt det latente innhaldet som ei diskursanalyse er særleg egna til å avdekkje (Jørgensen & Phillips, 2002). Dessutan finst det ein heil del kjenneteikn ved å vera pårørande til ein rusavhengig ein kan undersøkje nærmare. Framtidig forskning kan til dømes undersøkje kva som skil forskjellige grupper pårørande til rusavhengige frå kvarandre. Vidare vert det rapportert om hindringar i å motta hjelp både hjå dei pårørande sjølve, samt i system dei har oppsøkt. Også dette synast særskilt nyttig å undersøkje vidare, i den hensikt å gjera det lettare for dei pårørande å motta støtta dei treng i ein belastande situasjon.

Konklusjon

Funna frå denne studien viser at over halvparten av pårørande til rusavhengige har/har hatt ei psykisk lidning som dei tilskriv si rolle som pårørande. Dette gjev støtte til antakinga om at å vera pårørande til ein rusavhengig kan vera ei betydeleg belastning. Desto meir nyttig synast difor funna som viser at under halvparten av dei pårørande får tilstrekkeleg med profesjonell hjelp. Funna frå den føreliggande studien utdjupar eksisterande forskning på nokre område. Resultata skildra både kva som kjennteikner mangelfulle tiltak, samt tiltaka som nokre pårørande var svært nøgde med. Vidare viste resultata at dei pårørande opplever eit breitt spekter av emosjonell belastning, ein relasjon til den rusavhengige som er prega av ambivalente kjensler, samt ein situasjon prega av mangel på kontroll. Kjenneteikna ved belastninga ser ut til å vera på tvers av type relasjon til den rusavhengige. Vidare er belastninga dei pårørande opplever assosiert med ein kontinuerleg beredskap, og for fleire av informantane ei utsatt og/eller nedsatt psykisk helse. Mestringsstrategiane dei nyttar seg av synast i stor grad å vera mangelfulle, i den forstand at dei ikkje er tilstrekkelege for å kompensere for belastninga. Å jobbe for å distrahere seg og/eller slite seg ut er mestringsstrategien som blir rapportert om hyppigast. Unikt for denne studien var å inkludere (eks)partnarar som har felles born med ein rusavhengig. Avslutningsvis støttar ei rekkje kjenneteikn ved belastninga antakinga om at reaksjonane til dei pårørande er normalpsykologiske i møte med stressande omstende.

Kjelder

Amundsen, M. L. (2007). Gjengangerne i norske fengsler: en studie i tilpasset opplæring innenfor gruppefellesskapet. Henta frå:

https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2438350/Gjengangerne_i_norsk_e.pdf?sequence=2

Aronson, J. (1994). A Pragmatic View of Thematic Analysis. *Qualitative Report* 2(1), 1-3.

Henta frå: <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol2/iss1/3/>

Arcidiacono, C., Velleman, R., Procentese, F., Albanesi, C., & Sommantico, M. (2009).

Impact and Coping in Italian Families of Drug and Alcohol Users. *Qualitative Research in Psychology*, 6(4), 260-280. Doi: 10.1080/14780880802182263

Ahuja, A., Orford, J. & Copello, A. (2003). Understanding How Families Cope with Alcohol Problems in the UK West Midlands Sikh Community. *Contemporary Drug Problems*, 30(4), 839-873. Henta frå:

<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/009145090303000406>

Boyatzis, R. E. (1998). Transforming Qualitative Information: Thematic analysis and Code Development. CA, US: SAGE Publications.

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. Doi: 10.1191/14778088706qp063oa

Burke, H. M., Davis, M. C., Otte, C., & Mohr, D. C. (2005). Depression and Cortisol Responses to Psychological Stress: a Meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 30(9), 846-856. Doi: 10.1016/j.psyneuen.2005.02.010

Calder B. J. (1977). Focus Groups and the Nature of Qualitative Marketing Research. *Journal of Marketing Research*, 14, 353-364. Doi: 10.2307/3150774

Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: a Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267. Henta frå: <http://psycnet.apa.org/fulltext/1989-17570-001.pdf>

