

Masteroppgave i helse og sosialfag, mestring og myndiggjøring

”Å ta tilbake virkeligheten- en kvalitativ studie om mestring hos pårørende til personer med rusmiddelproblemer”

45 studiepoeng

Ann Helen Eilertsen Midtlid
Desember 2016

Abstract

According to The Norwegian Institute of Public Health approximately 10-20 percent of the Norwegian population will develop drug or alcohol related problems during the life course. Harmful drinking or alcohol addiction constitutes the primary substance abuse problem in Norway. Drug and alcohol related problems have considerable impact not only on the lives of those addicted, but also on the lives of their relatives.

During the last decade the focus on the situation of relatives has increased, and legal rights for relatives are implemented. In the research literature, relatives are often divided in five categories; relatives as 1) knowledge source, 2) caretakers, 3) the patient's representatives, 4) part of the patient's environment and 5) persons with individual needs (The Norwegian Directorate of Health, 2008). The latter category is the focus of the present thesis. I investigate the experiences of relatives who live in a close relationship to somebody with an alcohol or drug related problem. I discuss which factors restrain or promote coping among relatives who receive treatment from the specialist health care service. My research questions are: 1) In what way does the treatment in the specialist health care service influence the experience of coping? 2) In what way is shame thematized in the interviews, and does this influence the coping processes? 3) Which consequences do experiences of recognition have, and how does this influence coping?

The analysis is based on eight interviews with relatives who receive treatment in a polyclinic in Norway. I investigate the relatives' narratives on how they experience and manage their everyday life as a relative to an individual with substance abuse problems. Four main themes are identified in their stories. Three of these concern the relatives' context; drug related behavior, burdens and caring for children. The last theme concerns coping strategies.

An important finding is how central the feeling of shame and stigma are to many of the interview persons. The analysis shows that shame and recognition influence coping in different ways. Furthermore, the status of the dependency problem is important. Whether the person they are relative to has an active alcohol or drug problem, or is sober at present, affect their coping strategies. Finally, for how long the relatives have received treatment affects their coping. How they manage to work with their problems can influence the feeling of shame, and treatment in the specialist health service seems to contribute to reducing feelings of shame. Recognition seems to contribute to the feeling of appreciation for the relatives, and that makes alteration possible. For some of the relatives this can give them the opportunity to take their life back by being empowered. There are many different factors that influence coping, but the most central element is that coping is a process, rather than a trait.

Sammendrag

I følge Folkehelseinstituttet vil mellom 10 og 20 prosent av befolkningen i Norge får en ruslidelse i løpet av livet, og alkohol er det flest utvikler skadelig bruk eller avhengighet til. Den innvirkningen rusmiddelproblem har på familien er ofte stor, og påvirker alle områder i livet.

De senere årene har det vært et økt fokus på pårørendes rettigheter, og de som lever som pårørende til noen med rusmiddelproblem kan i dag få tilbud om egen behandling. I forskningslitteraturen deles ofte pårørende inn i fem grupper; pårørende som kunnskapskilde, som omsorgsgiver, som pasientens representant, som en del av pasientens nærmiljø og, til sist, som individ med egne behov (Helsedirektoratet, 2008). I dette forskningsprosjektet er fokuset på pårørende som personer med egne hjelpebehov. Studien handler pårørende som lever i nær relasjon til personer med rusmiddelproblem som partner, og mottar oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Jeg undersøker hva som hemmer og fremmer mestring hos de pårørende gjennom tre underspørsmål; 1) På hvilken måte har oppfølgingen fra spesialisthelsetjenesten innvirkning på opplevelsen av mestring? 2) Hvordan blir skam tematisert i intervjuene, og har skam innvirkning på mestringsprosessen? 3) Hvilken betydning har opplevelsen av anerkjennelse og hvordan påvirker den opplevelsen av mestring?

Datamaterialet består av åtte dybdeintervju av pårørende som har oppfølging ved en ruspoliklinikk i Norge. I forskningsprosjektet er jeg ute etter de pårørendes fortellinger om hvordan de håndterer hverdagen som pårørende til noen som har et rusproblem, og på den måten å identifisere hvordan de mestrer. I analysekapitlet presenterer jeg fire hovedtema der de tre første hovedtemaene omhandler de pårørendes kontekst; rus og atferd, belastninger og barnas beste. Det siste hovedtemaet omhandler hvilke strategier de pårørende benytter for å håndtere livet, altså mestringsstrategier.

Et sentralt funn i forskningsprosjektet er at skam og stigma er tett knyttet til rusmiddelproblemer, og skamfølelsen er sentral hos mange av de pårørende. Analysen viser videre at skam og anerkjennelse har innvirkning på mestring på ulike måter. Om partneren er i aktiv rus påvirker mestringsstrategiene. Til slutt påvirker lengden oppfølging i spesialisthelsetjenesten mestringsstrategiene. I hvor stor grad de har bearbeidet sin pårørendeproblematikk innvirker på skamfølelsen, og behandling i spesialisthelsetjenesten kan bidra til at skamfølelsen blir mindre fremtredende. Anerkjennelse på den andre siden kan bidra til at de pårørende opplever å bli sett og det gir rom for endring. For noen handler det om opplevelsen av å være en egen person og mulighet til å ta tilbake virkeligheten. Det er mange ulike faktorer som påvirker mestring, og det mest sentrale er at mestring fremstår som en prosess, fremfor et karaktertrekk eller en stil.

Forord

Å skrive en masteroppgave er som en reise og en må ha mange med på ferden for å kom frem i tide. Det er flere som har bidratt og som fortjener en takk for at jeg har kommet i mål.

Jeg vil først og fremst takke de pårørende som ville stille opp til intervju og dele sine historier med meg. Uten dem hadde det masteroppgaven blitt slik den fremstår i dag. En ekstra takk til portvakten som bidro til å rekruttere pårørende.

Min veileder Silje Louise Dahl har bidratt med gode innspill og råd, konstruktive tilbakemeldinger og god veiledning gjennom hele prosessen. Tusen takk for at du har tatt deg tid til både store og små utfordringer!

Jeg vil takke tre gode medstudenter ved studiet for gode diskusjoner både før, under og på slutten av masteren. Det har virkelig bidratt til at jeg har klart å holde fokuset og fremdriften oppe. Min gode nabo fortjener også takk for at hun stiller opp med gjennomlesing, motivasjon og støtte.

En god takk vil jeg rette til familien min som har gjort det mulig for meg å gjennomføre en master. Takk for tålmodighet og takk for at dere trekker meg tilbake til hverdagen når det trengs, dere tre betyr alt for meg!

Ålesund, desember 2016

Ann Helen Eilertsen Midtlid

Innhold

Abstract	2
Sammendrag	3
Forord	4
1. INNLEDNING	7
Bakgrunn for studien	8
Problemstilling	9
2. TEORETISK BAKTEPPE	10
Om å ruse seg	10
Skadelig bruk og avhengighet	11
Behandlingstilbud	13
Holdninger til rusmiddelproblem og avhengighet	15
Pårørende	19
Om å være pårørende	20
Pårørendes rettigheter og behandling	22
Mestring	24
Stress og følelser	25
Mestringstro	28
Opplevelsen av sammenheng	30
Skam	31
Anerkjennelse	33
Oppsummering	35
3. DATA OG METODE	36
Valg av tilnærming og metode	36
Vitenskapsteoretiske refleksjoner	36
Kvalitative forskningsintervju	38
Datainnsamling	39
Rekruttering og utvalg	40
Gjennomføring av intervju	43
Forberedelse	43
Gjennomføring	44
Transkripsjon	45
Dataanalyse	46
Stegvis-deduktiv induktiv metode	47
Metodekvalitet	49
Pålitelighet (reliabilitet)	49
Gyldighet (validitet)	51
Generaliserbarhet	52

Etikk	53
Anonymitet.....	55
4. DE PÅRØRENDE SINE FORTELLINGER	57
Intervjupersonene	57
Rus og atferd	60
"Alkoholen er et løsemiddel..." Om Rusmiddelproblemet	60
"Ruspersonlighet" -om atferdsendring	63
Erkjennelse av rusproblemet	65
Belastninger	67
Emosjonelle belastninger	68
Praktiske belastninger	71
Barnas beste	73
"Av hensyn til barna"	73
Omsorgsansvar	77
Mestringsstrategier	79
Åpenhet om rusmiddelproblemet	80
Oppsøke sosial støtte.....	82
Behandlingstilbud	83
Å skjerme seg.....	88
"Vi med vårt problem" – Samhold	90
Fremtidshåp og mestringsstro	92
Oppsummering	93
5. DRØFTING	94
Hvordan innvirker skam på mestringsprosessen?	94
Hvordan påvirker anerkjennelse mestrings?	99
Har oppfølgingen fra spesialisthelsetjenesten innvirkning på opplevelsen av mestrings?	103
Oppsummering.....	109
6. AVSLUTNING	112
Hva bør man ha fokus på i fortsettelsen?	113
Referanseliste:	115
Vedlegg 1	119
Vedlegg 2	120
Vedlegg 3	121
Vedlegg 4	122
Vedlegg 5	124

1. INNLEDNING

”For at jeg skal ha det best mulig, nei det er jo fortsatt åpenhet mellom han og meg og at vi går gjennom det sammen, det er ikke han med sitt problem, men det er vi med vårt problem, for det angår jo hele familien, spesielt meg og han, så det er jo det å gjøre sammen og være sammen i det som oppstår. Alle de bra dagene, også når det går litt på tverke må man være to”

Kvinne om å være pårørende til mann med rusmiddelproblemer

Alle vil gjennom sitt liv oppleve å være pårørende til noen, det kan være til alvorlig syke foreldre, til syke barn, til psykisk syke eller som pårørende til personer som utvikler et rusproblem. Det som er felles for pårørende er at sykdom, psykisk vansker eller rusproblemer, vil påvirke de som er rundt i større eller mindre grad. Pårørende til mennesker med rusmiddelproblemer utsettes for mange typer belastninger, belastninger som kan ende med slitasje, isolasjon og sykdom. Et fellestrekk for mange er at de har behov for hjelp og støtte for å mestre oppgaven som pårørende. Rusmiddelproblem og -avhengighet er forbundet med skam og dette kan være en tilleggsbelastning for mange pårørende. Mange bruker mye energi på å skjule og dekke over et rusmiddelproblem. Familielivet kan i følge Andresen (2012) preges av denne selvpålagte sensuren gjennom taushet, isolasjon og benektelse av problemene. Til tross for de utfordringer som det innebærer å være pårørende til noen med rusmiddelproblemer, klarer mange å mestre hverdagen, og formålet med mitt prosjekt er å identifisere hvilke faktorer som fremmer og hemmer denne mestringen.

I behandling av problemstilling fokuserer jeg på tre aspekt; det ene er hvordan de pårørende opplever det å være pårørende til noen som har utviklet et rusmiddelproblem. Det andre er å belyse hvordan de mestrer de utfordringer rollen som pårørende innebærer og hva som eventuelt hemmer mestring. De siste årene er det blitt gjort en del kartlegginger vedrørende pårørendes hjelpebehov, levekår blant pårørende til personer med rusmiddelproblemer og hvilke belastninger de rapporterer om. De pårørende jeg skriver om i denne oppgaven er i et pasientforløp og har oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Det siste aspektet vil derfor ta sikte på å belyse om de pårørende opplever at oppfølgingen som de får i spesialisthelsetjenesten bidrar til økt mestring, og eventuelt hvordan.

Bakgrunn for studien

Jeg har jobbet innen rusfeltet i 14 år og jeg har et stort engasjement for rusfeltet og rusavhengige. Jeg har jobbet på lavterskelnivå, kommunalt nivå og nå innen spesialisthelsetjenesten med utgangspunkt i personer med rusmiddelproblemer. I de siste årene har jeg også fokusert på de pårørende. Da jeg begynte i spesialisthelsetjenesten kom jeg i kontakt med pårørende som enda var en del av livet til personer med rusmiddelproblemer. Jeg har møtt deres fortvilelse, frustrasjon og ikke minst glede når deres nære som sliter med rusmiddelbruk kommer inn i behandling. Det er sterke møter og jeg har mange ganger kjent på den hjelpeløsheten de legger frem; fedre som drar på gata for å handle heroin for sønnen, mødre som aldri gir opp, søsken som forstrekker seg og ektefeller som leter etter alkohol som er gjemt rundt i hjemmet.

De siste årene har de pårørendes tilbud og rettigheter innen behandlingsapparatet endret seg markant. Pårørende som tidligere kun fikk tilbud om samtaler når deres nære var innlagt i rusinstitusjon har nå fått lovfestet rett til behandling i regi av rollen som pårørende og anses som en ressurs i forbindelse med behandlingen. Oppmerksomheten de pårørende får innenfor helsesektoren har endret seg i positiv retning. Nå får alle pårørende til innlagte pasienter informasjon om tilbudet. Det er en dreining fra å se på pårørende som en del av behandlingskonteksten til personen med rusmiddelproblem, mot at det nå anerkjennes at pårørende har egne behov og at det også er samfunnsøkonomisk lønnsomt å imøtekomme disse behovene. Noe av det som fanger mitt engasjement, er hvordan strukturelle forutsetninger som lover og retningslinjer påvirker enkeltindividet. Jeg har derfor valgt å forske på de pårørende for å finne ut mer av hvordan de opplever sin hverdag og hvordan de håndterer det, både fra et individuelt og et strukturelt perspektiv.

Pårørende omhandler alle som lever rundt personer med rusmiddelproblemer, og det kan være både mor eller far, datter eller sønn, venn eller besteforelder. Det er i dag mange barn som vokser opp i et hjem der det er rus til stede, og det bør være et særlig viktig fokusområde. Jeg har valgt å konsentrere denne oppgaven til å handle om partnere til personer med rusmiddelproblemer. Dette gjør jeg fordi oppgavens omfang begrenser hvor bredt jeg kan gå ut, og at jeg anser det som hensiktsmessig å velge kun en gruppe. Mange av de som jeg har intervjuet har egne barn, og barna vil berøre historiene. Allikevel vil jeg ta utgangspunkt pårørende som partner.

Problemstilling

Det overordnede målet med oppgaven å belyse:

”Pårørende til personer med rusmiddelproblemer. Hvilke faktorer hemmer og fremmer mestring av hverdagen hos pårørende som har oppfølging i spesialisthelsetjenesten?”

Jeg har i tillegg valgt følgende underspørsmål:

1. Hvordan blir skam tematisert i intervjuene, og har skam innvirkning på mestringsprosessen?
2. Hvilken betydning har opplevelsen av anerkjennelse og hvordan påvirker det opplevelsen av mestring?
3. På hvilken måte har oppfølgingen fra spesialisthelsetjenesten innvirkning på opplevelsen av mestring?

De tre ulike underspørsmålene vil bli behandlet i drøftingskapitlet. Jeg vil starte med å presentere faglitteratur om rusmiddelproblemer og pårørende. Her vil jeg komme inn på hvilke behandlingstilbud som eksisterer og holdninger i forhold til rusmiddelproblemer. Jeg vil så gi en presentasjon av det teoretiske bakteppet som omhandler mestring, skam og anerkjennelse. I kapittel tre vil jeg presentere valg av tilnærming og metode, og redegjøre mer inngående hvordan jeg har valgt å samle inn data og analysere datamaterialet. I det neste kapitlet vil jeg gi en presentasjon av de pårørende som har deltatt i forskningsprosjektet og deres fortellinger. Jeg vil her presentere de hovedtemaene som analysen av datamaterialet har gitt meg. Deretter vil jeg i kapittel fem diskutere noen av de sentrale funnene, med utgangspunkt i forskningsspørsmålene jeg har stilt. I avslutningskapitlet vil jeg samle trådene og diskutere de viktigste funnene, og si noe om hvem som kan ha nytte av forskningen.

2. TEORETISK BAKTEPPE

I dette kapitlet ønsker jeg å belyse hvordan rusmiddelproblem utarter seg, hvor omfattende rusmiddelproblem er og behandlingsmuligheter for de som utvikler et rusmiddelproblem før jeg kommer inn på det som omhandler de pårørende. Dette gjør jeg fordi en bør ha en grunnleggende kjennskap til hva et rusmiddelproblem innebærer for å forstå hvordan et problem oppfattes og kan oppleves av noen som lever i nær relasjon. Hvordan rusmiddelbruk, -problem og -avhengighet blir sett på i samfunnet kan også påvirke pårørendes rammer for mestring. Jeg har derfor valgt å skrive et avsnitt som jeg har kalt holdninger til rusmiddelproblemer og avhengighet. Jeg vil så gjøre rede for pårørendes rettigheter, behandlingstilbud og opplevde belastninger, basert på norsk og internasjonal forskning. Jeg vil deretter gjøre rede for noen teoretiske begrep og de teoriene jeg har valgt å presentere omhandler mestring, skam og anerkjennelse.

Om å ruse seg

Skadelig bruk av rusmidler utgjør et betydelig folkehelseproblem. I følge Jørgen G. Bramness (2012, s.5) ved SERAF er det 2-300 000 mennesker med alkoholproblem i Norge. Videre er det minst 20-30 000 som har problemer med narkotika, og minst 30-50 000 mennesker som har problemfylt bruk av foreskrevne legemidler med misbrukspotensiale.

Folkehelseinstituttet anslår at mellom 10 og 20 prosent av befolkningen i Norge får en ruslidelse i løpet av livet. Alkohol er det rusmidlet flest utvikler skadelig bruk eller avhengighet til. Etter alkoholproblematikk kommer flerbruksproblematikk, altså en bruk som tilsier kombinasjon av flere rusmidler. Det mest brukte illegale stoffet i Norge er cannabis. Antall personer som er under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) for opioidavhengighet øker, og en ser at pasienter med ruslidelser har komorbiditet til somatisk og psykisk helse (Skurtveit mfl., 2016).

Blant pasienter som har vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten i perioden 2008 til 2012 kan en se at det er aldersforskjeller på hvilke rusmidler som brukes. Misbruk og avhengighet knyttet til alkohol er hyppigst blant eldre. Misbruk og avhengighet til cannabis og simulanter (som amfetamin) er hyppigst

blant de yngste. Ruslidelser som er knyttet til sedativa og opiater er mer jevnt fordelt over aldersgruppene (www.fhi.no).

Både alkohol og narkotika fører hvert år til flere dødsfall i Norge, og i 2014 ble 320 dødsfall som var utløst av alkohol registrert i Norge. Av disse var 75 prosent menn og 25 prosent kvinner. Når en tar befolkningsveksten i betraktning er det i følge folkehelseinstituttet en markant nedgang fra 1996 i alkoholutløst dødelighet. Man ser en svak økning i antall narkotikarelaterte dødsfall, og i 2014 var det 266 dødsfall. De fleste dødsfallene (86 %) var knyttet til bruk av opioider (www.fhi.no). I følge verdens helseorganisasjon (WHO) resulterer skadelig bruk av alkohol 3,3 millioner dødsfall årlig på verdensbasis. Minst 15,3 millioner har et narkotikamisbruk. Injiserende misbruk er rapportert i 148 land, derav 120 land rapporterer om HIV smitte blant befolkningen (WHO, 2016).

Skadelig bruk og avhengighet

I Norge har vi ett legalt rusmiddel; alkohol. De andre rusmidlene som blir brukt er illegale. En del mennesker får foreskrevet vanedannende legemidler som de etterhvert utvikler en avhengighet til. I de tilfeller de ikke bruker legemidlene slik som foreskrevet eller at de kjøper disse illegalt i tillegg, kan man i noen tilfeller snakke om legemiddelavhengighet.

Rusmidler kan deles inn i tre grupper basert på påvirkning og effekt rusmidlet gir. Stimulerende rusmidler er stoffer som stimulerer sentralnervesystemet og omfatter amfetamin, kokain, ecstasy, khat m.fl. Blant rusmidler som demper sentralnervesystemet finner en stoffer som opiater (kodein, heroin og morfin) og syntetiske opiater (metadon og buprenorfin). Alkohol, benzodiazepiner og løsemidler er også stoffer som demper sentralnervesystemet. Den siste gruppen i denne inndelingen er stoffer som påvirker sanseinntrykk som cannabis og naturlige- og syntetiske hallusinogener. Noen stoffer faller ikke naturlig inn i denne skjematiske inndeling, eksempelvis GHB. GHB er et bedøvelsesmiddel som ble oppdaget på 50-tallet, men som de siste årene har blitt gjenstand for misbruk. Det har gjennom de siste årene vært flere overdoser i Norge på GHB, og det foreløpig siste tilfelle med dødelig utfall skjedde høsten 2016 i Møre og Romsdal.

Rusproblemer omtales på mange måter; alkoholisme, rusmiddelproblemer, rusavhengighet, narkomani. Verdens helseorganisasjon definerer rusmiddelavhengighet som en biopsykososial lidelse og i løpet av de siste årene er det mer anerkjent at rusavhengighet er et mangesidig problem som krever ekspertise fra flere fagområder. Den biopsykososiale modellen innebærer at forståelsen av problemene og hjelpetiltakene bør ha fokus på både biologiske, psykologiske og sosiale forhold (Hole, 2014). Det som er sentralt i beskrivelsen av avhengighetsskapende stoffer er at de fører til toleranseøkning og abstinenssymptomer. Ved toleranseøkning venner kroppen seg til rusmidlet og vil stadig ha behov for mer av stoffet for å få samme virkningen. Stoffet som har høy toleranseutvikling er opiatet, mens cannabis har en forholdsvis liten toleranseutvikling. Abstinenssymptomer er symptomer som opptrer når inntaket av stoffet stopper. For noen stoffer, spesielt alkohol og opiatet, kan abstinenssymptomer være kraftige og i enkelte tilfeller livstruende. Det siste gjelder spesielt alkohol (Skog, 2006). I Norge brukes den internasjonale klassifikasjonen ICD-10 til å diagnostisere rusmiddelproblemer. ICD-10 skiller mellom skadelig bruk og avhengighet av rusmidler. Avhengighet defineres som;

”Et spektrum av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener der bruken av en substans eller substansklasse får en høyere prioritet for en gitt person enn annen atferd som tidligere var av stor verdi (ICD-10, s.73).

Avhengighet kan vise seg på flere måter som blant annet trang til å innta rusmiddelet og problem med å kontrollere inntak. For mange vil rusmiddelinntaket overskygge andre livsforhold (Lossius, 2012). I følge Skog (2006) beskrives sterk rusmiddelavhengighet ofte som tvangsmessig. Empiriske studier viser likevel at selv sterkt avhengige lar seg påvirke av ytre miljøfaktorer dersom konsekvensene blir store nok. Vanskeligheter med å begrense inntak eller slutte helt er ikke bare avhengig av stoffenes biokjemiske virkning, men også av motivasjonen hos den avhengige, og i hvor stor grad de opplever ytre konsekvenser (Skog, 2006). Ytre konsekvenser kan være alt fra tap av arbeidsforhold, tap av familie eller andre relasjonsbrudd som påvirker den rusavhengiges liv.

Skadelig bruk innebærer en bruk av rusmidler i et mønster som gir fysiske eller psykiske helseskader, og omtales ofte som misbruk. Misbruk er et normativt begrep som tilsier at bruken er negativ og uønsket.

Begrepet misbruk kan i følge Skog (2006) også ha en stor kulturell variasjon, og det som ansees som misbruk for noen, trenger ikke nødvendigvis å være misbruk for andre.

Rusmiddelproblemer er således et komplekst og mangefasettert fenomen. Det er flere ulike stoffer man kan bli avhengige av og avhengighet kan forstås på ulike måter. Denne kompleksiteten kan være noe som påvirker mestringen hos de pårørende. Ytre konsekvenser og egen motivasjon er i følge Skog (2006) faktorer som fører til at noen søker behandling. Jeg vil i den neste delen si litt om behandlingstilbudet til personer med rusmiddelproblem og hvordan det har utviklet seg gjennom de siste årene.

I denne teksten har jeg valgt å bruke begrepet ”*personer med rusmiddelproblemer*”. Bakgrunnen for det er at jeg ikke kjenner til omfanget av rusmiddelproblem i familiene til de pårørende. Belastningene vil være ulike og de vil ha ulike oppfatninger av om partneren bruker, misbruker eller er avhengig av rusmidler.

Behandlingstilbud

I følge Fekjær (2009) har rusbehandlingen hatt en enorm utvikling det siste hundreåret, fra vidunderkurer mot alkoholisme og tvang på begynnelsen av 1900-tallet og frem til nyere tid der pasientens rettigheter og medvirkning i behandlingen fremheves. Rusomsorgen, som det ble omtalt som inntil gjennomføring av rusreformen, handlet i stor grad om å yte omsorg til mennesker i nød, og det var ikke nødvendigvis behandling for å påvirke atferdsendring (Fekjær, 2009). I dag omtales hjelpeapparatet på rusfeltet som rusbehandling, og det er organisert gjennom helseforetakene som spesialisthelsetjeneste. Forståelsen av hva rusmiddelmisbruk og -avhengighet er og hva det skyldes, styrer i stor grad hvilken behandling som tilbys. Den dominerende forståelsen i dag er den biopsykososiale modellen (Hole, 2014). Pasientens rett til rusbehandling er regulert gjennom pasient- og brukerrettighetsloven.

Tvang, makt og kontroll har alltid vært et aspekt innen rusomsorgen. Løsgjengerloven fra 1900, ga adgang til å tvangsplassere den som var ”*forfalt av drukkenskap*” (Fekjær, 2009). Loven åpnet for at den som var beruset på offentlig sted eller skapte ordensforstyrrelser kunne straffes. De kunne da bli

tvangsplassert i arbeidsleirer. Starten på rusbehandling i Norge var i følge Fekjær (2009) opprettelsen av den kristne avholdsorganisasjonen Blå kors, som opprettet et kursted i 1909. Det vokste etter hvert frem flere kursteder rundt om i landet, og kurstedene var i mange år hovedelementet i norsk rusbehandling.

På 1980-tallet skjedde det en økt profesjonalisering og flere fagutdannede kom inn i rusbehandlingen, særlig sosionomer og psykologer. Minnesota-klinikker og terapeutiske samfunn vokste frem, og Tyrili-stiftelsen, som er et av Norges største behandlingssteder i dag, ble opprettet i 1980. I 2003 ble rusbehandlingstiltakene overført fra fylkene til staten, og rusbehandling ble da definert som spesialisthelsetjeneste.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er pr i dag delt inn i fire helseregioner. Regionene tilbyr rusbehandling i ulike institusjoner som har avtale med eller er eid av helseforetaket. Instanser som har henvisningsrett som fastlege, spesialisthelsetjeneste, psykolog, kommunale tjenester mfl. henviser pasienten til rusbehandling. Utpekte vurderingsinstanser som er tverrfaglig sammensatt vurderer om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp i form av tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelproblemer. Pasienten får en juridisk frist og en dato for oppstart av behandling i egnet behandlingssted. Rettigheter til rusbehandling er i dag bedre regulert enn tidligere gjennom Pasient og brukerrettighetsloven, 2001. Loven legger til rette for at pasienten har klagerett og fritt behandlingsvalg om han er uenig i vurderingen som er gjort.

Oppunder 32 000 personer mottok behandling innen TSB i 2015. Dette var en økning på 4,5 prosent fra foregående år. Antallet pasienter og antall døgnopphold øker, det samme gjør polikliniske konsultasjoner, mens dagbehandling reduseres (Helsedirektoratet, 2016). Samtidig som en ser at det er behov for oppfølging i forkant og etterkant av døgnbehandling, er det ikke til å komme fra at økningen i poliklinisk behandling også handler om økonomi og få ned antall liggedøgn i spesialisthelsetjenesten.

Kunnskapen om rusmiddelproblemer har økt og en vet i dag at det er høy samsykelighet. De som har rusproblemer, har oftere psykiske problemer og andre somatiske sykdommer enn gjennomsnittsbefolkningen (Waal, 2016). Både kommunene og helseforetakene har ansvar for å tilby kombinerte hjelpetiltak. Forskning viser også at behandlingen blir best om en mottar integrert behandling, der pasienten får behandling både for rusproblemer og psykiske vansker. I følge Waal

(2016) er behandlingstilbudet blitt bedre de siste årene, men han understreker er det langt igjen til vi kan si oss tilfredse. Ansvarsforholdene mellom psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling er uklare, og pasienter kan risikere å bli ”kasteballer” mellom systemene. En god behandling for ruslidelser innebærer at pasienten får en integrert behandling av ruslidelser og andre somatiske eller psykiske lidelser. I følge Opptappingsplanen for rusfeltet 2016-2020 er rus og psykisk helse satsningsområder for regjeringen. Noen av satsningsområdene har de lyktes med som kortere ventetid. Helse- og omsorgsdepartementet påpeker likevel at tilgjengeligheten til tjenestene skal øke, og at man i større grad skal se psykiske lidelser og rusavhengighet i sammenheng (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 49).

Holdninger til rusmiddelproblem og avhengighet

Rusmiddelmisbruk og rusavhengighet involverer og engasjerer mange, og det er ikke rart med bakgrunn i at rus er en av våre største helsepolitiske utfordringer. I følge Opptappingsplanen på rusfeltet brukes det mange ulike begrep om personer med rusmiddelproblem. Begrepene suppleres ofte av stereotype forestillinger om at de er svake eller at en person med rusproblemer er en ung mann som injiserer heroin (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Disse stereotype forståelsene er imidlertid ikke i overensstemmelse med den faktiske situasjonen. Rusproblemer rammer mennesker i alle aldre og i alle deler av befolkningen. Grad, kompleksitet og alvorlighet vil variere fra person til person. Realiteten er at det mest brukte rusmidlet er alkohol og over 85 prosent av befolkningen over 18 år har brukt alkohol i løpet av siste året (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Alkohol er også det rusmidlet som flest utvikler en skadelig bruk eller avhengighet til (ibid).

Alkohol er nært knyttet til kultur. I følge MacAndrew & Edgerton (1970) er det sosiale normer og kulturell tradisjon som sier noe om hva beruselse innebærer og hvilke handlinger som er tillatt når man er beruset. Å bryte kulturelle normene kan således bli definert som et sosialt avvik. I følge Skog (2006) vil definisjonen av hva som vurderes som akseptabelt og ”normalt”, og hva som er misbruk endre seg over tid. I Norge har disse oppfatningene endret seg mye siden 1970-tallet da beruselse på offentlige steder var forbudt. Undersøkelser gjort av SIRUS viser at folks oppfatning av hva som var misbruk endret seg mye fra 1964 til 1989 (Skog, 2006, s. 185). Det som ble ansett som et misbruk i 1964, var

ikke å anse som misbruk under undersøkelsen i 1989. For eksempel mente 77 prosent av befolkningen i 1964 at det tydet på misbruk hvis en person drakk noen få ganger i året og ble sterkt beruset. 25 år senere var det bare halvparten så mange (37 prosent) som mente det var misbruk. Dette tyder på at folks oppfatning har blitt mer liberal.

Det å si at noe er et misbruk innebærer i følge Skog (2006) at man stempler det som et problem. Det kan ha både positiv og negativ effekt. Det kan være positivt i den forstand at det fremstår som en advarsel. På den andre siden kan den som blir kalt misbruker i henhold til kulturens definisjon bli påført en negativ merkelapp, eller et stigma (Skog, 2006). For den som blir offer for det, kan en slik stempeling forsterke problemet. Det er ofte samfunnsmessig definert hva som er ”unaturlig”. Det har vært store variasjoner i oppfatningene av hva som er normalt, er man *for* tykk, *for* tynn, *for lite* flink. Når normative synspunkter på naturlige variasjoner får gjennomslagskraft i kulturen, kan egenskapen bli samfunnsmessig avvik. Både narkotikabruk og alkoholisme er ansett som sosiale avvik.

Sosiale avvik defineres med utgangspunkt i tre elementer (Skog, 2006, s. 17);

1. *Det finnes en sosial norm som enten forbyr eller pålegger samfunnsmedlemmene noe*
2. *Det finnes personer som bryter denne normen*
3. *Det finnes noen som reagerer på normbruddet, forutsatt at det blir oppdaget, og reagerer med en eller annen form for negativ sanksjon.*

Sosiale avvik medfører ofte skam, både for den som utfører normbruddet og den som blir offer for normbrudd.

Goffman (2000) hevder at ethvert samfunn har måter å inndele mennesker i kategorier på, samt hvilke egenskaper som anses som vanlige og naturlige for medlemmene i kategoriene. Det sosiale miljøet bestemmer hvilke mennesker en kan finne i den særskilte kategori, og det er sosiale spilleregler i de etablerte miljøene. Når en møter en person antar man at man vet hvilken kategori mennesket tilhører og hvilke egenskaper han besitter. En har forhåndsforestillinger om hvordan individet bør være og de utgjør hans tilsynelatende identitet. Derimot vil de egenskapene personen egentlig besitter, være hans faktiske identitet. Dersom en person har egenskaper som skiller han fra andre, eller egenskaper som er uønsket, reduseres mennesket til et nedvurdert menneske. Det å bli stemplet på denne måten utgjør i følge Goffman (2000) et stigma. Det er en uoverensstemmelse mellom den tilsynelatende sosiale identiteten og den faktiske sosiale identiteten. Begrepet stigma brukes dermed til å beskrive en egenskap som er

dypt diskrediterende (Goffman, 2000). Et stigma handler om en relasjon mellom en egenskap og en stereotyp klassifisering av mennesker. Goffman peker på tre typer stigma; *kroppslige vederstyggeligheter*, som fysiske misdannelser. *Karaktermessige feil*, som gir seg til kjenne gjennom viljessvakhet, dominerende eller unaturlige lidenskaper eller uhederlighet. Dette kan være knyttet til fengselsopphold, arbeidsløshet, rusmisbruk, selvmordsforsøk eller lignede. Den siste Goffman omtaler er *slektsbetingede stigma* som rase, nasjonalitet og religion. Disse tre klassifiseringene stigma presenterte Goffman i 1963, og vil muligens ikke gjenspeile dagens situasjon helt, men er likevel en god pekepinn hva som utløser stigma i dagens samfunn. Den typen stigma som omhandler karaktermessige feil og som er den typen stigma som omhandler personer med rusmiddelproblemer, ville forhåpentligvis blitt omtalt på en annen måte i dag. Den er likevel fortsatt gjeldene, og gjenspeiler holdningene til de som Goffman omtaler som ”de normale”. De normale er de som ikke bryter med forventningene (Goffman, 2000).

Det kan være hensiktsmessig å kjenne til distinksjonene mellom stempingsteori og stigma. Stempingsteori kjennetegnes av Becker (1963) ved at sosiale grupper skaper regler for hvilke overtredelser som danner avvik. De som utfører handlinger som ikke er i tråd med reglene blir stemplet som outsiders. Avvik er ikke en egenskap som ligger i atferden selv men handler om interaksjonen mellom personen som utfører handlingen og de som responderer på den. Lemert (1967) støtter teorien ved å vedkjenne viktigheten av andres reaksjon i forklaringen av avvik. Lemert introduserte også primære- og sekundære avvik. Primært avvik er sett på som handlingen som avviker før personen er stemplet av allmennheten. Sekundær stemping er mer betydningsfull fordi den forandrer personens selvrespekt og sosiale rolle. Teorien om stigma som ble presentert av Goffman (1968 et.al) er mindre opptatt av den sosiale prosessen av stemping. Han fokuserer i større grad på de konsekvensene prosessen har på individet. I følge Goffman kan en merkelapp, som for eksempel rusavhengig, være i stand til å ødelegge både den sosiale og den personlige identiteten til en person. Goffman (1968) omtaler også hvordan det kan være for pårørende i møte med andre i forhold til hjelpebehov. Han eksemplifiserer med at familien til et funksjonshemmet barn kan møte ”høflighetsstigma” eller ”stigma av forbindelse”. Familien må da håndtere egne følelser av skam og skyld, og vil forsøke å distansere seg fra funksjonshemmingen. Dette tenker jeg er like aktuelt for pårørende til noen med rusmiddelproblemer.

Holdninger påvirkes i stor grad av mediene, og i praksis påvirker media holdninger både direkte og indirekte. Tolkninger av egne observasjoner farges av media, og det en får høre fra sine omgivelser er også preget av mediebildet (Fekjær, 2009). I følge Fekjær (2009) fremstilles bruk av rusmidler skjevt i media både når det gjelder utbredelse og skadeomfang. Han hevder at bruk illegale stoffer fremstilles som misvisende høyt og det samme med skadeomfang. Alkohol blir derimot i liten grad omtalt. Illegale rusmidler fremstilles ofte som giftstoffer knyttet til tragedier, mens alkohol ofte fremstilles positivt. Den skjevheten i fremstilling av narkotika er ikke bare misvisende, men kan i verste fall føre til økt popularitet av et rusmiddel. Fekjær (2009, s. 322) trekker frem hvordan bruken av ecstasy på slutten av 90-tallet eksploderte etter at det fikk fokus i media. Det ble uttalt i et Brennpunkt-program 1997 at det var når mediene begynte å skrive om ecstasy og house-musikken, at salget tok av. Sammenhengen kan være tilfeldig, men Fekjær trekker konklusjonen om at økt fokus i media gir økt kjennskap til stoffet og øker salget.

Hvordan samfunnet ser på og omtaler rusmiddelbruk påvirker ikke bare allmennhetens oppfatning, men også hvordan personen med rusmiddelproblem ser seg selv. En undersøkelse gjort i California (Copes, Hochstetler & Williams, 2008) beskriver hvordan ulike undergrupper som har et skadelig bruk av crack har en aktiv identitetskonstruksjon og setter grenser mellom kategoriene. Begrepet ”*crackhead*” ble på 1980-tallet en ny sosial identitet og ble nesten universelt gjenkjent. *Crackhead* var ikke bare et symbol på tapere av den amerikanske drømmen, merkelappen ble ofte brukt som en metafor på personlig nederlag, og skapte en stereotypi. Studien viser at en del av informantene hadde behov for å skille seg fra de som hadde ”bukket under for dop” og skapte en egen identitet omtalt som ”*Hustler*”. Begrepet *hustler* kan oversettes til luring/smarting/svindler, og hustler identiteten skilte seg fra *crackhead* ved at de klarte å holde et visst ytre og de livnærte seg selv, gjerne ved salg av rusmidler. De anså seg selv som høyere i rangstigen enn de som ble omtalt som *crackhead*. Begrepet *hustler* fikk da semantiske grensedragninger fra identiteten *crackhead*, og de definerte seg vekk fra den negative merkelappen.

Stigmatisering av grupper som bryter med kulturelle normer er ikke uvanlig. Holdninger kommer da til syne gjennom stereotypier. En annen identitetskonstellasjon som forekommer både i media og blant ”folk flest” er ”*junkie*”. Junkie forbindes med ukontrollert misbruk av heroin og kriminalitet (Radcliff & Stevens, 2008). I en undersøkelse der Radcliff og Stevens (2008) gjennomførte intervju med 53 personer med narkotikaproblemer som hadde brutt behandling, fremkom det at intervjupersonene hadde opplevd

stigmatisering. De opplevde det også som skamfullt å ta i mot behandling. Som i den andre undersøkelsen kom det i denne undersøkelsen frem identitetskonstruksjoner, der de hadde behov for å definere seg vekk fra den allmenne merkelappen eller identiteten ”*Junkie*”. De ønsket å markere avstand fra stereotypien *junkie*. Som en uttalte da han møtte en bekjent mens han var i behandling; ”*hopefully – she works here – she doesn’t think that everyone’s a thriving junkie skumbag...*”(Radcliff & Stevens, 2008, s. 1068). Han forventet altså å bli møtt med en stigmatiserende holdning, og håpet at han ikke skulle oppleve det når han møtte en bekjent.

Den generelle og kulturelle oppfatningen av hva som er bruk og hva som er misbruk i et samfunn kan bidra til å skape sosialt stigma av enkelte grupper. Som vi har sett her er misbruk av alkohol og narkotika ansett som et sosialt avvik. Hvordan det dominerende samfunnssynet er vedrørende rusmiddelproblem vil påvirke de som lever rundt personer med rusmiddelproblem. Vi skal nå komme nærmere inn på hvem de pårørende er, hvilke belastninger de opplever og hvilke behandlingstilbud som finnes.

Pårørende

SIRUS ga i 2009 ut en rapport om nære pårørende til alkoholmisbrukere. Beregninger viste at det i Norge er mellom 50000 og 150000 barn og mellom 50000- 100000 ektefeller/partnere som bor sammen med personer med risikofylt alkoholkonsum (Rossow m.fl. 2009). Hvis en tar med tall for andre rusmidler, vil mengden øke betraktelig. Det foreligger derfor ikke eksakte tall hvor mange pårørende det er i Norge, men en vet at for hver person som har et rusproblem, er det mange pårørende som rammes. Det er beregnet at 450.000 barn har en eller to foreldre med psykiske lidelser og/eller har et rusproblem.

Pasient-og brukerrettighetsloven (2015) skiller mellom pårørende og nærmeste pårørende. En pasient kan ha mange pårørende, men det er bare nærmeste pårørende som har rett til å motta informasjon, klage på vedtak eller lignede. Det er pasienten som bestemmer hvem som er nærmeste pårørende. I veilederen ”Pårørende -en ressurs” deles pårørenderollene inn i fem kategorier; pårørende som kunnskapskilde, som omsorgsgiver, som pasientens representant, som en del av pasientens nærmiljø og med egne behov (Helsedirektoratet, 2008). Selv om rollene ofte vil overlappe hverandre, slik at pårørende kan ha flere

roller til samme tid vil jeg i denne oppgaven ha hovedfokus på rollen som pårørende med egne behov. Bjørnstad definerer pårørende i behandling som ”personer som i kraft av sin nære relasjon til noen med rusproblemer trenger hjelp til å mestre psykiske eller somatiske belastninger og lidelser” (Bjørnstad, 2007, s 10). I det følgende handler teksten om pårørende som har søkt behandling for egen del, fordi de er pårørende til person med rusmiddelproblem.

Om å være pårørende

Å være pårørende til personer med rusmiddelproblemer vil i varierende grad påvirke alle livets kjerneområder; fysisk og psykisk helse, jobb, økonomi, relasjoner og sosialt liv. Pårørende er ikke en ensartet gruppe, men det en ser er at det er enkelte kjennetegn som pårørende til personer med rusmiddelproblemer har felles. I følge Orford mfl. (1998) resulterer de fysiologiske, psykologiske og sosiale stressorene som følger av det å ha rusproblem i familien til høyere fysisk og psykisk sykkelighet. Siden problematisk bruk av rusmidler fortsatt er knyttet til stigma, opplever mange familier at de bør holde problemet skjult og isolerer seg. I følge Andresen (2011) er skyld og skam knyttet til rusmiddelproblemer, både for den som har problemet og de andre i familien.

Kompetansesenter rus- region sør publiserte i 2012 en rapport som heter ”Hvem er de pårørende”. Rapporten er en kartlegging av pårørendepasienter i perioden 2009-2011 som har søkt behandling for egen del på bakgrunn av det å være pårørende til rusmiddelavhengighet. Hovedfunn fra rapporten viser svært høye forekomster av nedstemthet, utmattelse, søvnproblem og angst. Av intervjupersonene var 40 % av pasientene i heltidsjobb og 32% var i deltidsjobb og i attføring. Av de pasientene som var i jobb var 40,6 % sykemeldt (Kristiansen og Myhra, 2012).

En undersøkelse gjennomført i Australia i 2008 viste at en tredjedel av de som lever sammen med familiemedlem med problematisk alkoholkonsum var betydelig berørt både fysisk, sosialt, psykologisk og praktisk (Berends et al., 2014). Disse funnene samsvarer med andre pårørendeundersøkelser, slik som Benishek et al. (2011) og Velleman et al, (1993). Berends et al. (2014) studie var en populasjonsstudie der 2649 tilfeldig utvalgte ble telefonintervjuet om alkoholrelatert skade. Av de 2649 var det 415 som

rapporterte om et alkoholforbruk i hjemmet som berørte dem i større eller mindre grad. I studien ble funnene kategorisert inn i opplevde belastninger, og de tre mest rapporterte belastningene var; *følte seg emosjonelt såret eller neglisjert, påvirket en sosial hendelse negativt og hatt en alvorlig krangel (uten vold)*. Partnere hadde den høyeste skåren på kategorien *følte seg emosjonelt såret eller neglisjert* (78,2 %). Av partnere var det 36 % som rapporterte at de hadde følt seg truet av personen med alkoholproblem. I tilfeller der partnere hadde gått fra hverandre rapporterte 41 % at de hadde følt seg truet, og over to tredjedeler valgte å holde avstand fra sin ekspartner. Noen rapporterte også at de ble presset til seksuelle handlinger (Berends et al., 2014).

Orford et.al (2006) har gjort flere undersøkelser om mestring hos pårørende til personer med alkohol- og narkotikaproblemer i England og Mexico City. Forskningen viste at skilsmisseraten var mange ganger høyere enn i den generelle befolkningen. Ekteskapene var ofte preget av fiendtlighet og elendighet. Mange ektefeller opplevde emosjonelle problemer som angst, depresjon eller psykososiale problemer. Orford (2006) viser til flere andre studier i sin artikkel som støtter hans funn om at omfang av alkoholmisbruk har sammenheng med fortvilelse i familien.