- Cermak, T. L. (1991). Co-addiction as a Disease. *Psychiatric Annals*, 21, 266-272. Doi: 10.3928/0048-5713-19910501-05
- Clarke, V., Braun, V. & Hayfield, N. (2015). Thematic Analysis. I J. Smith (Red.), *Qualitative Psychology, a Practical Guide to Research Methods* (s.199-221). SAGE Publications: London.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2). Doi:10.1037/0033-2909.98.2.310
- Copello, A., Orford, J., Velleman, R., Templeton, L. & Krishnan, A. (2000). Methods for Reducing Alcohol and Drug Related Family Harm in Non-Specialist Settings. *Journal of Mental Health*, 9(3), 329-343. Doi:10.1080/713680252
- Cronkite, R. C. & Moos, R. H. (1984). The role of predisposing and moderating factors in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 372-293. Henta frå: <https://www.jstor.org/stable/pdf/2136377.pdf>
- Folkehelseinstituttet (FHI). (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Henta frå: <https://www.fhi.no/publ/2011/barn-av-foreldre-med-psykiske-lidel/>
- Folkehelseinstituttet (FHI). (2014). *Folkehelse rapporten 2014*. Henta frå: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/ruslidelser-i-norge---folkehelse-#livstidsforekomst-paa-1020-prosent>
- Folkehelseinstituttet. (2016). *Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*. Henta frå: https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2478496/K_PasOpp_2016_01_Nasjonalt+rapport.pdf?sequence=1
- 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). Doi:10.1037/0022-3514.50.3.571

- Hoel, T. L. & Geirdal, A. Ø. (2017). Belastning, mestring og psykisk helse hos pårørende til mennesker med ruslidelse. *Sykepleien Forskning*. Doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.59839
- Holden, B. & Lenndin, J. (2014). Aksept- og forpliktelsesterapi. I L. E. O. Kennair & R. Hagen (Red.), *Psykoterapi. Tilnærminger og metoder* (s. 165-177). Oslo: Gyldendal.
- Høie, M. M. & Sjøberg, B. M. D. (2007). Del 3 Kan man forstå det som skjer? I M. M. Høie & B. M. D. Sjøberg (Red.), *Forbannede elskede barn. Narkotikamisbruk sett i lys av pårørendes erfaringer*. (s. 111-135). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Jørgensen, M. W. & Phillips, L. J. (2002). *Discourse Analysis as Theory and Method*. London: Sage Publications.
- Langås, A. M., Malt, U. F., & Opjordsmoen, S. (2012). Substance Use Disorders and Comorbid Mental Disorders in First-Time Admitted Patients from a Catchment Area. *European Addiction Research*, 18(1), 16-25. Doi: 10.1159/000332234
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Leotti, L. A., Iyengar, S. S. & Ochsner, K. N. (2010). Born to Choose: The Origins and Value of the Need for Control. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(10), 457-463. Doi: 10.1016/j.tics.2010.08.001
- Livingston, M., Wilkinson, C. & Laslett, A-M. (2010). Impact of Heavy Drinkers on Other's Health and Well-Being. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(5), 778-785.
Henta frå:
<https://pdfs.semanticscholar.org/a8ed/f6668faf3356ca8da4076ba6f75a84194264.pdf>
- Lyon, D. & Greenberg, J. (1991). Evidence of Codependency in Women with an Alcoholic Parent: Helping out Mr. Wrong. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(3), 435. <http://psycnet.apa.org/fulltext/1992-05804-001.pdf>
- Mandler, G. (1984). *Mind and Body: Psychology of Emotion and Stress*. New York: Norton.

Morgan, J. P. (1991). What is codependency? *Journal of Clinical Psychology*, 47(5), 720-729.

Doi: 10.1002/1097-4679(199109)47:5<720

McEwen, B. S. (1998). Stress, Adaption and Disease: Allostatis and Allostatic Load. *Annals of the New York academy of sciences*, 840(1), 33-44. Doi: 10.1111/j.1749-

6632.1998.tb09546.x

McEwen, B. S. & Seeman, T. (1999). Protective and Damaging Effects of Mediators of Stress: Elaborating and Testing the Concepts of Allostatis and Allostatic Load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 30-47. Henta frå:

<https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08103.x>

Meyrick, J. (2006). What is Good Qualitative Research? A First Step Towards a Comprehensive Approach to Judging Rigour/quality. *Journal of Health Psychology*, 11(5), 799-808. Doi: 10.1177/1359105306066643

Nasjonalt Folkehelseinstitutt. (2011). Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser. Henta frå:

<https://fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/moba/pdf/rapport-20114-pdf.pdf>

Nestor, P. G. & Schutt, R. K. (2012). Qualitative methods. I P. G. Nestor & R. K. Schutt (red.), *Research Methods in Psychology* (s. 353-382). California: SAGE.