De negative belastningene langvarig rusmiddelbruk synes å gi familier er etter hvert godt dokumentert i forskning. Likevel er det mange familier som holder dette skjult (Andresen, 2012). Det kan være flere årsaker til det. I følge Bancroft (2003) kan det å søke hjelp kan oppleves som å mislykkes. En grunn til at mange holder problemet skjult og oppsøker ikke hjelp, kan også skyldes at det ikke eksisterer hjelpetilbud i nærmiljøet, eller at det ikke er god nok informasjon om hvilke tilbud som eksisterer. I en rapport fra Helsedirektoratet (2015) om levekår blant pårørende til personer med rusmiddelproblemer slår de fast at bare et mindretall hadde opplevd å få tilbud om hjelp. I de tilfeller de har mottatt hjelpetiltak, var det i sammenheng med behandlingen til den de er pårørende til (Birkeland og Weimand, 2015). Det er altså mindre innsats rettet mot de pårørende som pasienter med egne behov.

Levekårsundersøkelsen hos pårørende viser at levekår i stor grad påvirkes negativt av rusmiddelproblemer. De pårørende beskriver at de opplever at situasjonen gjennomsyrer hele livet (Birkeland og Weimand, 2015). Hvor belastende situasjonen oppleves er avhengig av flere forhold. Hvilke rusmidler deres nære bruker, hvor mye, hvordan de opptrer og om det forekommer kriminell eller voldelig atferd virker inn (Bøckmann og Kjellebold, 2015). I tillegg vil opplevelsen bli påvirket av

hvilken rolle man har, å være mor til et barn som utvikler rusproblem vil fortone seg annerledes enn å være partner, og belastningene vil være ulike.

Pårørendes rettigheter og behandling

Det er lovfestet at helsepersonell skal gi råd og veiledning til pårørende og den pårørende omtales som en viktig ressurs i behandlingen av personer med psykiske lidelser og rusmidler (Helsedirektoratet, 2015). Pasient- og brukerrettighetsloven regulerer pårørendes rettigheter, og den gjelder både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Den som pasienten velger som nærmeste pårørende har rett til å motta informasjon, klage på vedtak og lignede (Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3). Selv om ikke alle pårørende har samme rettigheter, og at pasienten må ha oppgitt den pårørende som nærmeste pårørende for å få rett til motta informasjon, så har helsetjenesten en veiledningsplikt. Alle pårørende som tar kontakt med spesialisthelsetjenesten kan få generell informasjon om rettigheter, hvordan søke behandling, behandlingstilbud og informasjon om utfordringer knytter til rusmiddelproblem. Informasjon om pasienten kan bare gis når pasienten samtykker. Det beste for både person med rusmiddelproblem og pårørende er at pasienten gir samtykke til at pårørende kan få informasjon.

Dersom det er tungtveiende grunner for det, kan helsepersonell gi informasjon til pårørende uten samtykke (Helsepersonelloven § 23). Det vil gjelde i de situasjoner da det er fare for liv og helse til pasienten selv eller andre. Ved tilfeller der det kreves særlig årvåkenhet, som fare for overdose, selvskadning eller risiko for vold, kan det være rett å gi informasjon uten pasientens samtykke dersom vedkommende skriver seg ut til hjemmet. Når pårørende har særlig stor bekymring for personen med rusmiddelproblemer, kan pårørende sende bekymringsmelding til kommunen. Kommunen er da pliktig etter Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-1 å undersøke saken og vurdere om det bør fremmes sak om tilbakehold i institusjon uten eget samtykke. Pårørende skal ha en tilbakemelding når saken er utredet.

Oppfølging av pårørende til personer med rusmiddelproblemer kan skje på forskjellige måter. De kan henvises til spesialisthelsetjenesten og få tilbud om individuelle samtaler, parsamtale eller delta i

gruppebehandling. Det finner også kurspakker som går over enkeltdager eller en uke. Enkelte private institusjoner, tilbyr i følge Bøckmann og Kjellevold (2013) ”familieuke” når pasienten med rusproblemer er innlagt, dette er et vanlig konsept innen AA-institusjoner som for eksempel Sigma Nord. Det finnes også frivillige tilbud, til eksempel i regi av AlAnon eller LMS (Landsforeningen mot Stoffmisbruk).

Bjørnstad (2007) gir en oversikt over pårørendetilbudet i alle helseregionene i Norge. Til tross for at kartleggingen er fra 2007 gir det en god indikasjon på hva som eksisterer av tilbud i Helseregionene pr i dag. Hensikten med kartleggingen var å gi en landsdekkende oversikt over alle tilbud til alle aldre, både i regi av offentlig og frivillige organisasjoner og stiftelser. Rapporten var avgrenset til å omhandle pårørende som i kraft av sin nære relasjon til personer med rusmiddelproblem var i behov for oppfølging for hjelp til mestring av psykiske eller somatiske belastninger. Behandlingstilbudene inndelt i tre kategorier; *Behandlingsrettede tilbud, rådgivende og veiledende tilbud og tilbud av undervisningsrettet art*. I hele Norge var det 41 offentlige institusjoner som ga tilbud til pårørende og de fleste kombinerte behandlingsrettede tiltak med rådgivende virksomhet. I tillegg var det 29 private institusjoner som ga tilbud til pårørende. Det var også utviklet tilbud til barn av foreldre med rusproblem ved flere av de private og offentlige institusjonene (Bjørnstad, 2007). Det er trolig skjedd noen endringer innen pårørendetilbudet, men Bjørnstads oversikt gir et visst inntrykk av tilbudet. I dag tilbyr de aller fleste rusinstitusjoner i Norge et tilbud til pårørende, og de pårørende kan også søke oppfølging ved psykiatriske poliklinikker. Pårørende har i dag mye bedre rettigheter enn for få år siden. Det er i følge Bøckmann og Kjellevold (2015) gjennomgående i offentlige dokumenter de senere årene at pårørende skal ha en mer sentral plass i helse- og omsorgstjenesten. Pårørende skal møtes med respekt og omsorg og de skal sikres råd og veiledning. Behandlingstilbudet som eksisterer til de pårørende i dag er basert på lovreguleringer og politiske føringer om at de pårørende skal være en involvert part. Å være involvert som pårørende kan bidra til mestring av en vanskelig livssituasjon, og jeg skal nå komme inn på noen teorier innen mestringsbegrepet.

Mestring

Mestring er et sammensatt begrep som det er vanskelig å gi en enhetlig definisjon på (Lazarus og Folkman, 1984). Det er blitt et begrep som brukes i mange ulike kontekster, og en viser til mestring av eget liv, mestring av sykdom, sammen om mestring. Et eksempel av mange er Helsedirektoratet (2014) veileder "sammen om mestring" som er en veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Mestring er blitt et begrep som skal omhandle alle livets faser. Mestring handler om å håndtere livet, og Heggen (2012, s. 64) beskriver mestring på denne måten; "*Mestring handler om å greie noe på egen hånd, om å takle stress, påkjenninger, kriser eller sykdom slik at en kommer seg videre på en god nok måte*". Mestringsbegrepet ble først utviklet innenfor psykologien, og det ble den gang knyttet tett opp til individets egne muligheter til å håndtere stress. Nyere mestringsteorier har i større grad hatt fokus på at mestringsbegrepet ikke bare omhandler enkeltindividet, men at en også bør ha et systemisk perspektiv på mestring. Å se noe ut fra et systemisk perspektiv handler om at ingenting kan forstås isolert, men må ses ut i fra en større sammenheng. En må derfor se mestring ut fra flere posisjoner og perspektiver, og være bevisst dynamikken i et system. Bevegelse i ett ledd vil påvirke andre ledd, og den enkeltes handlinger påvirker helheten. Mestring har også prosessuelt perspektiv, altså et tidsaspekt. Mestring handler om å ha tilgang til ressurser som kunnskap, ferdigheter, hjelpere, utstyr eller sosiale ressurser, og evnen til å utnytte de (Heggen, 2012). Individets muligheter til mestring må derfor ses i en større sammenheng, og at den tilgang til ressurser er tett knyttet til mestring. Det å ha kompetanse for og mulighet til å søke sosial støtte blir blant annet regnet som en mestringsstrategi, og da er det viktig at man har et nettverk. En må derfor se på mestring som en relasjon mellom individet og omgivelsene. Det er derfor ikke tilstrekkelig å snakke om individuelle strategier, men en må se mestring opp mot et systemperspektiv (Heggen, 2012).

Hvilke ressurser som eksisterer i nettverket, i samfunnet og i nærmiljøet vil ha innvirkning på hvilke ressurser en har tilgang til. En kan for eksempel se det opp mot pårørendes behandlingstilbud. For at de pårørende skal ha mulighet til mestring må de ha tilgang til ressurser på flere nivå; behandlingstilbudet må eksistere (system) og den pårørende må ha evnen til å utnytte ressursene, altså tilbudet (individ). En måte å se mestring på, er opp mot Bronfenbrenners bioøkologiske modell som skiller mellom mikro-, meso-, ekso- og makronivå. De ulike nivåene i modellen henger sammen, og bevegelse i en del vil sette i gang endringsprosesser i andre deler. Mikronivået handler om de nære situasjonene der personen selv er

til stede, og omfatter de ansiktsnære relasjonene. Mesosystemet sikter til samspillet mellom de ulike arenaene der personen ferdes. Det kan være relasjon mellom familien, venner og en behandlingstilbud. Eksosystem sikter til relasjoner mellom andre miljø og institusjoner, der personen ikke er deltaker men relasjonen mellom dem påvirker personen. Her tenker jeg at det kan handle om organisering av pårørendetilbud, og hvordan endringer i rammene eller organiseringen av et behandlingstilbud kan påvirke mulighetene for mestring. Det siste nivået eller systemet er makrosystemet som sikter til de mer overordna rammene i samfunnet, som politiske ordninger, økonomiske system. Dette nivået kan påvirke pårørendes mestring med tanke på eksempelvis rettigheter. Lovfestede rettigheter til behandling er en faktor på systemnivå som setter rammene for pårørendes forutsetning for mestring.

Det er mange som har forsket på og skrevet om mestring. Noen av de mest refererte er blant annet Lazarus og Folkman. Andre kjente teoretikere som har hatt fokus på mestring er blant annet Bandura(2006 et.al.), Hymovich & Hagopian (1992), Boekaerts (1996), Antonovsky (2000, et.al). Jeg har valgt å ha hovedfokus på Lazarus og Folkman sin teori om mestring, men vil også gi en kort presentasjon av Antonovskys salutogenese og Banduras begrep mestringstro. Bakgrunnen for at jeg har valgt å fokusere på disse er fordi deres teorier er ulike men utfyller hverandre, og jeg vil på den måten kunne se mestring hos pårørende fra et bredere perspektiv med ulike innfallsvinkler.

Stress og følelser

Richard S. Lazarus omtales som mestringens nestor, med bakgrunn i forskningen han gjorde på 1960- og 70 tallet (Antonovsky, 2013). Deler av Lazarus arbeid har han utført sammen med Susan Folkman. Teorien de utviklet sammen bygger på en kognitiv, fenomenologisk og transaksjonell forståelse av den situasjonen en person befinner seg i. Det innebærer at personens egne tanker om situasjonen vedkommende er i, utgjør grunnlaget for hans opplevelse av belastning eller stress. Et samspill mellom faktorer i personen selv og den situasjonen han befinner seg i, avgjør hvordan han reagerer og handler, det vil si hvordan han mestrer situasjonen (Lazarus & Folkman, 1984). Konseptet stress har eksistert gjennom århundrer, men som oftest har stress blitt definert enten som en stimulus eller en respons. I

følge Lazarus og Folkman (1984) er ikke denne måten å definere stress på dekkende, og en definisjonen på psykologisk stress må også ses som en relasjon mellom person og omgivelser.

Lazarus (2006) sier at mestring handler om måten man administrerer stressende livsbetingelser på, og at stress og mestring på den måten forholder seg gjensidig avhengig til hverandre; når stressnivået er høyt så vil mestringen være ineffektiv, mens mestringen vil være mer effektiv dersom stressnivået er lavt. Forventningen om at en situasjon er farlig eller belastende blir i denne sammenhengen kalt for stressvurdering. Denne vurderingen er i de fleste tilfeller knyttet opp mot at menneskers grunnleggende behov er truet eller mangelfullt ivaretatt (Lazarus 2006). Vurderingen av om en situasjon oppleves som stressende innebærer en rekke bevisste eller ubevisste kognitive handlinger. Disse handlingene beskriver Lazarus som primær- og sekundærvurderinger av en situasjon. Primærvurdering handler om vurderingen av det som skjer er relevant for ens verdier, mål, forestillinger av selvet og situasjonsbestemte intensjoner. Dersom personens trivsel ikke står på spill, vil det heller ikke utløse stress og stressfølelser. Dersom en vurderer at det som skjer utløser stress, vil de transaksjonsonelle alternativer være skade/tap, trussel eller utfordring (Lazarus, 2006). Mens primærvurdering handler om vurderinger av situasjonen, handler sekundærvurdering om muligheten for mestring. Her vil det foregå en evaluering av mestringsmuligheter og valg av strategi. Lazarus (2006:99) påpeker at vurderingene ikke er to atskilte vurderinger, men at de i virkeligheten vil forgå nærmest samtidig. Sekundærvurderingen utgjør ikke mestring, men vil kunne fungere som et kognitivt grunnlag for mestring. Mestringspotensialet oppstår da med bakgrunn i om man tror man kan eller ikke kan gjøre noe for å redusere eller eliminere en trussel for å klare en utfordring.

Mestringsbegrepet

Mestringsbegrepet fikk sin fremvekst på 1970-tallet. Mestring ble av psykologer oppfattet som den mest modne håndtering av stress eller traumer. En oppfattet den gang mestring som et personlighetstrekk eller en konsekvent stil for håndtering av stress (Lazarus, 2006). Dette er endret i nyere forståelser av mestring. Lazarus (2006) argumenterer for at mestring må forstås som en prosess. For at en person skal kunne mestre stressende livssituasjoner må han eller hun være fleksibel i forhold til å endre relasjonelle

krav. Mestring er dermed ikke et personlighetstrekk, men en måte å håndtere stressende livsbetingelser. Lazarus mener at mestring handler om den måten en administrerer stressende livshendelser på. Mestring defineres som:

Kognitive og adferdsmessige bestræbelser, som er under konstant forandring og søker at håndtere spesifikke ydre og/eller indre krav, der vurderes at være plagsomme eller at overskride personens ressurcer (Lazarus 2006:139).

Mestringen har to hovedfunksjoner; en problemfokuseret og en følelsesfokuseret funksjon. Den *problemfokuserede funksjonen* handler om at personen tilegner seg informasjon om situasjonen og hva som må gjøres for å endre den problematiske relasjonen mellom person og miljø. Mestringshandlingene kan rette seg mot personen selv eller miljøet. Lazarus eksemplifiserer med at en person får konstatert kreft. Personen må da sette seg inn i forskjellige behandlingsmuligheter, gjøre valg og ta nødvendige beslutninger. Den *følelsesfokuserede funksjonen* handler om regulering av følelsene som er knyttet til den stressende situasjonen. Man vil for eksempel unngå å tenke på trusselen eller revurdere den. I forhold til eksemplet overfor vil personen som har fått konstatert kreft enten forholde seg årvåkent, eller unngå sin sykdom. Den følelsesfokuserede mestringsfunksjon handler i større grad om tanke- og atferdsmønstre. Når en revurderer en trussel, endres også følelsene ved å gi den stressende konfrontasjonen en ny relasjonell betydning (Lazarus, 2006). Revurdering er en effektiv form for mestring, men det kan være vanskelig å skille mellom revurdering og forsvarsmekanismer som for eksempel fortregning. En handling kan ha mer enn én funksjon, så en må ikke tenke at mestringen handler utelukkende om den problemfokuserede eller den følelsesfokuserede funksjonen. I følge Lazarus (2006) kan en heller ikke sette de to funksjonene opp mot hverandre, da de to mestringsfunksjonene i virkeligheten vil opptre sammen. Eksempelvis kan en student ta et beroligende medikament før eksamen på grunn av hemmende eksamensnervøsitet. Selv om intensjonen er å dempe følelser og nervøsitet, vil den også kunne gi forbedret prestasjon fordi en fjerner nervøsiteten som i utgangspunktet kunne hemmet prestasjonen. En slik mestringshandling vil derfor representere både den problemfokuserede- og den følelsesfokuserede mestring. Begge funksjonene er sentrale deler av mestringen, og ideelt sett støtter de hverandre. Det er balansen mellom miljømessige forutsetninger, tanke og handling som avgjør om mestringen er virkningsfull eller ikke.

Det finnes i følge Lazarus (2006) ikke universelt ineffektive eller effektive mestringsstrategier. Mestringen må måles atskilt fra resultatet, og avhenger av persontype, trussel, hvilket stadie den stressende livssituasjon er i og resultat, altså den subjektive trivsel. Mestring er prosessuell og fokuserer på den løpende forandring. Et eksempel er fornektelse, som i enkelte tilfeller kan være svært alvorlig og utgjøre en ”dårlig mestringsstrategi”. Hvis en får et hjerteinfarkt og fortrenger det, kan det i verste fall ende med død. På den andre siden kan fornektelse som mestringsstrategi ha en hensikt ved det samme hjerteinfarkt, fordi frykt kan øke stressnivået og være skadelig i bedringsprosessen. Ved å fornekte de truslene en står overfor, som eventuell død, kan stressnivået holdes lavere. Det som er en god mestringsstrategi i en situasjon trenger ikke være det i en annen, det samme gjelder mestring hos personer. Det som fremstår som en god mestringsstrategi for en person, trenger ikke være den for en annen. Valget av mestringsstrategi må følge den tilpasningsmessige betydning av den trusselen en står over og kravene den stiller og dens status som sykdom. Dette er noe som endrer seg over tid. Mestring kan ses på ulike måter, og en teori som er beslektet med Lazarus teori om mestring er Albert Banduras begrep mestringstro, som vi skal komme mer inn på nedenfor.

Mestringstro

Albert Bandura benytter begrepet *self-efficacy*, ofte oversatt til mestringstro. Andre oversettelser jeg har funnet i litteraturen er mestringstillit (Eide og Eide, 2014) og mestringsforventning (Myklebust, 2010). I følge Bandura (1997) utøver mennesker kontroll over hendelser som påvirker livet for å realisere sine mål. Mestringstro eller tro på personlige evner regulerer menneskets fungering i form av fire psykologiske prosesser; *Kognitivt prosesser* påvirker fungeringen ved at mennesker med høy mestringstro har større forhåpninger, setter vanskelige mål og forplikter seg for å nå disse målene. De leder sine handlinger ved å visualisere suksessfulle utfall i stedet for å dvele med ting som kan gå galt. *Motiverende prosesser* handler om at mennesker motiverer seg selv ved at de former målsettinger om hva de kan, forutser sannsynlige utfall og planlegger. Motivasjonen vil være sterkere dersom de tror de kan oppnå målene. *Emosjonelle prosesser*; i hvor stor grad en erfarer stress og depresjon i truende eller vanskelige situasjoner handler om i hvilken grad de tror de vil mestre. Dersom en tror en kan mestre, vil

en være mindre stresset av truslene, mens de som mangler mestringstro har større sjanse for å forstørre risikoen. Dette forklarer Bandura (1997) med at de som har høy mestringstro senker sitt stressnivå ved å handle på måter som gjør omgivelsene mindre truende, de har også bedre kontroll over forstyrrende tanker. Forskning viser at årsakene til stress handler ikke bare om hyppighet av stressende tanker, men heller om manglende evne til å slå av de stressende tankene. De som har høy mestringstro kan i større grad slappe av, avlede oppmerksomhet og berolige seg selv ved å søke støtte fra familie eller nettverk. Lav mestringstro kan lede til depresjon ved at en føler at en ikke klare å unngå depressive tanker, mangler håp og at de ikke klarer å utvikle sosiale relasjoner som kan gjøre stresset lettere å bære. Mennesker med høy mestringstro tiltrekker seg på den andre siden støtte fra andre, noe som stryker deres evne til mestring. Oppnådd mestringstro viser altså til troen på egne evner til å organisere og utføre handlinger som kreves (Bandura, 1997). Den siste prosessen omhandler *utvelgelse* (Bandura, 1994). Mennesker er til dels produkter av deres omgivelser. Troen på personlig effekt kan derfor forme kursen livet tar basert på typer aktiviteter og omgivelser mennesker velger. Basert på valgene de tar, utvikler de ulike kompetanser, interesser og sosiale nettverk som bestemmer hvilken retning livet tar.

Mestringstro handler om i stor grad om individet har tro på om egne handlinger kan påvirke situasjonen. Dette påvirker handling, der de med lav mestringstro vil unngå vanskelige oppgaver mens de med høy mestringstro vil måle seg med vanskelige oppgaver da de ser på det som en utfordring som må mestres heller enn en trussel. Det er spesielt to kognitive mekanismer som påvirker mestringstroen. Ved å forutse utfall og fremtidige konsekvenser kan det omformes til motiverende og regulerende atferd. Den andre hovedkilden til kognitiv motivasjon stammer fra indre standarder av selvevaluerende reaksjoner til egen prestasjon.

Frem til nå har presentasjonen av Banduras mestringstro handlet i stor grad om individets kognitive evner og hvordan en kognitivt påvirker troen på egen mestring. Mennesker er delvis et produkt av deres omgivelser, derfor kan troen på egen mestring forme kursen livet tar ved å påvirke hvilke aktiviteter og omgivelser en velger. Mestringstro vil ikke kunne utelukkes fra en persons omgivelser, og konteksten en er i vil påvirke mestringstroen.

Opplevelsen av sammenheng

Teorien om mestringstro er nært knyttet til Aaron Antonovskys begrep om opplevelse av sammenheng. Stress og mestring henger tett sammen, og i hvilken grad en opplever stresset som en trussel eller som noe en kan håndtere, påvirker mestringsstrategiene. Antonovsky har det som blir kalt en salutogen tilnærming til helse. Dette står i kontrast til patologisk tilnærming, der en søker å finne forklaringer på hvorfor folk blir syke. Den salutogene tilnærmingen spør hvordan noen *ikke* blir syke – *hvorfor noen befinner seg i den positive enden ved kontinuumet helse og uhelse* (Antonovsky, 2013 s. 17). Svaret på det salutogene spørsmålet ble for Antonovsky (2013) opplevelsen av sammenheng. Opplevelsen av sammenheng handler om tre kjernekomponenter; *begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet*. Personer som skårer høyt på disse komponentene har en høy opplevelse av sammenheng, i kontrast til de som skårer lavt. *Begripelighet* handler om i hvilken grad man opplever stimuli man utsettes for, enten i det indre eller i det ytre miljø, som kognitivt forståelige. At man opplever stimuli som sammenhengende og klar informasjon i stedet for kaotisk, uorganisert eller uforståelig. Det handler altså om hvorvidt man klarer å sette den situasjonen man er i inn i en forståelig sammenheng. Den andre komponenten Antonovsky (2013) beskriver er *håndterbarhet*. Dette handler om hvorvidt man opplever at man har tilstrekkelige ressurser til rådighet for å kunne takle kravene en stilles overfor. Om man har en sterk opplevelse av håndterbarhet, vil en i mindre grad oppleve seg selv som et offer for omstendighetene eller at livet har behandlet en urettferdig. Den tredje komponenten som beskrives er *meningsfullhet*. Antonovsky (2013) ser denne komponenten som et uttrykk for begrepets motivasjonselement. Formelt handler det om i hvilken grad en opplever at livet er forståelig emosjonelt. At de problemene og kravene en har er verdt engasjementet og innsatsen, at det er verdt å bruke krefter på dem. Eksempelvis om en må gjennomføre en alvorlig operasjon, så er en villig til å ta utfordringen og er innstilt på å finne mening i den og gjøre det beste for å komme seg gjennom den (Antonovsky, 2013). De tre komponentene er uløselig knyttet til hverandre og vil påvirke hverandre gjensidig. En sterk grad av håndterbarhet er i følge Antonovsky (2013) avhengig av en høy begripelighet. Antonovsky beskriver opplevelsen av sammenheng ut fra hvorvidt mennesker opplever at stimuli er forutsigbare. Det omfatter også om de har ressurser til å håndtere de utfordringene som stilles og om de ønsker å engasjere seg i utfordringene. På den måten vil en salutogen tankegang være en forutsetning for mestring, og den vil tvinge oss til å utforme og fremme en teori om mestring (Antonovsky, 2013 s. 37).