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(S1), 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: 10.1016/j.socscimed.2012.11.036
- Stafford, L. L. (2001). Is Codependency a Meaningful Concept? *Issues in Mental Health Nursing*, 22(3). Doi: 10.1080/01612840121607
- Stige, B., Maltertud, K., & Midtgarden, T. (2009). Toward an Agenda for Evaluation of Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 19(10), 1504-1516. Doi: 10.1177/1049732309348501
- Swartz, M. S., Swanson, J. W., Hiday, V. A., Borum, R., Wagner, H. R., & Burns, B. J. (1998). Violence and Severe Mental Illness: the Effects of Substance Abuse and Nonadherence to Medication. *American Journal of Psychiatry*, 155(2), 226-231. Doi: 10.1176/ajp.155.2.226
- Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex Differences in Coping Behavior: A Meta-Analytic Review and an Examination of Relative Coping. *Personality and social psychology review*, 6(1), 2-30. Doi: 10.1207/S15327957PSPR0601_1
- Taylor, G. W. & Ussher, J. M. (2001). Making Sense of S&M: A Discourse Analytic Account. *Sexualities*, 4, 293-314. Doi: 10.1177/136346001004003002
- Templeton, L. (2010). Meeting the Needs of Children with the 5-Step Method. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(S1), 113-128. Doi: 10.3109/09687637.2010.514149
- Yardley, L. (2008). Demonstrating Validity in Qualitative Psychology. *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*, 2, 235-251. Doi: 10.1080/17439760.2016.1262624
- Velleman, R., Bennett, G., Miller, T., Orford, J. I. M., Rigby, K., & Tod, A. (1993). The Families of Problem Drug Users: a Study of 50 Close Relatives. *Addiction*, 88(9), 1281-1289. Doi: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb02150.x

World Health Organization. (1999). ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Geneve: WHO.

Vedlegg

Vedlegg A.....	Godkjenning frå REK
Vedlegg B.....	Bekrefting frå REK på at nødvendige endringar vart gjort
Vedlegg C.....	Godkjenning frå NSD
Vedlegg D.....	Intervjuguide for generelle pårørande
Vedlegg E.....	Intervjuguide for (eks)partnarar med felles born
Vedlegg F.....	Samtykkeskjema for generelle pårørande
Vedlegg G.....	Samtykkeskjema for (eks)partnarar med felles born
Vedlegg H.....	Demografiskjema for generelle pårørande
Vedlegg I.....	Demografiskjema for (eks)partnarar med felles born

Vedlegg A: Godkjenning frå REK

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

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 ivarettatt.

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.etikkom.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; rek-midt@medisin.ntnu.no

Vedlegg B: Bekrefting frå REK på at nødvendige endringar vart gjort

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
T: 73597510

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



Vedlegg C: Godkjenning frå NSD

Trond Nordfjærn

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 27.02.2018

Vår ref: 59004 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

Tilrådding 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 kosejensplikt 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 endringskjema.

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: Samtykkeskjema frå intervjuet med generelle pårørende

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

PSYKOSOSIALE UTFORDRINGER BLANT PÅRØRENDE TIL RUSAVHENGIGE

Dette er en henvendelse til deg som er pårørende til en 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 være pårørende til noen som er rusavhengig. Intervjuet vil bli tatt opp med digital lydopptaker. Hva som skjer med informasjonen du har delt står forklart nedenfor.

Intervjuene vil foregå **04.06.18** og **07.06.2018**. 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, utdanning 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 være pårørende til 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

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.

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 gjenkjennende 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 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: 04.06.18 og 07.06.18. Du skal ikke delta på begge, men vil bli fordelt på en av disse datoene.