I likhet med Bandura og Lazarus har stress en sentral plass i teorien til Antonovsky (2013), og han omtaler det som stressfaktorer. Han definerer stressfaktorer som *”krav som det ikke finnes noen umiddelbar eller adaptiv respons på”* (Antonovsky, 2013, s. 50). Han deler stressfaktorene inn i *kroniske stressfaktorer*, som er en livssituasjon som på avgjørende vis beskriver en persons liv. *Vesentlige livsbegivenheter* som omtaler avgrensede livshendelser som dødsfall i nær familie, skilsmisse, familieforøkelse eller lignende. Den siste stressfaktoren kaller han *akutte, daglige irritasjonsmomenter*, og det ligger i ordet betydning at det som skjer mer i det daglige men at man ikke har en adaptiv respons på det, som å stryke på oppkjøringen til sertifikat, bli utsatt for fornærmende bemerkninger eller lignende. For pårørende kan det å leve i nær relasjon til noen med rusmiddelproblem omhandle alle de tre stressfaktorene.

Jeg har nå vist til tre ulike teoretikers beskrivelse av mestring, og etter min oppfatning griper de tre modellene inn i hverandre. Lazarus beskriver mestring som noe som skjer prosessuelt og han skiller mellom den problemfokuserende og den følelsesmessige mestringen, som til dels handler om hvordan en håndterer mestring rent kognitivt. Bandura knytter begrepet mestringstro til den kognitive prosessen og i hvor stor grad man har tro på egne ferdigheter. Antonovsky bruker andre begrep på mestring som opplevelse av sammenheng, men det omhandler mye av det samme; Hvordan en oppfatter en trussel påvirker hvordan en håndterer den. Felles for de tre teoriene er at stress er en viktig faktor i teorien og hvordan stress påvirker mestringen. De tre ulike tilnærmingene til mestringsbegrepet vil ligge til grunn for drøftingen av datamaterialet. I det følgende skal jeg presentere et begrep som er sentralt innen for pårørendes liv og som kan påvirke mestring, nemlig skam.

Skam

Mange kan føle skyld og skam knyttet til sin rolle som pårørende. Bøckmann og Kjellebold (2015) beskriver at pårørende kan skamme seg over atferden til personen med rusmiddelproblemet. De kan oppleve skam over hvordan personen med rusmiddelproblem opptrer i forhold til hjelpeapparatet og være skamfulle overfor at den de er pårørende til *”ikke tar seg sammen”*. Det at rusmiddelproblem kan anses som sosialt avvikende i samfunnet kan bidra til en sterk skamfølelse. De følger ikke de kulturelle

normene, og en kan anta at det er lettere å forklare partners fravær i sosiale sammenhenger med somatisk sykdom fremfor rusmiddelmissbruk. Men hva handler skam om?

I følge Skårderud er *”den dype skammen smerten ved å se seg selv som en som ikke fortjener å bli elsket”* (Skårderud, 1998, s. 133). Skam kan også ha en regulerende effekt både individuelt og i kulturen ved at en får tilbakemelding om hva som er akseptert og ikke, skam markerer grenser. Skamfølelsen handler mye om hva en tror andre tenker om en. Skammen kommer til syne umiddelbart og er den mest psykosomatiske av følelsene. Psykosomatisk innebærer et samspill mellom psykiske og kroppslige funksjoner. Skammen kommer til syne i løpet av sekunder gjennom ansiktsrødme, og i følge Skårderud (1998) kan den som bærer kronisk skam identifiseres ved at kroppen stivner og mimikken flates ut.

Skam defineres som *en sterkt ubehagelig følelse av å ha vist en nedverdiggende side ved seg selv, og dermed avslørt seg selv som et mislykket, udugelig eller umoralsk individ. Skam er nær knyttet til selvfølelsen* (Teigen, 2012). Skam er kulturelt betinget, og hva som utløser skamfølelse er avhengig av hva som er sosiale akseptert og ikke akseptert i en kultur. Dette varierer i ulike kulturer og tidsepoker. En opplevelse av skam må således ha sitt utspring i normer fra oppdragelse og sosial interaksjon. Ydmykelse og skam er nært knyttet til hverandre, sammen med skyld, stolthet og forlegenhet (Svinseth, 2014). Skam opplever en i følge Svinseth (2014) som noe en påfører seg selv. En har et bilde av seg selv, og om en handler på en måte som ikke samsvarer med dette bildet vil det utløse skamfølelse. Ydmykelse på den andre siden oppleves som urettferdig ved at en blir påført karakteristikk eller urettmessig kritikk som ikke stemmer med virkeligheten. Reaksjoner på ydmykelse kan være sinne, mens reaksjoner på skam kan være sosial tilbaketrekning, selv om sinne også kan forekomme (Svinseth, 2014). I rapporten om pårørende til personer med rusmiddelproblemer *”Hvem er de pårørende som søker hjelp, og hva slags belastninger rapporterer de om?”* kommer det frem at de aller fleste rapporterer at de opplever skam eller har opplevd (84,7 %) på grunn av sin livssituasjon som pårørende. 41,3 prosent oppgav at de opplevde skam på undersøkelsestidspunktet, mens 43,4 prosent oppgir at de har opplevd skam tidligere (Kristiansen og Myrra, 2012). Årsaken til at mange har lagt bak seg skammen er ukjent, men Kristiansen og Myhra (2012) sier at en forklaring kan være at de pårørende har fått bearbeidet sider ved problemet, for eksempel ved å begynne i behandling.

Det er sannsynlig å oppleve skam dersom en utsettes for maktutøvelse i form av kritikk som oppleves som urettferdig. Som pårørende til noen med rusmiddelproblemer kan en oppleve å bli utsatt for krenkelser, maktutøvelse og vold fra den rusavhengige. En viktig faktor som er med på å bestemme hva som er rettferdig er selvbildet vårt. Selvbilde kan beskrives som summen av selvfølelse og selvtillit. Mens selvfølelsen konstitueres av egne tanker om en har verdi i seg selv, handler selvtillit om vår evne til å mestre de oppgaver en har. Selvtilliten kan påvirke selvfølelsen avhengig av gode og dårlige tilbakemeldinger en får fra omgivelsene. Selvbildet bygges opp i nært samspill med omgivelsene med de forventninger som foreligger, og en mottar tilbakemeldinger som påvirker følelsene bevisst og ubevisst. Oftest skjer det ubevisst, og i følge Svinseth (2014, s 318) kan resultatet da bli ufortjente følelser av ydmykelser, skam, skyld, stolthet eller forlegenhet. Disse følelsene kan endre selvbildet over tid. Å være pårørende til noen med rusmiddelproblemer kan således utløse skamfølelse, og denne kan videre virke negativt på selvbildet. Identitet og selvbilde henger tett sammen. Identitet kan beskrives som individuell identitet og peker mot hvem en er, hvem en vil være og hvem en har blitt (Frønes, 2004). Identitet knyttes ofte opp mot sosial tilhørighet som kan handle om tilknytning til en gruppe som en opplever har likheter med seg selv. Det kan dreie seg om felles historie og røtter (Frønes, 2004). Kultur og individualitet er tett knyttet sammen og i følge Randall (1995, referert i Frønes, 2004) illustreres dette ved at personlige selvframstillinger influeres av kulturelle fortellinger. Sosial identitet fremstår slik både som en forming og en ytring (Frønes, 2004.) Den formes gjennom kulturelle krefter, og som ytring presenteres identitet knyttet til de dialoger aktøren er en del av.

Det neste temaet jeg skal ta for meg er anerkjennelse. Skam, skyld, selvbilde og anerkjennelse påvirker hverandre og henger sammen selv om de omhandler ulike ting. Mangel på anerkjennelse og opplevelse av urettferdig behandling kan over tid påvirke selvbilde på en negativ måte. Å oppleve anerkjennelse kan på den andre siden virke positivt inn på selvbildet.

Anerkjennelse

Anerkjennelse handler om å se og respektere den andre som et selvstendig individ. I det daglige omtaler man ofte anerkjennelse som å bekrefte eller å rose den andre, men anerkjennelse er også et begrep som

er brukt innen dialektisk relasjonsteori, og har en mer omfattende betydning. I dialektisk relasjonsteori betegner anerkjennelse en likeverdig relasjon der man bestreber seg på å forstå den andres perspektiv (Jensen, 2011). For å ta den andres perspektiv må man bekrefte den andres oppfatning av virkeligheten som gyldig og ha en åpenhet for at forståelsen kan være avvikende fra egen oppfatning. Eide og Eide (2014) sier at kjernen i kommunikasjon er å anerkjenne den andre.

Teorien om anerkjennelse kom opprinnelig fra den tyske filosofen Hegel (1770–1831) som uttrykte at mennesker trenger hverandre for å utvikle seg til å bli selvstendige individer. Hegel's filosofi ble videreført av Axel Honneth som er kjent for sitt verk "Kamp om anerkjennelse", og hans tredeling av begrepet; anerkjennelse som kjærlighet, anerkjennelse som rettighet og anerkjennelse som solidaritet.

Kjærlighet utgjør i følge Hegel det første nivået av gjensidig anerkjennelse fordi subjektene her bekrefter hverandre gjensidig og dermed anerkjenner hverandre som behovsvesener (Honneth, 2007).

Anerkjennelsen må i følge Honneth (2007) ha en karakter av affektiv tilslutning eller oppmuntring da behov og affekter bare kan "bekreftes" gjennom å bli direkte tilfredsstilt eller gjengjeldt. At anerkjennelse er et konstitutivt element i kjærligheten, omtaler ikke Honneth som kognitiv respekt, men som en bekreftelse av selvstendighet som ledsages og støttes av hengivenhet. Ethvert kjærlighetsforhold, uavhengig om det er mellom foreldre og barn, i vennskap eller i intime relasjoner, er dermed knyttet til en forutsetning om sympati og tiltrekning som individet ikke kontrollerer, og kjærlighetsforholdet kan dermed ikke overskride den sosiale kretsen av primære relasjoner og utvides til et større antall interaksjonspartnere (Honneth, 2007).

Anerkjennelse som rettighet skiller seg på nesten alle måter fra kjærlighetens anerkjennelsesform. I følge Mead og Hegel "*består sammenhengen mellom rett og anerkjennelse i at vi bare kan forstå oss selv som rettighetsinnehavere hvis vi erkjenner hvilke normative forpliktelser vi har overfor andre*" (Honneth, 2007). Honneth (2007:129) viser til Mead som sier at dersom det å besitte individuelle rettigheter sammenfaller med det å fremsette sosialt aksepterte krav, kan det enkelte subjekt bli seg selv bevisst og nyte respekt fra andre. På grunn av rettighetens offentlige karakter kan rettighetsinnehaverne utvikle selvrespekt. Honneth konkluderer med at subjektet i erfaring med den rettslige anerkjennelsen kan betrakte seg selv som en person i likhet med andre i fellesskapet. Det positive selvforholdet som utvikles i rettsforholdet omtaler Honneth som "selvrespekt".

Den siste formen for anerkjennelse handler om sosial verdsetting. Den sosiale verdsettingen omhandler de spesielle egenskapene som skiller menneskene fra hverandre. Den krever et sosialt medium som på en allmenn og intersubjektivt forpliktende måte kan betegne forskjellene i subjektene egenskaper. På det samfunnsmessige området blir denne formidlingsoppgaven utført av en orienteringsramme der man formulerer de etiske verdiene og målene som samlet sett er samfunnets kulturelle selvforståelse (Honneth, 2007). Solidaritet under det moderne samfunns forutsetninger krever at de sosiale forholdene er preget av symmetrisk verdsetting mellom individualiserte subjekter. Honneth (2007) beskriver det å verdsette hverandre symmetrisk som å se hverandre gjensidig i lys av verdier som gjør at de andres egenskaper og ferdigheter kan fremstå som betydningsfulle for den felles praksis, og slike relasjoner kaller han ”solidariske”.

Oppsummering

Jeg har nå presentert to nivå av teori. Først presenterte jeg feltet om rusproblematikk og deretter pårørende, før jeg la frem noen ulike teoretiske tilnærminger som jeg vil ta med meg videre inn i drøftingsdelen etter at metode og analyse er presentert. Den teoretiske delen ble ikke skrevet før datainnsamlingen var ferdig da jeg hele tiden har vært opptatt av at empirien skal være en rettesnor for teorien. I det neste kapitlet vil jeg presentere metode og metodevalg som er gjort.

3. DATA OG METODE

Valg av tilnærming og metode

Temaet for denne oppgaven er mestring hos pårørende og jeg har vært ute etter de pårørendes egne fortellinger om hvordan de opplever sin situasjon. I dette kapitlet vise jeg komme mer inn på hvilke metoder jeg har valgt. Jeg vil begynne med å presentere vitenskapsteori for å plassere mitt prosjekt.

Vitenskapsteoretiske refleksjoner

Alle valg påvirker den videre forskningsprosessen, og hvor en står vitenskapsteoretisk vil påvirke valg av metode. I følge Denscombe (2010) er det tre grunner til hvorfor forskeren må være bevisst sitt vitenskapsteoretiske ståsted; for det første konstituerer det grunnlaget for forskningen. For det andre vil ulike typer filosofiske antakelser støtte ulike posisjoner innenfor samfunnsvitenskapen. For det tredje er de ulike typene generelt konkurrerende alternativ. For å forstå den sosiale verden må vi danne en ramme rundt vår forståelse gjennom læren om værensformer og væremåter (ontologi), samt filosofien om kunnskap; epistemologien, som omhandler hva kunnskap er og hvordan den oppnås. Ontologien refererer således til egenskapene ved sosiale fenomen og har to hovedposisjoner; realismen og konstruksjonismen (Denscombe, 2010). Epistemologien refererer til hvordan mennesker konstruerer sin kunnskap og innebærer diskusjoner om hvorvidt det er grunnlag for at vi faktisk har kunnskap om den sosiale virkeligheten. Epistemologiens to grunnleggende posisjoner er positivismen og interpretivismen (Denscombe, 2010).

Kvalitativ og kvantitativ forskning fremstår innenfor samfunnsforskningen som to posisjoner, eller paradigmer, der den kvantitative forskningen ofte forbindes med behov for data i form av tall. Den kvantitative forskningen er derfor forbundet med realismen innenfor ontologien og positivismen innenfor epistemologien (Denscombe, 2010). Kontrasten til kvantitativ forskning er kvalitativ forskning som omhandler hvordan menneskers konstruerer sin verden og forstår sosiale fenomen, og paradigmet knyttes derfor til den konstruktivistiske siden innen ontologien og fortolkningen innen epistemologien.

Disse to paradigmen om hvordan en fremskaffer eller generere kunnskap om samfunnet har tidvis vært motstridende, og denne konflikten har ofte blitt referert som ”positivismestriden” (Tjora, 2013). Positivismen har hatt stor betydning innenfor samfunnsvitenskapen, og har i følge Kvale og Brinkmann (2015) bidratt til å marginalisere kvalitativ forskning, samtidig som en må ikke glemme at positivismen har bidratt til å føre samfunnsforskningen forbi myter og religiøse dogmer. August Comte grunnla både den sosiologiske vitenskapen og positivismen, som var en reaksjon på datidens religiøse overbevisning og metafysisk spekulasjon. De vitenskapelige kjensgjerninger skulle blant annet være objektive og kvantifiserbare, noe som utelukket det kvalitative intervjuet som vitenskapelig, da den metodologiske positivismen eliminerer den menneskelige subjektivitet innen forskningen (Kvale og Brinkmann, 2015). Positivismen har således hatt forskjellige betydninger innenfor ulike kretser, men det som samler positivismens antakelser er at det er en objektiv virkelighet der ute som venter på å bli oppdaget og at det er mønstre, regelmessigheter, årsaker og konsekvenser i den sosiale verden på lik linje med naturen (Denscombe, 2010),

Kalleberg (1996, s 48) sier at den generelle tesen om at kvantitative data er bedre enn kvalitativ, er uholdbar og han argumenterer for at gode studier kan være basert på både kvantitative og kvalitative studier. Kvantitative data og analyser er ikke identisk med positivismen, og Kalleberg sier at kvantitative data kan brukes innen den etter-positivistiske vitenskapsteori. Kalleberg viser til Robert Merton som sier at en av vitenskapens grunnleggende normer er den om ydmykhet (Kalleberg, 1996, s. 69). Og ydmykhet er det en bør etterstrebe i en diskusjon om kvalitativ eller kvantitativ forskning. Tjora sier at ved å bruke de generelle karakteristikkene ved de to paradigmen fordekker man vesentlige forskjeller ved metodene; ”*det er ofte andre aspekter ved det samme fenomenet man kan forklare ved bruk av kvantitative metoder enn ved bruk av kvalitative metoder*” (Tjora, 2013, s.22).

Man har behov for begge metoder og de kan utfylle hverandre, i dette forskningsprosjektet vil den kvalitative metoden bidra til å utforske min problemstilling på en bedre måte enn ved kvantitativ metode.

Min forskning faller inn under den konstruerende kvalitative vitenskap, og jeg har valgt et perspektiv som en gjerne beskriver som et fenomenologisk perspektiv. Fenomenologien ble grunnlagt av Edmund

Husserls rundt 1900-tallet. Fenomenologien hadde til å begynne med bevissthet og opplevelse som hovedfokus. Fokuset ble senere utvidet til å omhandle menneskers livsverden. Innen kvalitativ forskning peker fenomenologien i retning av interessen av å forstå verden slik den oppleves av informantene. Forståelsen om den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter (Kvale og Brinkmann, 2015).

Kvalitative forskningsintervju

For å finne svar på min problemstilling om hva som fremmer og hemmer mestring hos pårørende til personer med rusmiddelproblemer har jeg valgt et intensivt kvalitativt design. Det som skiller et intensivt design fra et ekstensivt, som er mer vanlig innen kvantitativ forskning, er antall enheter eller kilder som blir brukt. I et intensivt design bruker man et fåtall kilder for å finne svar på problemstillingen. Kompleksiteten i problemstillingen vil påvirke om en vil bruke et stort antall kilder for å belyse et fenomen, eller om en vil gå i dybden på en kompleks problemstilling med mange variabler.

Dybdeintervju er en metode som er basert på fenomenologisk perspektiv, og søker å forstå intervjupersonens opplevelse i tillegg til hvordan de reflekterer over dette (Tjora, 2013). I et dybdeintervju er det utelukkende forhold som er knyttet til informantens subjektivitet eller informanten som subjekt det skal fokuseres på. Dybdeintervju sidestilles ofte med semistrukturert intervju, og jeg velger å tolke det som at de to intervjutypene kan brukes om hverandre og at det er få forskjeller. Kvale og Brinkmann (2015, s. 347) omtaler det semistrukturerte livsverdenintervjuet som;

”en planlagt og fleksibel samtale som har som formål å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden med henblikk på fortolkning av mening av fenomener som blir beskrevet.”

Det at intervjuet er semistrukturert innebærer at det verken er en lukket spørreskjemasamtale eller en åpen samtale. Det er basert på en intervjuguide med konkrete tema, men samtalen kan gå fritt rundt temaene (Kvale og Brinkmann, 2015). Et semistrukturert intervju er opptatt av flere aspekter som

livsverden, den intervjuedes levde hverdagsliv, mening og kvalitativ kunnskap. Det er deskriptivt, spesifikt og fokusert, og det må være åpent for forandring og flertydighet.

Gjennom de intervjuedes beskrivelser av deres livsverden og opplevelse av den, søker jeg å gå i dybden for å finne ut hva som fremmer og hemmer mestring.

Jeg ønsket å møte feltet med noen tanker, forforståelser og foreløpige teorier, uten at jeg hadde låst meg fast til noen teorier. Dette med bakgrunn i at dette ikke var en hypotesetesting, men heller kvalitativ forskning der empiri kan peke på hvilke teorier jeg ender opp med. I følge Tjora (2013) er abduktiv tilnærming en tilnærming som starter fra empirien, på lik linje med induksjon, men aksepterer betydningen av teorier og perspektiver i forkant eller underveis i forskningen.

Jeg gjorde en grundig kartlegging av litteratur på feltet før jeg satte i gang egen undersøkelse for å identifisere eventuelle kunnskapshull. Kartleggingen viste at det det er gjennom de siste årene gjort flere undersøkelser de siste årene, deriblant av pårørendes levekår, hvilke behov de har og hvem de pårørende er, jamfør Rapport 2009. *Alene sammen. Om hjelpebehov hos pårørende til rusmiddelavhengige*, utført av stiftelsen Bergensklinikkene. Rapport 2012 gjennomført av Borgestadklinikken; *Hvem er de pårørende som søker behandling, og hva slags belastninger rapporterer de om?* og Helsedirektoratets rapport fra november 2015 ”*En kvalitativ undersøkelse av levekår hos voksne pårørende til personer med rusmiddelproblemer*. Disse rapportene ga et godt innblikk i tilstandsbildet på flere områder, og jeg vurderte at det ikke ville være utslagsgivende om jeg gjennomførte en kvantitativ undersøkelse for å kartlegge feltet ytterligere i forkant av en kvalitativ undersøkelse. Jeg vurderer at dybdeintervjuene vil gi meg de historiene jeg er ute etter for å belyse problemstillingen.

Datainnsamling

Forskningsintervjuet skal produsere kunnskap, men et intervju innebærer adskillig flere elementer enn å kjøpe båndopptaker og sette i gang. Intervjuet har en tosidighet, det er en samhandling mellom to (eller

flere) personer og det er en kunnskapsproduksjon. Det innebærer at en må være bevisst at det er en asymmetrisk maktrelasjon mellom partene, samtidig som en tar hensyn til konteksten. Kvale og Brinkmann (2015) omtaler forskningsintervjuet som håndverk, og håndverkets kvalitet legger grunnlaget for analyseringen, verifiseringen og rapporteringen. Intervjueren er selv forskningsinstrumentet og et godt grunnarbeid er nødvendig før en setter i gang.

Rekruttering og utvalg

Problemstillingen min presiserer og definerer noen av inklusjonskriteriene for hvem som kan bli spurt om å delta;

”Pårørende til personer med rusmiddelproblemer. Hvilke faktorer fremmer og hemmer mestring til pårørende som har oppfølging i spesialisthelsetjenesten?”

Inklusjonskriteriene er som følger:

Pårørende som lever i nær relasjon til noen mer rusmiddelproblemer. Å leve i nær relasjon kan omhandle mange ulike roller, men i denne studien omhandler det rollen som partnere til en person med rusmiddelproblemer. Begrepet å leve i nær relasjon ble brukt for å omfavne de som lever i nær relasjon, men ikke nødvendigvis i samme boenhet for tiden. Skilsmisseraten er høyere blant par med rusmiddelproblemer enn hos gjennomsnittsbefolkningen, og samlivsbrudd ble også tematisert i flere av mine intervju. Av de åtte som ble intervjuet var tre av intervjupersonene i ferd med å avslutte et ekteskap, men de levde i nær relasjon til hverandre med bakgrunn i at de har felles barn og må samarbeid om samvær. Tre andre tematiserte at de var usikre om de kunne fortsette ekteskapet uten at endelig valg var tatt, mens de to siste ikke hadde det som tema.

Være over 18 år. For å delta i studien måtte man være over 18 år. Bakgrunnen for at dette kriteriet ble valgt var med bakgrunn i at studien skulle fokusere på partnere, og at tilbudet som gis ved den poliklinikken jeg rekrutterer fra er til voksne over 18 år. Dersom barn under 18 år er pårørende og har

behov for hjelp av spesialisthelsetjenesten, vurderes andre tjenester som BUP først, eller de kan få samtaler sammen med forelder.

Mottar oppfølging for pårørende innen spesialisthelsetjenesten. De pårørende må motta oppfølging i spesialisthelsetjenesten som er tilrettelagt for pårørende til noen med rusmiddelproblemer. Her er begrepet oppfølging brukt, mens andre ganger blir begrepet behandling brukt. Oppfølging anser jeg som samlebetegnelsen for det tilbudet som gis ved rusklinikken som de pårørende har tilbud ved, og kan innebære individuelle samtaler, gruppetilbud, pårørendeseminar og parsamtaler. De individuelle samtalene har et mer behandlingsrettet preg og i empiri- og analysedelen omtaler jeg disse som behandling. Gruppetilbudet og pårørendeseminalet ikke definert som behandling, men et som oppfølgingstilbud.

Jeg måtte også ta et valg om hvor bredt jeg skulle gå for å rekruttere informanter. I den helseregionen jeg valgte å rekruttere fra kan pårørende til personer med rusmiddelproblem få oppfølging/behandling for egne vansker i forbindelse med pårønderollen flere steder. De institusjonene som tilbyr rusbehandling har også et poliklinisk tilbud for pårørende, i tillegg har de psykiatriske poliklinikkene i helseregionen tilbud til pårørende. Det finnes også selvhjelpsgrupper, men de som kun hadde selvhjelpsgruppe falt utenfor inklusjonskriteriene. Jeg valgte å rekruttere fra en institusjon som tilbyr rusbehandling, som har en egen poliklinikk med et godt etablert pårørendetilbud der de kan få individuelle samtaler, parsamtaler, gruppebehandling og pårørendeseminar. Grunnen til at jeg valgte å rekruttere fra en poliklinikk som er direkte tilknyttet til rusbehandling er fordi de pårørende der har en tettere tilknytning til behandlingstilbudet som gis ved institusjonen, og pårørendetilbudet er knyttet opp mot behandlingstilbudet til de som får behandling for rusproblemer. Blant annet har de et pårørendeseminar der det gis informasjon om rusavhengighet og pårørende, dette seminaret gis parallelt til pasienter med samme informasjon. Hensikten er at de skal sitte på samme kunnskapen om hverandre. Dette tror jeg har betydning for behandlingen som gis.

For å finne noen som fylte inklusjonskriteriene tok jeg kontakt med pårørendeansvarlig ved en institusjon i en av helseregionene i Norge. Pårørendeansvarlig i den poliklinikken har ansvar for behandling og oppfølging av pårørende i poliklinikken og hadde på daværende tidspunkt (april 2016) 49 aktive pasienter, derav ti var partnere. Det ble avtalt at pårørendeansvarlig skulle legge frem prosjektet til de som fylte kriteriene og spørre om de ønsket å delta i studien, og dersom de takket ja skulle jeg

kontakte dem for nærmere avtale. Pårørendeansvarlig ble i dette tilfellet som en portvakt. Fangen (2011) omtaler portvakt som noen som vokter porten for tilgang til feltet og kontakt med personer i feltet. Pårørendeansvarlig kunne formidle informasjon om studien i trygge omgivelser og de hadde mulighet til å si at de ikke ønsket intervju. Jeg anser dette som en fin måte å ivareta de pårørende uten unødig involvering i livet deres. En svakhet ved å bruke portvakt kan være at pårørendeansvarlig kun spør de som vil stille behandlingstilbudet i et godt lys og på den måten siler ut intervjupersoner. Et annet problem kan være at portvakt legger føringer for intervjuet. For å unngå dette laget jeg en mal over informasjon portvakt skulle gi til de pårørende og ba henne spørre alle som fylte inklusjonskriteriene. Av alle som fylte inklusjonskriteriene og ble spurt, takket åtte ja til å delta i studien, én takket nei og en fylte ikke kriteriene da vedkommende var pårørende til noen med spilleavhengighet. Mitt utvalg ble fem kvinner og tre menn som lever i nær relasjon med en person med rusmiddelproblemer. Poliklinikken gir tilbud til et helt fylke i Norge, og personene i utvalget har forskjellige bostedsadresser innenfor et forholdsvis stort geografisk område. Dette bidrar til å bevare informantenes anonymitet sammenlignet med å intervju ved en poliklinikk i som gir et tilbud innen et avgrenset geografisk område.

Dette fremstår kanskje som en lineær og ganske enkel prosess, men jeg brukte et halvt år på rekruttering og gjennomføring av intervju. Noen var vanskelige å få tak i, og jeg ville unødig mase for mye, og andre ville vente grunnet ferier og lignende. I de tilfeller jeg hadde vansker med å få laget en avtale, tok jeg en samtale med portvakt. Da kunne hun avtale med pasienten slik at tidspunkt for intervju passet overens med behandlingen i poliklinikken. Det at det tok tid å rekruttere og til å gjennomføre intervju hadde noen positive konsekvenser. Jeg fikk da mulighet til å reflektere over hvert enkelt intervju og transkribere før jeg skulle ha neste intervju. Jeg hadde da muligheten til å bruke intervjuene kumulativt. Informasjon som kom frem i det første intervju kunne jeg ta med til neste intervju, og på den måten få et bredere og mer empiristyrkt datamateriale. Jeg kunne justere på spørsmål som ikke fungerte og kunne få et inntrykk av hvilke tema som skilte seg ut, slik at jeg kunne ha et økt fokus på det ved neste intervju. Etter hvert så jeg at enkelte fenomen ble omtalt av flere. Jeg valgte da å legge inn et ekstra spørsmål på slutten av intervjuene der jeg fortalte at disse temaene hadde kommet frem i tidligere intervju, og spurte om det var noe de kjente seg igjen i. Temaene som gikk igjen var økonomi, skam og tillit.

Gjennomføring av intervju

I forkant av intervjuene hadde jeg utviklet en intervjuguide (se vedlegg 1) som var basert på problemstillingen og de fire forskningsspørsmålene. Intervjuguiden var tredelt, der det første temaet omhandlet å få en kort oversikt over personen med rusmiddelproblem, del to handlet om hvordan de opplever å være pårørende og del tre handlet om tilbudet de har innen spesialisthelsetjenesten. Jeg har som tidligere nevnt brukt metoden dybdeintervju/semistrukturert intervju, noe som innebærer en halvfast struktur. Jeg fulgte derfor ikke intervjuguiden slavisk, men lot samtalen styre samtidig som jeg passet på at vi var innom alle hovedtemaene.

Forberedelse

Kvale og Brinkmann (2015) peker på fire aspekt ved konteksten i et intervju som en bør reflektere over; intervjueren, intervjupersonen, kroppen og ikke-menneskers rolle. Å forberede seg innebærer å ta mange valg; hvor skal intervjuet gjennomføres? Hvor mye informasjon bør jeg gi om meg selv? Hvor mye informasjon bør jeg gi om studien?

Jeg forberedte meg godt før intervjuene for å legge til rette for at de som ble intervjuet skulle ha en opplevelse av å bli møtt på en god måte, og legge til rette for kunnskapsproduksjon. Intervjueren er som sagt forskningsinstrumentet, og jeg var opptatt av å sette meg godt inn i feltet før intervju. Jeg satte meg inn i aktuell faglitteratur om pårørende, samt noen erfaringshistorier. De pårørende kan ha opplevd svært belastende livshendelser og det var viktig for meg å møte de på en god og ivaretagende måte.

Intervjueren har ansvar for rammene i et forskningsintervju, samtidig som en tilstreber en uformell situasjon der intervjupersonen føler han kan snakke åpent om personlige erfaringer (Tjora, 2013). Jeg valgte derfor å fortelle kort om min erfaring innen rusfeltet, for å skape en tillit til at jeg kjenner til noen av utfordringen de står i.

Forskningsintervjuet er ikke upåvirket av konteksten, og jeg valgte derfor alle til å gjennomføre intervjuet på et kontor ved institusjonen. De pårørende er vant med å komme til klinikken for samtale, og de måtte dermed ikke møte på et ukjent sted. En intervjusituasjon med en ukjent person kan være

utrygg, og jeg vurderte at ved å bruke en kjent plass kunne jeg skape noe trygghet. Ved å gjennomføre intervjuene på et kontor unngår en kanskje unødig støy, forstyrrelser fra andre eller at de pårørende møter andre kjente dersom vi møtes på en offentlig plass. Et intervju gjennomførte vi på intervjupersonens arbeidsplass da det var et ønske fra intervjuperson.

Gjennomføring

De første minuttene av et intervju er avgjørende (Kvale og Brinkmann, 2015). Intervjupersonene har behov for å danne seg et bilde av intervjuer og konteksten. Alle intervjupersonene hadde fått kort informasjon av portvakt i forkant, jeg brukte likevel litt tid på en briefing før jeg startet lydopptaker. Briefingen brukte jeg til å sette rammer for intervjuet, jeg informerte om formålet med intervjuet, lydopptakerens funksjon og en kort introduksjon av meg selv. Alle signerte et informert samtykkeskjema, og jeg forklarte grundig om konfidensialitet og oppbevaring av taushetsbelagt informasjon. Jeg forklarte at jeg bruker en intervjuguide, og ved å sette på lydopptaker signaliserte jeg at intervjuet var i gang. De fleste lurte på hvor lang tid et intervju tok, og jeg sa at det varte sannsynligvis litt under en time. Det visste seg at intervjuene tok alt fra 25 minutter til 90 minutter.

Noen av intervjupersonene hadde et inntrykk av at jeg kjente til deres historie og ble usikre når jeg ba dem fortelle kort om seg selv, så jeg la etter hvert til informasjon i briefing om at portvakt ikke hadde gitt informasjon om dem i forkant av intervjuet og at jeg visste svært lite om deres historie. Deres behandler har taushetsplikt og behandlers rolle gikk ut på å etablere kontakt mellom meg og dem. Når intervjuet var over signaliserte jeg det ved å slå av lydopptaker og satte av tid til debriefing. Jeg spurte hvordan de hadde opplevd intervjuet og om det var noe de ønsket å snakke om. Også debriefingen hadde ulik lengde. Noen ga uttrykk for at det hadde vært greit og vi rundet av, mens noen hadde behov for en lengre etter-samtale. Den lengste debriefingen varte i underkant av en time.

I intervjusituasjonen hadde jeg som mål at dybdeintervjuene skulle være frie og uformelle samtaler, som ikke skulle forstyrres av at jeg fulgte intervjuguiden. Det viste seg at det var stor forskjell på intervjupersonene. Noen snakket uhemmet og kom innom mange tema ved at jeg kommenterte og stilte korte spørsmål innimellom. Andre måtte ha en tydeligere struktur og jeg fulgte intervjuguiden tett for å få samtalen til å gå. I følge Tjora (2013) må man være bevisst på at de som stiller til intervju har en

forventning om å svare på konkrete spørsmål fremfor å snakke om løst og fast. Han beskriver det som *asymmetrisk formalisme* der intervjupersonene forventer en mer formalistisk situasjon med spørsmål og svar enn det intervjuer håper på (Tjora, 2013, s 135.)

I en intervjusituasjon kan man komme inn på private og følsomme tema. Utgangspunktet for samtale var å finne historien om hvordan de opplever livet som pårørende til noen med rusmiddelproblemer, og for noen er dette et vanskelig og sårt tema. I noen intervjuer kom vi inn på tema som skapte ubehag og intervjuperson ble emosjonelt beveget. Jeg spurte da om de hadde behov for pause og vi gikk over til andre tema. Jeg var svært oppmerksom på at intervjuperson ikke skulle oppleve ubehag, det gjorde at jeg ikke stilte oppfølgingsspørsmål på disse temaene. Dette kommer jeg tilbake til under kapitlet om pålitelighet. Jeg hadde også avtalt med portvakt at de kunne få tilbud om ekstra oppfølging dersom det kom frem tema i intervjusituasjonen som de opplevde spesielt vanskelig.

Etter intervjuet var ferdig skrev jeg mine umiddelbare inntrykk av intervjuet for bruk til senere analyse. Dette var korte refleksjoner, men kan sammenlignes med det Fangen (2011) omtaler som feltnotater. Hun viser til at når en tar feltnotater av noe man har sett eller hørt, får det man skriver den kvaliteten at man kan gå tilbake til det flere ganger. Det blir en redegjørelse på papiret som man kan gå tilbake og vurdere igjen og igjen. Dette ble videre grunnlaget når jeg skulle i gang med analysearbeidet.

Transkripsjon

Etter hvert intervju transkriberte jeg hele intervjuet. Ved å transkribere blir samtalen strukturert og klargjort for analyse. Ved at den muntlige talen blir omgjort til skriftlig form strukturenes det i tekstform og det er i følge Kvale og Brinkmann (2015) lettere å få oversikt over materialet. Det opplevde jeg også. Jeg valgte å transkribere alle intervjuene selv. Gjennom transkribering fikk jeg med meg nye og andre nyanser. I følge Kvale og Brinkmann (2015) vil en i større grad kunne huske emosjonelle aspekter i intervjusituasjonen når en transkriberer selv, noe som gjør at analyseprosessen starter allerede under transkriberingen. De åtte intervjuene varte fra ca. 30 minutter til 90 minutter og det ferdig transkriberte materialet utgjorde 123 sider. Ved å transkribere selv, lærte jeg også noe om mine egne ferdigheter som

intervjuer og jeg kunne justerer litt underveis. Malterud (2006) sier at ved å transkribere selv får forsker gjenoppleve erfaringene og det kan gi en ny sammenheng som kan gi rom for andre slutninger.

Transkripsjonen valgte jeg å skrive ordrett på bokmål med registrering av pauser samt kommentarer der det var latter, gråt eller andre emosjoner som kom til syne. I følge Tjora (2013) er det viktigste tapet ved transkripsjon visuelle ledetråder, dette kan styrkes ved å transkribere selv og kommentere emosjoner i transkripsjonen. Jeg valgte å skrive teksten om til bokmål for å øke konfidensialiteten. Ved å fjerne dialekten vil det bli en større grad av anonymitet. En ordrett transkripsjon kan også fremstå som en usammenhengende og forvirret tale (Kvale og Brinkmann, 2015). Ved å skrive det på bokmål fikk transkripsjonen en mer skriftlig språkstil som kan ivareta intervjupersonens integritet på en bedre måte. Det er dermed et etisk argument å omskrive fra dialekt til bokmål.

Jeg forfattet transkripsjonen slik at den skulle bli nyttig for min forskning. Det innebar at jeg skilte teksten der jeg som intervjuer snakket og der intervjuperson snakket. Å gjøre transkripsjonen nyttig for egen forskning handler om gyldigheten i følge Kvale og Brinkmann (2015). Det var viktig for meg å kunne finne meningsinnholdet for å kunne gjøre en videre analyse av materialet. Om jeg hadde støtteord for å holde samtalen i gang som ”mhhm”, ”ja”, ”nei”, som ikke endret karakter på samtalen, valgte jeg å ta de ut av transkripsjonen. Når intervjupersonen brukte støtteordene kunne det ha innvirkning på samtalen, og da valgte jeg å ta de med. Blant annet når intervjuperson svarte ”mhhh” på spørsmålene, kunne være tegn på at de ikke ønsket å gå nærmere inn på temaet, og det var da viktig at det kom frem i transkripsjonen. Når de vegret seg for å gå inn på tema, kan det handle om at det er ubehagelig eller at de ikke ønsker å dele den siden av historien. Dette setter også et preg på helheten og er viktig å reflektere over.

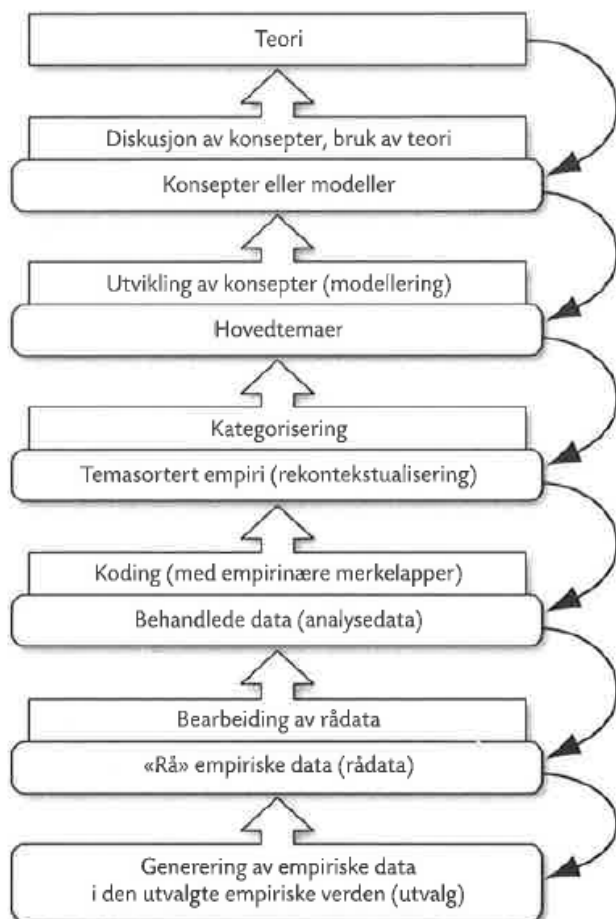
Dataanalyse

Det finnes mange ulike analysemetoder å velge i innenfor kvalitativ forskning. Kvale og Brinkmann (2015, s. 215) beskriver at ”*Formålet med en analyse er å avdekke meningen med spørsmålet, å få frem forutantakelsene som ligger bak og dermed den implisitte oppfatningen av kvalitativ forskning*”. Jeg fant etter hvert en analysemetode som ville passe fint til mitt datamateriale, da jeg opplevde det som litt stort og uoversiktlig. I følge Tjora (2013) krever analysen intens tankearbeid, evne til å arbeide systematisk

og sensitivitet for hva en finner i empirien. Jeg har vært ute etter historiene til de pårørende, samtidig som jeg skulle lete etter faktorer som fremmer og hemmer mestring. Materialet ble til slutt mange sider, og jeg så behov for å dele opp materialet i mindre deler for å klare å se de store sammenhengene, og valget falt på analysemetoden stegvis-deduktiv induktiv metode, presentert av Tjora (2013). Modellen er i følge Tjora utviklet med et ideal om å ta ut potensialet i empirien, og det er derfor sentralt at førstefasen i analysen er empirinær. Dette passet godt med mine forventninger til hvordan jeg ønsket å gjøre analysearbeidet. Som forarbeid til analysen leste jeg gjennom hele datamaterialet for å se om det var noe som utmerket seg, og jeg noterte ned for å reflektere over hva jeg umiddelbart så. Dette kan i følge Tjora (2013) være en inspirasjon til å gjøre den videre systematiske analysen.

Stegvis-deduktiv induktiv metode

Stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI) er i følge Tjora (2013) en metode som tar sikte på å utvikle konsepter, modeller eller teorier og en benytter en trinnvis modell for å redusere kompleksiteten. En jobber stegvis fra rådata til konsepter eller teorier, der den oppadgående prosessen anses som induktiv da man jobber fra data mot teori, og de nedadgående tilbakekoblingene er å oppfatte som deduktive.



Stegvis-deduktiv induktiv metode (Tjora, 2013, s 175)

Det første steget i analysen er å jobbe empirinært med koding, og jeg gikk systematisk gjennom intervjuene for å finne utsnitt eller uttrykk i materialet som jeg noterte, og etablerte koder. For hvert intervju kunne jeg se at mange av kodene lignet, og noen nye ble tilføyd. Dette var et nøye arbeid som krevde at jeg var bevisst på skille mellom tekstnære koder og sorteringsbasert koding. SDI metoden sin førstefase skal være empirinær, og gi tekstnære koder, altså koder som er utviklet fra data (Tjora, 2013). Jeg satt etter hvert igjen med mellom 45 og 50 koder, som jeg kategoriserte inn i en kodetabell, og det neste steget da var å kategorisere. Kategoriseringen omfatter å samle de kodene som er relevante for problemstillingen i grupper. Tjora (2013) påpeker at i denne fasen er det problemstillingen, og ikke empirien, som bestemmer hva som er relevant. Med blick på problemstillingen endte jeg opp med fire kategorier eller hovedtema. De fire hovedtemaene gjenspeiler empirien, altså det informasjon

intervjupersonene har gitt i intervju sammenkoblet med problemstillingen. Det interessante var at hovedtemaene ikke var det jeg hadde sett for meg da jeg startet innsamling av data. De fire hovedtemaene vil bli presentert analysekapitlet og har fått titlene; *rus og atferd, foreldrerollen, belastninger og mestringsstrategier*. De tre første kategoriene handler om de pårørendes kontekst, mens det siste hovedtemaet omhandler hvordan de håndterer rollen som pårørende.