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: Samtykkeskjema frå intervjuet med (eks)partnarar med felles born

[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.nordfiarn@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 gjenkjennende 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 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 F: Intervjuguide frå intervjuet med generelle pårørende

Intervjuguide

- **Velkommen:** Vi vil 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 syns 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 veilereren 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. Struktur: ikkje viktig å ta runden, men at det blir ein samtale der ein deler når det føles naturleg.
- **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?**

Først vil vi ta en runde på hvilket forhold dere har til den rusavhengige.

- 1. Fortell om hvordan dere opplever å være pårørende til noen 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?
- 2. 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?
- 3. Hvordan opplever dere at rusbruken påvirker ditt forhold til den rusavhengige?**
- 4. 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 den rusavhengige
 - Hvis man skulle endret noe i helsevesenet for å forbedre situasjonen til pårørende, hva kunne man kunne gjort?
- 5. 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?

6. Har dere/eller har hatt noen strategier for å få den rusavhengige til å ruse seg mindre, eventuelt utsette rusing o.l.?

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 G: Intervjuguide frå intervjuet med (eks)partnarar med felles born

Intervjuguide

- **Velkommen:** Vi vil 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 syns 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 veilereren 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?**

1) 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?

2) 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?

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

- Hva med ditt forholdet til barnet?

4) 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?

5) 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?

6) 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 på hvordan dere opplever møteplassen. Hva fungerer godt? Hva kunne vært bedre? På hvilken måte har det hjulpet dere? Er det noe dere savner?

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

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 H: Demografiskjema frå intervjuet med generelle pårørande**Bakgrunnsopplysninger**

ID:

- 1) Hva er ditt kjønn?
 - a) Kvinne
 - b) Mann

- 2) Hva er ditt forhold til den rusavhengige?
 - a) Jeg er forelder
 - b) Jeg er barn
 - c) Jeg er søsken
 - d) Jeg er venn
 - e) Jeg er kjæreste/ektefelle
 - f) Annet: _____

- 3) Hvor gammel er du? _____ år

- 4) Hvordan er den rusavhengiges forhold til rus nå?
 - a) Rusfri i 6 måneder eller mer
 - b) Rusfri i mindre enn 6 måneder
 - c) Personen er ikke rusfri

- 5) Hva er din sivilstatus?
 - a) Singel
 - b) Kjæreste
 - c) Samboer
 - d) Gift
 - e) Enke(mann)

- 6) Hva er din høyeste *fullførte* utdanning?
 - a) Grunnskole
 - b) Videregående skole
 - c) Høyere utdanning (3 år)
 - d) Høyere utdanning (5 år +)

- 7) Hva er din nåværende hovedbeskjeftigelse?
 - a) Fulltidsjobb
 - b) Deltidsjobb
 - c) Arbeidsledig
 - d) Student
 - e) Annet, spesifiser _____

Vedlegg I: Demografiskjema frå intervjuet med (eks)partnarar med felles born**Bakgrunnsopplysninger**

ID:

- 1) Hva er ditt kjønn?
 - a) Kvinne
 - b) Mann

- 2) Er du i et romantisk forhold med den rusavhengige nå?
 - a) Ja
 - b) Nei
 - c) Det er komplisert/hverken ja eller nei

- 3) Sivilstatus
 - a) Singel
 - b) Kjæreste
 - c) Samboer
 - d) Gift

- 4) Hvor gammel er du? _____ år

- 5) Hvordan er den rusavhengiges forhold til rus nå?
 - a) Rusfri i 6 måneder eller mer
 - b) Rusfri i mindre enn 6 måneder
 - c) Personen er ikke rusfri

- 6) Hva er din høyeste *fullførte* utdanning?
 - a) Grunnskole
 - b) Videregående skole
 - c) Høyere utdanning (3 år)
 - d) Høyere utdanning (5 år +)

- 7) Hva er din nåværende hovedbeskjeftigelse?
 - a) Fulltidsjobb
 - b) Deltidsjobb
 - c) Arbeidsledig
 - d) Student
 - e) Annet, spesifiser _____

- 8) Hvor mange barn har du med den rusavhengige? _____ stk

- 9) Hvor gamle er barna?
Barn 1: _____ år
Barn 2: _____ år
Barn 3: _____ år
Barn 4: _____ år