Metodekvalitet

I følge Fangen (2011) kan ikke kvalitativ forskning vurderes ut fra samme kriterier som kvantitativ forskning. Kvalitativ forskning produserer en annen form for data enn det kvantitative, og som Kalleberg (1996) sier bør man ikke snakke om to forskjellige metoder men to ulike måter å kode på; man omformer enten data til tall, eller til tekst. Det benyttes ofte tre indikatorer på kvalitet innenfor forskningen; reliabilitet, validitet og generaliserbarhet. Ulike kvalitative forskere har valgt ulike uttrykk for disse indikatorene. Fangen benytter begrepene validitet og reliabilitet, men har valgt å dele validitet inn i ulike underbegrep som kommunikativ validitet, responsvaliditet og katalytisk validitet. Thagaard (2003) bruker begrepene troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet, mens det er mest vanlig å bruke begrepene pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet dersom en skal bruke de norske begrepene for kvalitet i kvalitativ forskning. Kvale og Brinkmann (2015) trekker inn objektivitet og løfter spørsmålet om kunnskap produsert gjennom intervju kan være objektiv.

Jeg vil benytte begrepene pålitelighet (reliabilitet), gyldighet (validitet) og generaliserbarhet.

Pålitelighet (reliabilitet)

Om en forskning er pålitelighet har i følge Kvale og Brinkmann (2015) med forskningens konsistens og troverdighet å gjøre. Pålitelighet handler om i hvilken grad funnene mine kan reproduseres av en annen

forsker. Dette er noe en må vise til gjennom hele forskningsprosessen. Gjennom å redegjøre grundig for metodene man bruker, og synliggjøre hva som er forskerens egne analyser og hva som er datagenerering viser man til hvordan man er kommet til funnene. I følge Tjora (2013) vil det å la intervjupersonens ”stemme” gjennom direkte sitater nå frem til leseren styrke påliteligheten. Denscombe (2011) sier viktigheten av pålitelighet er åpenbar, og at forskeren må være sikker på at resultatene han får ikke er påvirket av forskerinstrument som gjør at en får ulike funn hver gang.

Intervjuers pålitelighet kan vurderes opp mot ledende spørsmål, ulik spørsmålstilling kan gi ulike svar. Ville intervjupersonen svart annerledes i et annet intervju? Enhver intervjusituasjon er unik og er vanskelig reproducerbar, jeg hadde åtte ulike intervju der intervjupersonene gav svar med ulik dybde. Noen svarte kort og konsist, og noen utdypet og syntes trygge på å fortelle sin historie til en fremmed. Det jeg må være bevisst på er om og på hvilken måte jeg kan ha påvirket de historiene som ble skapt i intervjuet og hvilke rammer jeg har lagt. For å unngå vilkårlig subjektivitet er det krav om høy pålitelighet i intervjusamfunnet, men Kvale og Brinkmann (2015) advarer mot at en for sterk fokusering på pålitelighet kan motvirke kreativ tenkning og variasjon.

I arbeid med transkripsjon ble jeg oppmerksom på at min stemme var svært fremtredende og at jeg ga støttekommentarer på alle svar. Jeg forsøkte dermed å ikke være en så ”synlig” stemme i de neste to intervjuene. Resultatet var at det skapte usikkerhet hos intervjupersonen, og jeg innså at intervjuets fremdrift var avhengig av at jeg ga støttekommentarer og feedback på svarene de kom med. Jeg opplevde dermed at intervjuerens stemme og subjektive tilstedeværelse i rommet var nødvendig for utvekslingen, og at jeg dermed ble en medprodusent av fortellingene (Dahl, 2012).

Et annet fenomen jeg ble bevisst på var at jeg unngikk oppfølgingsspørsmål der intervjupersonen ga uttrykk for ubehag. Hadde jeg behov for å lette på ubehaget i en sensitiv situasjon? Min frykt for å påføre de pårørende ytterligere påkjenninger gjorde at jeg ikke spurte spørsmål som kanskje kunne gitt mer utfyllende informasjon. Ubegag kunne forekomme ved ulike tema som ved omsorg for barn, kriminelle handlinger eller når de opplevde partners handlinger som svært skamfulle. Et konkret eksempel kom frem under et intervju da vi snakket om belastninger og partners atferd. Jeg fikk da et inntrykk av at partner muligens hadde utøvd vold mot intervjupersonen. Jeg valgte å ikke gå dypere inn i temaet når intervjuet dreide den veien, da jeg vurderte at vi beveget oss inn på et tema som var svært

sensitivt og burde skje i behandlingsrommet. Om en annen intervjuer vil ha vurdert det annerledes er vanskelig å si, men for min del var det viktig å skille mellom et forskningsintervju og en terapitime, og det å skape ubehag for intervjupersonen vurderte jeg som for sensitivt og at jeg da beveget meg opp mot etiske grenser.

Hvordan informanter er valgt ut kan også ha betydning for påliteligheten (Tjora, 2013). Det er derfor viktig å gjøre rede for hvordan intervjupersonene ble valgt ut, jf. avsnitt om rekruttering. Jeg hadde ikke kjennskap til noen av intervjupersonene fra tidligere. Jeg brukte portvakt for første henvendelse, deretter rekrutterte jeg de som takket ja og fylte inklusjonskriteriene. En faktor som kan skape skjevhet i materialet er dersom bare de som er fornøyde takker ja, eller at portvakt kunne valgt å spørre kun de som ville gi gode tilbakemeldinger. For å sikre pålitelighet ble alle som fylte inklusjonskriteriene spurt om deltakelse. En av de som fylte kriteriene takket nei til å delta i studien. Jeg tenker at det at noen takket nei viser at potensielle kandidater ikke ble silet. Videre var det en intervjudeltaker som var kritisk til deler av behandlingen. Det er et tegn på at aktuelle kandidater ble forespurt. Dette vurderer jeg som en styrke i forhold til datamaterialets pålitelighet da det indikerer at utvalget ikke er manipulert på noen måte, og at jeg ikke har noen relasjoner til intervjupersonene som kan påvirke konteksten.

Gyldighet (validitet)

Validitet i samfunnsvitenskapene handler om hvorvidt den metoden en har valgt er egnet til å undersøke det en skal undersøke. Et spørsmål som ofte stilles i forbindelse med gyldighet er ”*måler du det du tror du måler?*”. Kvale og Brinkmann (2015) skiller mellom validitet som håndverksmessig kvalitet, kommunikativ validitet og pragmatisk validitet. Forskerens håndverksmessige troverdighet og dyktighet blir svært viktig, da en må vise til validitet på en annen måte enn innenfor kvantitative studier.

Kunnskapen er mer troverdig om den er sjekket for feilkilder, og det innebærer et kritisk syn på egne fortolkninger. I følge Kvale og Brinkmann (2015) er en vanlig kritikk av forskningsintervjuer at intervjupersonens svar ikke er sanne. Funnene derfor ikke er valide og dette er noe som må kontrolleres. Dette er noe som er svært vanskelig å vurdere, og en kan benytte seg av ulike valideringsformer. I mine

intervju opplevde jeg noen ganger at de svarene intervjupersonene ga stod i kontrast til tidligere svar i intervjuet. Ved nærmere gjennomgang kunne jeg se at det handlet om hvordan de reflekterte over det som kom frem i samtalen og at de justerte hvordan de så på fenomenet som var omtalt. I dette tilfellet handlet det om de opplevde negative reaksjoner fra omgivelsene, et spørsmål som kom tidlig i intervjuet. Flere svarte at det hadde de ikke, mens senere i intervjuet kunne de beskrive hendelser der familie eller nettverk hadde kommet med negative kommentarer og beskyldninger i forhold til rusmiddelmisbruket. Jeg opplevde likevel ikke at de snakket usant når de første svarte nei, men at de utover i samtalen kom på negative episoder de hadde erfart tidligere. Nøyte gjennomgang av transkriberingen kan være en form for validering for å reflektere over feilkilder som for eksempel usanne svar.

En annen måte å vise til forskningens gyldighet er gjennom bruk av sitater. Ved å vise til hva som faktisk ble sagt i situasjonen, får leseren mulighet til å gjøre egne fortolkninger av situasjonen, og vurdere de opp mot de fortolkninger som er gjort i teksten. Gyldigheten handler også om å være åpen om hvordan en utfører forskningen, redegjøre godt for valg som er tatt og ha et høyt faglig fokus som er forankret i relevant forskning (Tjora, 2013).

Generaliserbarhet

Generalisering i en eller annen form er et mål innenfor det meste av samfunnsforskningen (Tjora, 2013). Enkelte forskere har valgt å bruke begrepet overførbarhet. Tjora (2013) mener at bruken av begrepet overførbarhet innenfor kvalitativ forskning er uheldig fordi generaliserbarhet er godt etablert som kvalitetsindikator, og at begrepet overførbarhet innsnevrer hvilken form for generalisering som kan brukes. Dersom resultatene av en studie vurderes som pålitelige og gyldige, står en igjen med spørsmålet om resultatene kan overføres til andre situasjoner (Kvale og Brinkmann, 2015). Ikke alle forskningsprosjekter har som hovedmål å kunne generalisere funnene, men heller belyse et tema. Når en snakker om generalisering må man i stedet for å spørre om intervjuresultatet kan generaliseres globalt, tenke om kunnskapen som produseres i et intervju kan overføres til andre relevante situasjoner. Det er derfor hensiktsmessig å snakke om ulike former for generalisering. Kvale og Brinkmann (2015) viser til begrepene naturalistisk-, statistisk- og analytisk generalisering. Naturalistisk generalisering er basert på

personlige erfaringer. I følge Tjora (2013), som også bruker begrepet naturalistisk generalisering, kan leseren selv vurdere om funnene vil ha gyldighet ut over forskningen gjennom redegjørelser av detaljene i det som er studert. Statistisk generalisering er basert på representativiteten av utvalget. Utvalget må være tilfeldig og resultatene må være kvantifiserte. Dette er dermed ikke aktuelt i mitt forskningsprosjekt. Analytisk generalisering handler om en begrunnet vurdering om funnene i en studie kan være rettleider for hva som kan skje i en annen situasjon. Den er basert på analyse av ulikhetene og likhetene mellom de ulike situasjonene (Kvale og Brinkmann, 2015). Målet med denne studien er at funnene kan si noe om hva som gjelder i en tilsvarende situasjon. Den analytiske generaliseringen baserer seg på en assortert logikk og Kvale og Brinkmann (2015) viser til forskerbasert- og leserbasert analytisk generalisering. Ved den forskerbaserte generaliseringen må forskeren i tillegg til å gi rikholdige beskrivelser, argumentere for sine resultater. Den leserbaserte generaliseringen handler om at leseren selv vurderer om resultatene kan generaliseres til en ny situasjon med bakgrunn i detaljerte kontekstuelle beskrivelser. Målet med denne forskningen er å beskrive de pårørendes mestring av hverdagen og hva som eventuelt påvirker denne mestringen, og at funnene kan ha en overføringsverdi for andre pårørende. Ved å underbygge argumentasjonen ved å vise til annen forskning kan jeg se at noen av funnene har samsvar med tidligere studier, noe som kan bidra til en analytisk generalisering. En må være bevisst de rammene kvalitativ forskning har i forhold til generalisering, men ved å se på ulike former for generalisering kan en se at en kvalitativ intervjuundersøkelse kan gi indikasjoner på hva som vil skje i en annen situasjon.

Etikk

Pårørende er på mange måter en sårbar gruppe. Intervjusituasjonen gjør at vi vil komme inn på sensitive tema og historier som er vanskelige for den pårørende. I følge Kvale og Brinkmann (2015) bør samfunnsforskningen tjene både vitenskapelige og menneskelige interesser. Den etiske vurderingen blir i min betraktning tosidig. Det handler på den ene siden om å ivareta det forskningsetiske ved samtykke og melding til personvernombudet, på den andre siden handler det om å ivareta intervjupersonen på best mulig måte og utføre forskningen på en god måte etisk. Et intervju skal i utgangspunktet være så dypt og inntrengende som mulig for å kunne belyse fenomenet en ønsker å undersøke best mulig, samtidig kan

intervjupersonene bli krenket, og en må opptre ivaretagende og respektfullt. Dette blir en balansegang en må være veldig bevisst. Kunnskapsproduksjonen skal ikke føre til at en krenker intervjupersonen, men dersom man ikke går dypt nok vil en få et empirisk materiale som er ufullstendig, og en må stille spørsmålstegn ved gyldigheten.

Intervjupersonene ble informert om at all informasjon vil bli behandlet anonymt i prosjektet, og alle opplysninger ville bli behandlet konfidensielt. Det vil si at det skal ikke være mulig for andre å gjenkjenne intervjupersonene. Jeg informerte også om hvordan materialet er oppbevart under forskningsperioden. Etter endt forskningsperiode skal lydopptakene slettes, og de transkriberte intervjuene oppbevares uten koblingsnøkkel slik at det ikke vil være mulig å koble det skriftlige materiale til enkeltpersoner.

Det ble utformet et samtykkeskjema (vedlegg 2) i tråd med personvernombudets eksempel-mal som alle intervjupersonene skrev under, der de sa seg villige til å delta i studien, men at de også kan trekke seg når som helst.

Jeg hadde laget en intervjuguide (vedlegg 1) på forhånd som var drøftet med veileder og innsendt til personvernombudet og REK, slik at den skulle være vurdert av flere ulike instanser. Jeg var også i intervjuet oppmerksom på hvordan intervjupersonene opplevde intervjuet. Jeg brukte tid i forkant og etterkant på briefing og debriefing, og ga tilbud om pause dersom temaene ble for vanskelige. Det var spesielt i to intervjuer at temaene ble emosjonelt vanskelige for intervjupersonene og vi skiftet tema etter en kort pause. Jeg opplevde også at noen intervjupersoner viste at de var ukomfortable eller opplevde ubehag gjennom kroppsspråk, uten at de sa noe direkte. Dette kom tydeligst til syne gjennom at de ikke svarte på spørsmål eller at de ble litt distanserte. Det gjorde at jeg ikke valgte å gå dypere i de temaene som skapte ubehag.

Prosjektet ble søkt godkjent av NSD personvernombudet før datainnsamling startet og personvernombudet tilrådte at prosjektet skulle gjennomføres i svar på søknaden (vedlegg 4) under forutsetning om at det ble laget et informasjonsskriv til intervjupersonens partner. Et generelt informasjonsskriv om studien (vedlegg 3) ble laget og delt ut i intervjuet.

Siden prosjektet omhandlet intervju av pårørende som har rollen som pasient i spesialisthelsetjenesten, ble prosjektet lagt frem for REK. Jeg sendte en fremleggingsvurdering og fikk tilbakemelding om at det var ønskelig med full søknad, da komiteens leder vurderte at prosjektet var i grenseland med tanke på framleggingsplikt og ønsket at en samlet komite skulle avgjøre framleggingsplikten. Full søknad ble innsendt og jeg fikk svar etter om lag to måneder om at prosjektet ble vurdert som ikke søknadspliktig i REK (vedlegg 5). Dette opplevdes som en lang og byråkratisk prosess, men det ligger en trygghet i det å vite at det har vært oppe til vurdering og at de etiske forhåndsregler ble tatt før intervjuene ble igangsatt.

Det er flere av intervjupersonene som har bedt om å få lese masteroppgaven i etterkant og jeg vil kontakte de aktuelle når prosjektet er ferdig. Jeg har også avtalt at jeg kan ta kontakt underveis dersom jeg har oppfølgingsspørsmål, dette for å ha muligheten til å konferere ved situasjoner der jeg er usikker på betydningen eller for å avklare om jeg kan bruke sitatet i oppgaven. Vi avtalte også at de kunne ta kontakt om det var noe de lurte på i etterkant.

Prosjektet ble utformet i tråd med retningslinjene for samfunnsvitenskapelig forskning utviklet av den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH). Jeg har vurdert de eventuelle ulempene de pårørende vil kunne oppleve ved å dele sin historie opp mot fordelene ved å gjennomføre denne forskningen. Etter en helhetsvurdering vurderte jeg at det for var etisk forsvarlig og riktig å gjennomføre denne studien. Fordelene som ny kunnskap, om og for de pårørende til personer med rusmiddelproblemer, vurderes å være større enn ulempene, som eventuelle belastninger ved å gjennomføre et intervju innebærer.

Anonymitet

For å sikre intervjupersonenes anonymitet har jeg valgt å anonymisere en del av personopplysningene. Dette for at en skal unngå at andre gjenkjenner detaljer i teksten eller at lesere skal klare å identifisere noen. Jeg har valgt å ikke beskrive hvor i landet jeg har gjennomført intervjuene. Jeg har valgt å utelukke nærmere informasjon om antall barn, for å øke anonymitet. Jeg har likevel valgt å ta med om

intervjuperson har barn eller ikke. Jeg vurderer at informasjon om de har barn eller ikke er viktig for å få et helhetsbilde av hvilke utfordringer de har opplevd som pårørende. Jeg har valgt å bruke kategoriene; har mindreårige barn, har voksne barn og har ikke barn.

Jeg har også valgt å lage sekke kategorier for hvor lenge de pårørende har mottatt oppfølging/behandling. Siden den første tiden er veldig sentral har jeg valgt å dele det inn på følgende måte; Mindre enn seks måneder, over seks måneder og mellom et til to år, og over to år. Dette grepet er gjort for å minimere risikoen for at intervjupersonen skal kunne bli gjenkjent. Jeg har i tillegg forandret på informasjon om deres liv slik som yrke, bosetting og arbeidsforhold. Endringene jeg har gjort endrer ikke betydningen i det som blir sagt eller tolkningene av utsagnene.

4. DE PÅRØRENDE SINE FORTELLINGER

Dette kapitlet handler om de pårørendes egne historier og skildringer av hvordan de håndterer livet som pårørende. For å forstå hvordan de pårørende mestrer sin hverdag må en se på hvilke rammer de har for mestring, altså hvilke faktorer som innvirker på livet deres. Jeg vil begynne med å gi en kort presentasjon av intervjupersonene før jeg presenterer de fire hovedtemaene som den stegvis-deduktiv induktive metoden ledet meg til. Tre av hovedtemaene handler om hvordan de pårørende opplever hverdagen som pårørende og det siste hovedtema handler om hvordan de håndterer hverdagen, hvilke ressurser de har og hvordan de benyttet dem, altså konkrete mestringsstrategier. Hovedtemaene som jeg skal presentere er; *Rus og atferd*, *Belastninger*, *Barnas beste* og *Mestringsstrategier*. For enkelhets skyld vil jeg i denne delen omtale de pårørende som intervjuperson. Dette for å gjøre det enklere når jeg skal skrive om både de pårørende og den de er pårørende til samtidig.

Intervjupersonene

Jeg vil her presentere kort de åtte intervjupersonene som ble rekruttert til studien. Dette for at leseren kan få et innblikk i hvem de ulike menneskene er. I samtalene med de pårørende deler de en del av sin opplevelse av hvordan det er å være pårørende, hvordan rusproblemet har utartet seg og hva som gjorde at de kom i kontakt med spesialisthelsetjenesten for oppfølging eller behandling som pårørende. Noen hadde gått lenge i behandling (den lengste behandlingskontakten var nærmere seks år), mens noen var helt nye i behandlingssystemet og hadde hatt et tilbud i mindre enn seks måneder. En av intervjupersonene var i ferd med å avslutte sin behandling fordi han hadde behov for en annen oppfølging enn tidligere. Han fortalte at hans behov nå var mer rettet mot foreldrerollen enn det å leve i nær relasjon til en person med rusmiddelproblemer. Hvordan rusproblemet artet seg skilte seg også hos de ulike. Noen hadde pårørende som var i aktiv rus, mens andre hadde pårørende som hadde vært rusfri

over tid. Jeg intervjuet fem kvinner og tre menn. Under vil jeg presentere de åtte intervjupersoner med en kort informasjon av deres livssituasjon. Hver intervjuperson betegnes med en tittel som beskriver helhetsinntrykket jeg fikk av intervjupersons mestring og opplevelse gjennom intervjuene. Titlene kan være basert på sitat fra intervjupersonen eller fra historier som er kommet frem.

Tatt dag for dag

Kvinne som er gift og bor sammen med mann med alkoholproblemer. De har voksne barn og kvinnen har først oppdaget rusproblemet de siste årene, selv om hun visste at han hadde et problematisk forhold til alkohol før de ble gift. Mannens rusproblem har eskalert det siste halve året som har ført til at han har mistet førerkort og hatt flere innleggelses ved sykehus og til rusbehandling. På intervjutidspunkt har han poliklinisk oppfølging og går til samtaler for sitt alkoholproblem. Hun har hatt oppfølging i spesialisthelsetjenesten i under seks måneder på intervjutidspunkt, og har dermed ikke hatt mange samtaletimer. Hun har også deltatt på pårørendeseminar. Kvinnen er nylig blitt uføretrygdet grunnet helseplager.

Sorg over livet som ikke ble som det skulle

Kvinne som er skilt fra sin partner for tre år siden. De lever i nær relasjon i kraft av at de har felles barn som de samarbeider om. Mannen har vært flere ganger i behandling og er for tiden rusfri. Paret har mindreårige barn sammen som hun har omsorgsansvar for, mens far har samværsrett. Hun har hatt oppfølging i spesialisthelsetjenesten som pårørende i flere år. Hun oppgir å ha opplevd mange tunge år med partners rusmiddelproblemer som har påvirket hennes helse. Hun er på intervjutidspunktet 100% uføretrygdet.

Bedre mestring ved økt innsikt

Kvinne som er gift og bor sammen med mann med alkoholproblemer. Mannen har ikke behandlingstilbud på intervjutidspunktet og han er i aktiv rus. Paret har mindreårige barn sammen. Hun har hatt oppfølging i spesialisthelsetjenesten som pårørende i mindre enn seks måneder. De har kontakt

med barnevernet som følge av fars alkoholmisbruk. Hun oppgir å ha god støtte i nære familiemedlemmer. Hun er fulltidsjobb.

Fremtidshåp som mestringsstrategi

Mann som lever i nær relasjon til kvinne med alkoholproblemer. De er separert og bor i hver sin boenhet. Paret har mindreårige barn sammen. Far har omsorgsansvar og mor har ikke samværsrett på intervju tidspunktet da hun er i aktiv rus. På intervju tidspunktet har hun tilbud om innleggelse for rusbehandling samme uken. Han er i fulltidsjobb.

Åpenhet og religiøs tro som mestringsstrategi

Kvinne som er gift og bor sammen med en mann med rusproblemer. Han er i dag rusfri og har legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Paret har mindreårige barn. Paret har parsamtaler hos pårørendeansvarlig i poliklinikken og har hatt det tilbudet i to år. Kvinnen er for tiden sykemeldt grunnet helseplager.

Håp om rusfrihet

Kvinne som er gift med mann med alkoholproblemer. Mannen har tidligere hatt rusbehandling, men har ikke tilbud om rusbehandling på intervju tidspunkt og er i aktiv rus. Paret har ingen barn. Paret har gått til parsamtaler i ett år, kvinnen har også nylig startet med individuelle samtaler med pårørendeansvarlig. Hun er for tiden delvis sykemeldt grunnet belastninger som følge av partners alkoholproblem.

Valget om å forlate

Mann som lever i nær relasjon med kvinne med alkoholproblemer. De er separert og bor i forskjellige boenheter. De har både mindreårige og voksne barn sammen. Far har omsorgsansvar og mor har samværsrett med barna. Han har hatt oppfølging i spesialisthelsetjenesten i over ett år. Kvinnen har hatt døgnbehandling for sitt alkoholproblem og har på intervju tidspunktet poliklinisk oppfølging.

Sammen om problemet

Mann som er gift og bor sammen med kvinne med rusproblem. De har mindreårige og voksne barn. Kvinnen har poliklinisk behandling og er rusfri. Han har hatt tilbud om oppfølging i spesialisthelsetjenesten i over ett år, og behandling har bestått av både individuelle samtaler og parsamtaler.

Rus og atferd

Et av hovedtemaene som kom frem gjennom analysearbeidet var et tema jeg har valgt å kalle rus og atferd. Dette temaet handler om hvorvidt personen med rusmiddelproblem var i aktiv rus, om han eller hun var i behandling eller ventet på behandling, motivasjon for behandling og i hvilken grad personene med rusmiddelproblem anerkjente at de har et rusproblem og anerkjennelse av den pårørendes behov. Temaet handler også om hvordan intervjupersonene beskriver atferden til den som har rusmiddelproblemer, og hvordan denne atferden påvirker deres hverdagsliv.

”Alkoholen er et løsemiddel...” Om Rusmiddelproblemet

Å leve i nær relasjon til noen som har et rusmiddelproblem kan være svært utfordrende, og rusbildet preget for mange av intervjupersonene hverdagen i svært stor grad. En mann beskrev følgende;

Jeg tror at hvis det ikke hadde vært for alkoholen så hadde vi fortsatt vært gift. Det tror jeg faktisk. Vi hadde våre utfordringer, men ikke på langt nær det som alkoholen har ødelagt...Alkoholen er et løsemiddel

Begrepet ”Alkoholen er et løsemiddel” som intervjupersonen viste til er et begrep som er benyttet i pårørendebehandlingen for å beskrive virkningen alkohol har på familien og lyder som følger; *Alkohol*

er et løsemiddel. Det løser opp familier og vennskap. Tar bort lykke, trygghet, framgang og kjærlighet. Det tar til og med bort visjoner, håp og økonomiske tilganger- og til slutt den fysiske helsen. Det eneste alkoholen ikke kan løse, er problemer. Når alkoholen beskrives på denne måten er det virkningsfullt og mange kjenner seg igjen i denne skildringen. Hvordan rusproblemet utartet seg ble tematisert hos mange av de pårørende. I de parforholdene der personen med rusmiddelproblem var i aktiv rus syntes det å gi et høyt symptomtrykk, men også der hvor de hadde oppnådd rusfrihet lå det en underliggende frykt for tilbakefall. Dette var noe som preget mange av parforholdene og det kan synes som rusen har en påvirkning på hverdagslivet også når den ikke er til stede, men at den da kom til syne som frykt for tilbakefall. En mann sa at mens konen talte dager hun hadde vært rusfri, tenkte han ”en dag nærmere sprekk”. ”Sprekk” er en vanlig terminologi som omhandler tilbakefall til rus. Det kom også frem at varighet på rusfrihet kan spille en rolle i forhold til hvordan hverdagen oppleves, og at livet normaliserer seg mer og mer etter lengre tids rusfrihet. Den ene kvinnen beskrev at desto lengre tid mannen var rusfri, desto mer slappet hun av, og at frykten for tilbakefall ikke var en del av hverdagen lenger.

Noen fortalte at det tok en stund før de forstod at deres partner hadde utviklet et rusproblem. De beskrev at et problematisk forhold til rusmidler hadde utviklet seg over tid, og at når de ser tilbake hadde problemet kommet tidligere enn de trodde. Flere forteller om en endring i atferden til den som hadde utviklet et rusmiddelproblem, men at de ikke helt forstod hva som foregikk. Før de forstod at det var et rusproblem, brukte de andre forklaringsmodeller som for eksempel somatisk helse til å forklare endringen før de forstod at det var et problem. En intervjuperson fortalte;

-Jeg trodde han hadde fått slag, snøvlet og... det streifet meg ikke at han kunne sitte å drikke, men det har han gjort, og det er de siste to-tre årene

- Men før det så har han vært avholds siden dere gikk inn i ekteskapet?

- ja, jeg har i alle fall innbilt meg det, men eh... men jeg har sett mer og mer av det, han har altså det er blitt mer. Også ble han så, han forfalt veldig på en måte (...)

En annen fortalte en lignende historie, der de ikke så sammenhengen i at personen med rusmiddelproblem var sliten, snøvlet og var sykemeldt;

-Det tok litt tid før jeg fikk opp øynene for hva som egentlig foregikk (...).Og så ble det bare verre og verre hjemme, og kom hjem igjen og drakk sikkert mye mer enn jeg var klar over. Hun påstod at hun var sliten, snøvlete, hun var

sykemeldt i en lang periode. Legen trodde hun var sliten, ingen skjønnte at det var alkohol med i bildet før det egentlig hadde gått alt for lang tid.

-Hadde du begynt å skjønne det da?

- Ja jeg hadde vel begynt å skjønne at det kan ikke bare være at hun er sliten, det er ikke bare psykisk sliten som gjør at det bikker utforbakke

Dette kan tyde på at det tok tid før de både forstod og erkjente at deres partner hadde utviklet et rusproblem. Kanskje ville de ikke innse at problemet de opplevde skyldtes rusmiddelbruk, fordi rusproblem kan oppleves skamfullt. Det at de kom med alternative forklaringer som at de trodde partneren hadde fått slag eller annen somatisk sykdom kan være et uttrykk for at det er vanskelig å forholde seg til at deres nærmeste har et rusproblem. Et rusproblem er mindre kulturelt akseptert enn somatisk sykdom og flere av intervjupersonene uttrykte at dersom det hadde vært en somatisk lidelse, som for eksempel kreft, hadde det vært lettere å takle. Dette kan være et resultat av flere ulike ting, som skam, holdninger eller tabu. Det kan dreie seg om summen av belastninger, men som vi ser i sitat handler det også om eget syn på rusproblem og opplevelsen av å bli sveket:

Har hun hatt kreft skulle jeg stått ved hennes side og støttet henne i tykt og tynt, selv om alkoholen er en sykdom så er det en sykdom som du selv kan gjøre noe med i mye større grad enn en kan hvis en er alvorlig kreftsyk. Så hadde jeg helt sikkert støttet henne om hun ble overkjørt av en bil og lam for livet, så kunne jeg ha støttet henne og bygd om huset og gjort hva som helst. Men ikke når du har blitt dolket i ryggen gang etter gang etter gang, og den tilliten som man bygger ekteskapet på er fullstendig borte, og kjærligheten er også blåst bort.

Dette sitatet fra en av intervjupersonene skildrer to ting, det ene er at synet intervjupersonen hadde på alkoholproblem og det handler om tillit. Alkoholproblem blir sett på som en sykdom som man kan gjøre noe med, mens en har mindre valgmulighet dersom en får en somatisk lidelse som kreft, eller hvis en blir rammet av en ulykke. Det ligger en underliggende antakelse at om personen med rusmiddelproblem ønsker det nok, så kan man bli rusfri. Det kan synes som det er vanskeligere å håndtere partners lidelse når det er "selvvalgt". Det andre aspektet er tillitsbruddene som oppleves ved fortsatt rusing. Alkoholen er et løsemiddel, den løser opp alt, ble det sagt i et notat innledningsvis. Dette vil også gjelde andre rusmidler. Det en ser er at konsekvensen for familiene blir svært store og de opplever tap av tillit, tap av kjærlighet og tap av ekteskap.

”Ruspersonlighet” -om atferdsendring

Endring i atferd kan forekomme på flere måter og noen av intervjupersonene hadde erfart skremmende atferd hos sin partner. Flere av intervjupersonene, både kvinner og menn informerte at deres partner fortalte løgner, skjulte rusmidler og hadde unnskyldninger for sin væremåte. Det som kom frem hos noen av kvinnene var at partner hadde fremstått truende ved at han var sint, frustrert og aggressiv i ruset tilstand. Både den unnvikende atferden med løgner og skjuling, og den truende atferdsendring skapte utrygghet i relasjonen. Sinne og aggresjon ble i tillegg opplevd som skremmende og de følte seg truet, og en kvinne fortalte at hun har traumer etter disse opplevelsene. En annen kvinne fortalte at partner hadde et enormt sinne som førte til at hun gjorde det han ba om i stedet for å ta diskusjonen. Her er utdrag av intervjuet der hun beskrev en situasjon der partneren blir sint om han ikke får penger til rusmidler;

-Ja også er det jo det med å kunne si nei jeg har ikke, eller vi har ikke penger til at du kan gjøre det. Da er det sikkert feil, men på grunn av at jeg vet at jeg får kjeft og det blir styr hvis han ikke får, så har jeg ofte gitt for jeg har ikke lyst på kjeft.

-Ja, gir du han dine penger eller av fellespenger?

-Av mine penger, når han ikke har mer penger så spør han jo meg og da blir det sånn at man tørr ikke å si nei fordi da vet man, ja da vet man hva som kommer.

-Er det ofte det da?

- At han blir sint?

- Nei, at han spør om pengene dine?

- Ja (...)

- Så han drar av sted med en del av dine penger da?

- Ja..

- Også blir han sint hvis ikke?

- Ja, han har jo et enormt temperament da, han har ikke, han har aldri vært fysisk voldelig, slår ikke eller legger ikke hånd på meg, men han har et enormt temperament og blir veldig sint, og er stygg i munnen på en måte og da er det lettere å gjøre det han krever på en måte enn å ikke gjøre det

-Hva gjør det med deg når han blir så sint?

- Det har nok preget meg mer enn kanskje det som er synlig for andre med åra, at man blir litt kua av det på en måte.

(...) Det sinnet, er det både når han er edru og når han drikker?

- Nei, det er når han drikker. Han er jo helt annerledes når han er edru.

Dette utdraget viser at atferden hennes partner hadde i ruset tilstand skremte henne på en måte som gjorde at hun valgte å gjøre som han sa. Atferden skaper frykt og hun gjør som han vil for å unngå represalier. Intervjupersonen er også helt klar på at denne atferden bare kommer til syne i ruset tilstand. Det kan dermed se ut til at det å bo med en partner som har denne atferden oppleves som å bo sammen med to ulike personer; en når han er ruset og en når han er edru. Likevel preger rusatferden hans hele samlivet deres og intervjupersonen beskriver seg som "kua". Begrepet kuet er definert som å være undertrykt eller at en tvinges til lydighet. Det at hun omtaler seg selv som kuet beskriver en relasjon med smerte og maktesløshet, og en situasjon det kan være vanskelig å komme seg ut av.

De pårørende brukte karakteristikker på atferden som skiller mellom partneren når han ikke er i rus og partneren som er i rus. Den ene kvinnen brukte begrepet "alkoholikerpersonlighet". Dette beskrev hun som mannens væremøte når han var ruset, og særlig tendensen han hadde til å skjule ting og bortforklare handlinger. En annen kvinne brukte begrepet "ruspersonlighet" og setter det i sammenheng med at hun kunne merke når partneren var i ferd med å få et tilbakefall til rus:

Noen dager der han er veldig stressa, han farer rundt i huset og gjør halve oppgaver alle plasser, begynner på noe uten å avslutte det og gjerne litt sånn oppfarende, ja, han blir en annen person, veldig sånn ruspersonlighet, sånn at han jager rundt etter noe...

Hun beskrev at han ble annerledes og ikke lik seg selv når russuget melder seg. Han mister evnen til å fullføre de oppgavene han har startet, og blir mer rastløs og oppfarende. Denne ruspersonligheten var noe hun begynte å kjenne igjen etter hvert og kunne se en sammenheng når han hadde tilbakefall til rus. En annen kvinne beskriver mannen på følgende måte;

...og før, var han det "bygdedyret", da han drakk gikk han beruset gjennom gatene...vi bor i en bygd, og han var kjent som den som drakk.. alle i bygda vet hvem han er, han satt offentlig beruset utenfor alle bygninger på dagtid

Bygdedyret er et begrep som beskriver de negative sider av livet på landsbygda og er blitt kalt den "rurale versjonen av Janteloven" (Ramsrud, 2015). Kvinnen her bruker det i en litt annen betydning: han er den som skiller seg ut, den alle legger merke til på en negativ måte. Han har et stigma knyttet til seg

som smitter over på familien. Stigma er som tidligere omtalt et teoretisk begrep som i følge Goffman (2000). Stigma blir anvendt til å betegne en egenskap som er diskrediterende. Dersom en person besitter en egenskap som skiller han fra andre og tilhører en kategori som er mindre ønskelig, kan vedkommende reduseres til et nedvurdert menneske. Å bli stemplet på denne måten innebærer stigma (Goffman, 2000). Konsekvensene av beskrivelsen er helt klare, kvinnen opplevde det som flaut og skamfullt, noe som innbar stigma; ” *det var så flaut, barna var så flaue, han var den kjente fylliken*”. Hun beskrev en offentlig skam med bakgrunn i beskrivelsen ” *bygdedyret*”.

Noen ganger kom det frem beskrivelser om rusmiddelproblemet som tyder på sterke følelser rundt rusbruken. En av intervjupersonene sa blant ” *han var full som ei alke hele tida*” og ” *der lå han sørpe full som ei gøple*”. Disse utsagnene kan tolkes som avsky for hva rusmiddelproblemene gjør med deres kjære. De blir omformet til noe fremmed: til noe ugjenkjennelig og annerledes, som ”gøple”. Jeg opplever likevel at disse beskrivelsene bar preg av en sterk fortvilelse heller enn avsky, og at det var svært vanskelig å leve med noen med ”flere personligheter”. De fleste snakket om sin partner som to personer, personen som ruset seg og partneren sin. De beskrev dem som to ulike personligheter, der rusen endret atferden til deres partner stort sett på en negativ måte.

Erkjennelse av rusproblemet

Hvordan personen med rusmiddelproblem forholdt seg til sitt rusproblem ble også trekt frem som noe som påvirket de pårørende i stor grad. Intervjupersonene fortalte om lettelse når deres partnere anerkjente at de hadde et rusproblem og var motiverte for å ta i mot behandling. Tilsvarende var det svært vanskelig for intervjupersonene når partneren ikke ville vedkjenne seg problemet eller ta i mot behandling. En kvinne fortalte at mannen hennes ønsket å bli rusfri på egen hånd; ” *Han har fått tilbud om å legge seg inn, men han har avvist det blankt for dette skal han greie selv*”. Hun fortalte at han ikke tok i mot tilbudene han fikk om hjelp og at rusproblemet økte. Dette skapte stor fortvilelse i familien. Andre intervjupersoner oppgav at de var stolte av det arbeidet partneren gjorde for å holde seg rusfri. Der partneren hadde tatt i mot rusbehandling beskrev flere at de kunne slappe av når de var i behandling.

Den ene kvinnen fortalte at hun trengte den tiden mannens behandling gav henne til å tenke seg om, for hun var usikker på om hun orket mer. Mange beskrev et enormt stress og press ved å leve med noen i aktiv rus og at de ikke visste om de orket å stå i ekteskapet lengre. Noen sa til og at det var likegyldig om deres partner døde. Slike utsagn tolker jeg som tegn på en særdeles presset situasjon der en ikke ser noen muligheter til løsning lengre. Det som hjalp dem i disse tilfelle var døgninnleggelse i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Når partneren var innlagt, fikk intervjuperson avstand til problemet en kort periode.

Flere av intervjupersonene ga uttrykk for at det var vanskelig at personen med rusmiddelproblem ikke vedkjente at de hadde et rusmiddelproblem. Rusmiddelproblemet innebar også at mange av intervjupersonen følte at partneren valgte rusen foran dem og eventuelt barna. Dette fremstod som noe av det som var vanskeligst å håndtere fordi de følte seg sveket. En intervjuperson uttalte det på denne måten; ”*på en måte sviktet hun familien gjennom valgene hun har tatt*”. Det å bli prioritert vekk til fordel for rusen ble beskrevet som et svik. Det opplevde sviket da partneren valgte rusen nok en gang, førte til at det ble brudd i ekteskapet hos den ene intervjupersonen.

Følelsen av svik ble også beskrevet når intervjupersonen fortalte om mangel på anerkjennelse fra partneren. Intervjupersonene beskrev at de som har rusmiddelproblemet hadde vanskelig for å forstå at det er belastende for de pårørende å leve med noen med rusproblem og at de pårørende har egne behov. To av de pårørende fortalte at de hadde lagt ned en stor innsats for at deres partner skulle få rusbehandling, få seg egen bolig og lagt til rette for at de kunne ha mulighet til å være forelder, men de opplevde at partneren ikke anerkjente denne innsatsen. Det beskriver de som veldig tungt.

Jeg har stått på som en villhest for å få henne inn i systemet, ikke gitt meg, presset på, sagt at de kan ikke sende henne hjem fra (...) til barn og en far som er i ferd med å bryte sammen, dere må ta vare på henne nå, så fikk hun behandlingsopplegg og sånn her inne. Flere måneder var hun der, en hel sommer, ødela hele sommeren for familien. Helt forferdelig. Hun har aldri villet erkjent problematikken sin selv. Aldri ville ha frontet det offentlig.

Intervjupersonen beskrev her jobben han hadde nedlagt for at partneren skulle komme inn i behandling, men til tross for hans innsats og behandlingen ville hun ikke erkjenne problematikken. Han fortalte videre hvor vanskelig det var når partneren ikke ville innse hvor mye han har gjort for partneren:

Ja jeg gjorde det jeg kunne og det er det jeg synes er så bittert i dag og ikke få noe igjen for. Hun gir ikke meg en lillefinger i ære eller berømmelse for at jeg har holdt ut disse fire årene, hun er bare sur for at jeg ikke orker mer.

Hun ser ikke hva jeg har gjort og jeg holdt på å ta livet av meg fullstendig. Jeg vet ikke hvor mange ganger jeg har vært hos legen og sykemeldt i to perioder, 14 dager fordi jeg ikke klarte mer.

Intervjupersonen beskriver at han har ofret svært mye for å hjelpe partneren, men til tross for det reagerte partneren med sinne eller var sur. Han opplever at hun ikke verdsetter alt han har gjort. Manglende anerkjennelse og at det kan påvirke følelsene til den rusfrie partneren, og det som ofte kom frem var bitterhet. En annen beskriver også det at partner ikke ser innsatsen han har lagt ned for å hjelpe;

Jeg har kjøpt ut henne fra hus og bil så hun har fått en bra slant ut av meg og en ting med det også, jeg har gjort allting rett på en måte. Jeg har ikke kastet henne ut av huset, ut mener jeg, jeg har fikset alt for henne og gjort liksom det som jeg kan for å hjelpe ho for hun er barne-, eller mora til barna mine, likevel så har hun til tider hata meg, jeg er en idiot og foreldre hennes igjen hater meg også, det er min skyld at, hvorfor gjør dette, det har også vært tøft, mhhm, at jeg har på en måte vært grei med ho da,(...) men jeg får aldri noe kred for det heller, det synes jeg også er dårlig.

Han opplevde at han hadde lagt ned en stor innsats, men at partner og svigerforeldre ikke anerkjente det han hadde gjort. Det kan føre til at en føler seg urettferdig behandling og sveket. Hvordan en håndterer disse følelsene handler om hvordan de opplever seg selv og situasjonen. Er belastningene og kravene som situasjonen krever verdt innsatsen? Antonovskys (2012) begrep om meningsfullhet handler om det er verdt det. For noen er det ikke verdt strevet, det oppleves ikke meningsfullt, og det endte med skilsmisse.

Belastninger

Et rusproblem kan få innvirkning på mange områder i livet. Som vi tidligere har vært inne på så påvirker rusproblem familiefungeringen i forhold til psykisk og somatisk helse, jobb og relasjoner. I tillegg er rusmiddelproblem forbundet med skam. Til tross for at jeg var godt kjent med belastningene som et rusmiddelproblem kan medføre, ble jeg overrasket over hvor mye dette ble tematisert i enkelte av intervjuene. En intervjuperson omtale det å være pårørende på denne måten; ”*Jeg kjente virkelig at underlaget beveget seg under meg, så jeg følte jeg mistet taket...ja jeg følte virkelig at nå glipper taket på en måte*”.

Jeg vil i dette delkapitlet beskrive noen av de individuelle belastningene de pårørende fortalte om, deretter vil jeg beskrive det jeg har kalt praktiske belastninger. Jeg har valgt å gjøre et skille mellom de mer individuelle erfarte belastningene som intervjupersonene beskrev og omtaler dem som emosjonelle belastninger, og andre belastninger som jeg omtaler som praktiske belastninger. De individuelle erfarte belastningene handlet om økt ansvar, stress, emosjonell belastning og relasjonelle belastninger. Praktiske belastninger har jeg valgt å samle i en kategori som handler mer om ytre faktorer som økonomi, tap av førerkort, konsekvenser og andre sykdommer hos partner som kom i tillegg til rusproblemet. De belastningene som intervjupersonene fortalte om og som påvirket deres hverdag var stress, stort ansvar, å være sliten og bekymring for barna. Dette knyttes gjerne opp mot tillit, da tillit er svært sentralt i et forhold, og jeg vil komme inn på temaene tillit og kontroll. Bekymring for barna vil bli tematisert i det neste hovedtema, og jeg vil derfor ikke komme inn på det her.

Emosjonelle belastninger

Jeg spurte samtlige intervjupersoner hvordan de opplevde det å være pårørende til noen med rusmiddelproblem. En kvinne beskrev det slik; ” *det er veldig stressende, veldig mye stress*”. Med stress beskrev hun at mannen sine behov var i fokus hele tiden og at han påpekte feil ved henne og omgivelsene hele tiden. Hun gjorde dermed alt hun kunne for å holde hus og hjem i orden og beskrev det som stressende og hele tiden skulle passe på. En annen kvinne fortalte; ” *Å det var alt. Jeg satt alene med alt. Jeg kan ikke tenke meg noe som ikke var vanskelig*”. Denne kvinnen opplevde å måtte ta alt ansvaret hjemme, da partneren som var i rus verken kunne være en forelder eller håndtere økonomi. Hun hadde dermed ansvar for barn, hus og hjem, og i tillegg måtte hun yte omsorg for han. I en slik situasjon kan man snakke om et dobbelt omsorgsansvar. Det var ingen av intervjupersonene som brukte det begrepet, men det var mange som beskrev et hushold der de hadde alt ansvaret og i tillegg måtte opptre på spesielle måter for å ikke forstyrre partneren som ruset seg. De beskrev at de måtte være stille, ikke mase eller spørre for mye, holde orden i huset og ikke være i veien. Disse beskrivelsene kom fra både kvinnelige og mannlige intervjupersoner. Jeg fikk inntrykk av at det kunne være selvpålagt atferd som de brukte som strategi for å unngå at den som ruset seg skulle bli sint eller få en unnskyldning for å

drikke. Det å hele tiden gå på tå hev er en stor belastning som etter hvert kan påvirke både fysisk og psykisk helse. Andresen (2012) sier at det er ikke bare personen som har rusproblemer som får økt toleranse for rusmidler og at avhengigheten setter dype spor. De pårørende øker også sin toleranse for den rusavhengiges rusmiddelbruk og atferd. Dette medfører at kriser og bekymringer blir det som er normalen og virker parallelt med en følelse av utilstrekkelighet og avmakt (Andresen, 2012).

En mann knyttet det å være pårørende opp mot manglende tillit og det å ikke kunne stole på partneren sin; ”*det har vært som å, å ikke kunne stole på noen, det er som å sove med fienden sin, man vet aldri hva som skal skje*”. Intervjupersonen beskriver en grunnleggende utrygghet i forholdet med bakgrunn i at han ikke kan stole på partneren. Tillit handler om i hvilken grad personen tror på at andre vil handle på en bestemt måte i fremtiden og det kan være avgjørende for en persons mestringsevne (Heggen, 2010). Den grunnleggende tilliten blir svekket eller ødelagt, og dette kan være en sterk emosjonell belastning. Det kan dermed ligge en betydelig utrygghet i det å forholde seg til noen og leve sammen med noen som er har et rusproblem. Tillit er fundamentet i et forhold, og en mann uttalte om tillit;

Den grunnmuren hun har revet ned og revet ned, som jeg har prøvd å bygge opp igjen. Til og med fundamentet forsvant utenfor stupet og jeg var i ferd med å forsvinne samme vei.

Intervjupersonen omtaler tillit som grunnmuren i et forhold, og at rusmiddelbruk gjorde at tilliten ble ødelagt etter gjentatte ganger med tilbakefall til rus. Når tilliten mangler i et parforhold vet en ikke hvordan en kan forholde seg til partneren, og behovet for å ha kontroll øker. Mange av de pårørende beskrev et økt kontrollbehov med bakgrunn i de belastningene de opplevde i hverdagen. I følge Birkeland og Weimand (2015) beskriver mange pårørende i deres levekårsundersøkelse at det å prøve å få kontroll er en del av det å være i nær relasjon til en med rusmiddelproblemer. Det kan handle om å forhindre eller begrense bruk av rusmidler. Andre forteller at det handlet om at de har tatt kontroll over økonomi og det å unngå bilkjøring (Birkeland og Weimand, 2015). En kontrollerer det en selv gjør og en kontrollerer det partneren gjør.

Noen oppga at det å være pårørende utfordret forholdet fordi det vanskeliggjorde kommunikasjonen, den ene fortalte at partneren ikke ville prate om det og ble sint dersom hun tok opp problemet.

Flere intervjupersoner beskrev at rusen vanskeliggjorde relasjoner til andre; noen har opplevd bebreidelse fra nære familiemedlem, og har opplevd at andre har uttrykt at man får klare seg selv når man velger å gifte seg med en alkoholiker. Noen forteller at de måtte bryte kontakten med familiemedlem. Den ene intervjupersonen fortalte at hun har opplevd småbemerkinger fra andre familiemedlem som gjør at hun sitter igjen med følelsen av å ha gjort feil valg ved å gifte seg med en som tidligere hadde rusproblemer;

- Ja jeg har jo følt at liksom broren, (...) søstera og broren og svigerinna, særlig de som bor (...) jeg føler, det kan godt hende det er min følelse "når du er så dum du gifter deg med han så må du nå ta det, altså da kan du bare være det samme, du var nå innmari dum som gjorde det". Jeg vet ikke om det er reelt men jeg tror det er litt i det, jeg tror det. At du måtte jo vite på en måte at det der kunne ikke gå

- Nei ikke sant, liksom skylder på deg...

- Jaaa, og det tenker jeg at det er veldig vanskelig å gjøre

(...) det med rusproblemet, har det forandret forholdet ditt til andre? Du sa at noen tar du litt mer avstand fra...

- Ja jeg føler jo det at hvis noen viser litt, jeg kjente veldig på det når han var vekke, da broren hans, litt arrogante og litt sånn, og det følte jeg at det trenger jeg ikke nå, det, det orker jeg ikke ta, så de har jeg holdt meg litt på avstand fra fordi jeg har rett og slett ikke orket det, så de har sikkert, fikk sikkert nok i første runden ikke sant, det var jo, nå begynner det på igjen

Intervjupersonen kjenner på manglende støtte fra familien, og opplever at familiemedlemmene kan være bebreidende. Partneren har hatt et rusmiddelproblem tidligere i livet, og intervjupersonen sitter igjen med en følelse av at familien mener at når hun var så naiv, så må hun tåle konsekvensene. Dette ender med at hun tar avstand fra familien. Jeg tolker det som et behov for å skjerme seg fra belastende relasjoner. Slike kommentarer og bemerkninger utløser både skam og skyldfølelse hos de pårørende. Med bakgrunn i at relasjonene til familiemedlem eller andre i nettverket blir belastende, velger mange å isolere seg. Dette skal vi komme mer tilbake til senere i dette kapitlet.

Jeg har nå sett på noen av de belastningene som de pårørende har fortalt om, deriblant stress, ansvar, tillit og kontroll. En av de emosjonelle belastningene som jeg har tatt opp er relasjoner. Det er her viktig å påpeke at de fleste nære relasjoner og nettverk er noe av det de pårørende beskriver som en stor støtte i hverdagen, dette skal jeg komme tilbake til i det siste hovedtemaet som omhandler mestring.

Praktiske belastninger

Praktiske belastninger har jeg valgt å definere som ytre faktorer som fremstår som en belastning for intervjupersonene. Tema som kom frem i intervjuene var spesielt økonomiske problemer, tap av førerkort, og andre sykdommer som kom i tillegg til rusproblemet. Som tidligere nevnt var økonomiske problemer en av de tilleggsbelastningene som svært ofte kom frem i intervjuene. Økonomi ble tematisert i syv av åtte intervju, dette er således et viktig tema som de opplevde hadde stor innvirkning på livet. I rapporten av kompetansesenter rus "Hvem er de pårørende?" rapporterer de at 52,1 % av informantene hadde erfart økonomiske problemer som følge av sin livssituasjon som pårørende til noen med rusmiddelproblem (Kristiansen og Myhra, 2012). Både alkohol og andre rusmidler koster mye penger, og et omfattende bruk kan påvirke økonomien i stor grad. I det ene intervjuet var tilleggsbelastningen med økonomiske vansker omtalt i mye større grad enn rusproblemet. Det er ikke bare forbruket som koster, intervjupersonen fortalte at partneren var dårligere i stand til å håndtere økonomien når det var aktiv bruk av rusmidler. Noen av de pårørende beskrev en vanskelig økonomisk situasjon med bakgrunn i valgene som partnere hadde tatt. En kvinne fortalte;

- Dette her med økonomi, det har vært et kjempeproblem for oss. Han har brukt penger ganske ukontrollert, han har gitt veldig mye til (...) ja og det, har vært, ja det har vært ganske tøft, sånn at det vi... også har vi jobba bestandig og sitter igjen med veldig, altså vi har ikke god råd rett og slett og det burde vi hatt, veldig god råd og, fordi jeg har prøvd å spare, bygge opp noe og så har det rent ut i andre enden, det er et kjempeproblem, men jeg var ikke klar over det, før det, det var på en måte for sent, at han drev og gjorde dette der, så vi om. Altså, vi har refinansiert (sukker) to-tre ganger, liksom fordi han har hatt penger på si, så har han hatt et firma, også har han drevet å (...) det var vanskelig å holde ikke sant, en skal betalt moms og en skal betale skatt, også han var til og med i fengsel for det, at han var for sein med momsen, og straffemoms og (ler litt) og alt dette her, så alt har bare rent ut igjen

- Så økonomien var et problem før alkoholen kom tilbake

- Tilbake ja

- Ja

- Så jeg føler at det har han ikke jobbet med, dette med å ha kontroll, altså det har vært sånn, ikke noe grenser liksom, ja...

Hun beskrev at mannen hadde brukt pengene uten at hun var kjent med det og de har måttet selge fritidsbolig, og refinansiere egen bolig med bakgrunn i den situasjonen mannen har satt dem i økonomisk. Den pensjonisttilværelsen hun hadde sett for seg ble brått endret når hun oppdaget dette. I dette tilfellet var intervjupersonen uvitende om den økonomiske situasjonen fordi partneren hadde

ansvar for økonomien. De fleste forklarte at de satt med en vanskelig økonomisk situasjon som direkte følge av rusmiddelproblemet. Noen beskrev at de økonomiske vanskene kom i etterkant, når de gikk fra hverandre og skulle dele boet. Et par intervjupersoner beskrev at det preget hverdagsøkonomien i større eller mindre grad. De økonomiske vanskene går ut over familien som helhet og ikke bare den som ruser seg.

Rusmiddelproblemer medfører ofte konsekvenser, det kan være tap av arbeid, relasjoner, bolig eller andre goder eller ordninger man har. Flere av intervjupersonene oppga at en konsekvens som fikk innvirkning på hverdagen, var at partneren hadde mistet førerkortet fordi de hadde kjørt i ruset tilstand. For noen ble konsekvensen av et slikt lovbrudd vendepunktet som gjorde at de søkte behandling. Den dominerende fortellingen er likevel at dette ble en tilleggsbelastning. Det vanskeliggjorde hverdagen for noen, fordi de var også avhengige av bilen som fremkomstmiddel. For andre fikk det også emosjonelle konsekvenser. De opplevde det som skamfullt at partneren hadde mistet førerkortet på grunn av rusbruk. Den ene intervjupersonen jeg intervjuet hadde svært dårlig syn og kunne ikke kjøre bil selv, så da partneren mistet førerkortet mistet hun en viktig ressurs og støttespiller som gjorde henne mer mobil.

Ved misbruk av rusmidler er det høyere korrelasjon av samtidig psykisk og somatisk sykdom. Korbide lidelser (dobbeltdiagnoser) var en annen tilleggsbelastning som ble beskrevet. En kvinne beskrev at partnerens psykiske vansker var av slik grad at det ville bli vanskelig for han å slutte å drikke. Intervjupersonen beskrev at partneren hadde angstproblemer av en slik art det hemmet han sosialt, og han måtte ruse seg om han skulle være sammen med andre. I det tilfellet fikk jeg inntrykk av at den psykiske lidelsen hadde blitt en forklaringsmodell for rusproblemet, der det ble sett på som utenkelig at han skulle slutte og ruse seg. I andre tilfeller hadde deres partner utviklet depresjon eller andre psykiske vansker som medførte innleggelse i psykisk helsevern. Noen fortalte at deres partner hadde alvorlige helseproblemer som de var til utredning for. Dette ble tilleggsbelastninger til de utfordringer de allerede stod i.

Barnas beste

I forrige hovedtema viste jeg til belastninger de pårørende opplevde. Syv av intervjupersonene hadde mindreårige eller voksne barn, og den største bekymringen de som var foreldre uttrykte, var hvordan de kunne ivareta barna og hvordan skjerme dem best mulig? Dette var et tema som ble mye tematisert i intervjuene og som preget foreldrene i stor grad. Jeg vil dele dette hovedtema inn i to bolker der den første omhandler barnas beste mens den andre handler om omsorgsansvar. Temaene glir inn i hverandre, men jeg velger å dele dem opp for å beskrive opplevde belastninger hos barna i første del, mens andre del handler om samarbeid mellom foreldre og med ulike rettslige instanser.

”Av hensyn til barna”

”Ja, forferdelig følelse å vite at du har (...) barn hjemme og ei mor som er godt ruset på alkohol(...) Så prøvde jeg da å skjerme barna mest mulig så de ikke fikk vite hva det dreide seg om..”. Dette er et utdrag av et lengre sitat fra en far der han beskrev hvordan han forsøkte å ivareta barna når mor ruset seg, og hvor bekymret han var. Denne intervjupersonen var på jobbreise og kom seg ikke hjem før dagen etterpå da han ble oppringt om at moren var ruset. Han beskrev det som en forferdelig følelse. Det å ikke kunne være der for barna når den andre forelderen ikke er i stand til å ta seg av barna kan utløse maktesløshet og skyldfølelse. Jeg opplevde at flere av intervjupersonene både hadde skyldfølelse for om de hadde gjort nok for barna og samtidig sinne og frustrasjon over partneren. Det fremstår som vanskelig å forstå for intervjupersonene at en forelder blir så avhengig av et rusmiddel at de velger rus foran familien. Dette kan være både skambelagt og tabubelagt om en ikke får hjelp til å håndtere følelsene rundt en slik situasjon. Det viser til det intervjupersonen i dette utdraget sa, han forsøkte å skjerme barna så de ikke fikk vite hva det dreide seg om. Dette kan være en måte en velger å håndtere det på når en ikke selv vet hvordan en skal forholde seg til det. Mange av historiene intervjupersonene fortalte var hendelser som gikk tilbake i tid, og intervjupersonene fikk mulighet til å se historien på en annen måte når de fortalte den til en ny person. Historien kan endre seg når man ser den fra en ny vinkel eller fra et annet

synspunkt. Intervjupersonen som hadde dette sitatet bebreidet seg selv for at han ikke hadde valgt å gå tidligere. Det kan handle om at når han ser historien sin utenfra ser han hvor tøft dette må ha vært for barna, mens han ikke var i stand til å se det når han var i situasjonen.

Fem av intervjupersonene hadde mindreårige barn i sin boenhet og uttrykte stor bekymring for det de hadde opplevd og i hvilken grad rusen har påvirket dem. En intervjuperson uttrykte dette; *”Jeg synes så synd på barna, og det de har opplevd”*. Hvordan de håndterte foreldrerollen og det å ivareta barna ble tematisert på ulike måter, og de hadde valgt å gjøre det på ulike måter. Det vil også være naturlig med tanke på at de hadde ulike livssituasjoner der det i noen tilfeller ikke var rus tilstede i hverdagen da personen med rusmiddelproblem var rusfri, mens hos andre var personen med rusmiddelproblemet i aktiv rus. To par hadde valgt å holde det skjult for barna, og opplevde at de hadde skjermet barna for rusen. I begge de tilfellene var partneren rusfri og har vært det en periode. De vurderte at det ikke var behov for å fortelle barna om rusmiddelproblemet. Det ene paret hadde likevel snakket om at dersom det ble tilbakefall til rus, så måtte barna få vite hva det dreide seg om. Ved tidligere tilbakefall til rus hadde personen med rusmiddelproblem måttet ut av huset umiddelbart og han fikk ikke lov å ha kontakt med partner og barna. Dette var en konkret avtale de hadde laget for å skjerme familien dersom han fikk tilbakefall. De hadde i de tilfellene han ble vekke noen dager grunnet rusing fortalt av han var på jobbreise.

I andre familier hadde barna vært vitne til og opplevd den ene forelderen ruset, og intervjupersonen uttrykte sterk bekymring for hvordan det har påvirket dem. Den ene kvinnen fortalte at både hun og barna levde i frykt; *”han gjorde livet vårt vanskelig i mange år med forfølgning og møte opp beruset og banket på døren og kikket gjennom vinduet, så det var mange år at barna var veldig redd han”*. Hun fortalte at barna har hatt ulike reaksjoner i etterkant og at det ene barnet har hatt sterke utbrudd med utagering. Andresen (2012) beskriver at det å vokse opp med foreldre med rusmiddelproblemer representerer en betydelig helserisiko for barn, og at de som gruppe har flere følelsesmessige, atferdsmessige og læremessige problemer enn andre. Familien er hovedarena for barna utvikling, og barna er avhengige av kjærlighet, støtte, bekreftelse og struktur. En av de mest grunnleggende oppgavene er tilknytning. Rusmiddelinntak hos foreldre kan forstyrre den tryggheten og stabilitet som trengs for å gi god tilknytning (Andresen, 2012). Intervjupersonen fortalte at de atferdsmessige

problemene hun opplevde hos barna førte til at hun søkte om oppfølging for barna også. Også andre intervjupersoner informerte om at barna mottok oppfølging for å bearbeide hendelser med rusproblemet.

Noen søkte hjelp for barna, mens andre oppsøkte hjelpetiltak for hele familien. En intervjuperson forteller at da det eldste barnet begynte på skolen tok skolen kontakt fordi barnet hadde fortalt at han ikke vil bo med pappaen lengre fordi han drakk. Det førte til at intervjupersonen kontaktet barnevernet for å få hjelp.

- Så det eskalerte gradvis, også fikk dere på en måte tilbakemeldinger fra omgivelsene også som?

- Ja, når eldste gutten begynte på skolen, så har jo han snakket mye med læreren sin og fortalt hva, at pappaen, han vil ikke være med pappaen lengre, han vil ikke bo med pappa lengre og til slutt har det kommet frem at han pappa drikker. Så var vi på møte på skolen, eller jeg da, og jeg meldte oss selv til barnevernet for å få hjelp.

Å kontakte barnevernet kan være et stort steg for en familie, da barnevernet også er en kontrollinstans. Hos intervjupersonen i sitatet var det tilbakemeldinger fra omgivelsene, denne gang skolen, som medførte at barnevernet ble kontaktet. Intervjupersonen forklarte ikke om dette var noe skolen hadde anbefalt eller pålagt dem. Temaet om samarbeid med barnevernet skal jeg behandle nærmere i neste delkapittel som omhandler omsorgsansvar.

Å skjerme barna er et begrep som kom igjen i nesten alle intervjuene der det er barn inne i bildet, og de beskrev det å skjerme barna på ulike måter. Noen skjermet barna ved ikke å informere om rusmiddelproblemet, mens andre skjermet dem ved å holde de vekke fra situasjoner der partner var i aktiv rus. Dette var ikke like enkelt bestandig og en intervjuperson brukte julaften som eksempel. Hun beskriver hvor vanskelig det var å skjerme barna på julaften, en dag som skal være barnas dag, og den ene forelderen drikker. Det er forventninger om at familien skal være sammen og det skal være hyggelig. Hun beskriver dilemmaet om å skynde seg meg å åpne gaver kontra det at de skal oppleve far beruset, igjen. De pårørende forteller at de er bekymret i forhold til partners rusbruk i forhold til barna, men de uttrykte også bekymring i forhold til seg selv med tanke på hvordan barna oppfatter dem; ”også opplever de meg sikkert som veldig stressende, så kanskje jeg blir kort i lunta og jeg forandrer meg sikkert jeg og”. Intervjupersonen hadde reflektert over at hennes atferd trolig endret seg når partneren var i rus. Stemningen i hjemmet vil være påvirket av rusbrukerens dagsform, og vil skape en uforutsigbarhet

(Andresen, 2012). Dette gjelder også den rusfrie forelderens atferd, da den vil påvirkes i stor grad av rusbruken.

Også de med voksne barn tematiserer barna som en sentral part og en intervjuperson beskrev at hun må være sterk for barna. Hun fortalte at dattera fanget det opp når det er noe som plaget henne, det kommer godt frem i sitatet under;

(...)og jeg tenker også på dattera vår og jeg tenker at hun er veldig var på meg hvis at jeg er nødt til å være sterk for ho (stillhet – tårer i øyne). For jeg merker at hvis ho ser at jeg virker sliten så blir hun ganske fortvilt. Og det synes jeg, det tenker jeg at nå må jeg være sterk, nå må jeg være sterk, for nå krever hun av meg at jeg er sterk, det... for hun synes det er så forferdelig at jeg ikke har det bra

- Ja ikke sant, klart det

(snufser litt) så det, det synes jeg er tøft for det, hun er så var på det.

Så selv om barna var voksne og levde for seg selv, var det tydelig at det påvirket relasjonen og at rollen som forelder kom godt til syne i intervjuene. Det som er felles for de pårørende som er foreldre er at de fortalte at de satte barnas beste fremst, og det har i flere av intervjupersonenes tilfeller ført til at de har valgt å avslutte ekteskapet med partnere som sliter med rusmiddelproblem. De beskriver en dra-kamp mellom det ene idealet å bli værende i forholdet for at barna skal vokse opp med begge foreldre og det andre idealet å skjerme barna mot rusproblemet. For mange ble vurderingen at skjerming var for vanskelig å få til dersom de valgte å fortsette å bo sammen, og de valgte derfor å avsluttet samlivet. Dette innebar for de fleste at den med rusproblem flyttet ut. *”For jeg har det godt hvis barna har det godt”*, var det en far som sa. Intervjupersonen satte barnas beste fremst og beskrev at det som kunne gjøre hans hverdag best mulig var at barnas mor ble stabil nok til å kunne være med barna. En annen far sa at *”så lenge barna har det bra så har jeg satt meg selv bak”*. De beskrev også at barna har vært en viktig faktor som har gjort at de har klart å stå i det.

En forelder forteller at han var sint på behandlingsapparatet for at han ikke fikk råd om å gå fra sin partner tidligere. Han sier at han tror han har utsatt barna for mer utfordringer enn det som var bra ved å bli værende så lenge i ekteskapet. Han ønsket konkrete råd på hvordan han skulle håndtere situasjon og han var av den oppfatning at hjelpeapparatet skulle gitt klar beskjed om at han skulle avsluttet ekteskapet. Det finnes kunnskap om kjønnsforskjeller i bruk av helsetjenester blant pårørende. Kvinner

synes å være mer opptatt av følelsesmessige mestringsstrategier, mens menn er mer opptatt av en mer praktisk og problemløsende mestringsstrategi. Menn er opptatt av hvordan men konkret organiserer og strukturerer hverdagen (Andresen, 2012). Dette kan tyde på at menn ønsker mer praktisk rådgivning, slik som intervjupersonen her uttrykker.

Et valg som kommer frem hos flere av de pårørende som er foreldre er at de praktiserte avhold til alkohol. Noen sa at det handlet om at de ikke opplevde noe glede med alkohol og at den forbindes med et problem, men flere av de fortalte at det handlet om å være en trygg forelder, en far sa; ”*jeg skal være til å stole på*”. Denne faren satte det i sammenheng med at barna har hatt mange dårlige opplevelser med at mor ruset seg. De opplevde det som vanskelig når mor var beruset og at det skulle bare et glass til før de oppdaget at hun har drukket. Han ønsket ikke at barna skal ha den opplevelsen ved at han drikker.

Omsorgsansvar

Hos noen av intervjupersonene var det allerede samlivsbrudd. De bodde da i ulike boenheter og intervjupersonene jeg traff hadde i disse tilfellene omsorgsansvar for barna. Omsorgsansvar kan gjennom intervjuene jeg har gjennomført fremstå som en kime til konflikt. Hos noen av intervjupersonene hadde den partneren med rusproblemer samværsrett og hadde barna tidvis, mens en person ikke hadde samværsrett på intervjutidspunkt grunnet aktiv rusing. Temaene barnas beste og omsorgsansvar har glidende overganger, men her vil det handle mer om det som omhandler det rettslige ansvaret om å ta vare på barna. Som jeg har nevnt over går rusproblemet ofte utover tilliten, det kan da være vanskelig å overlate barna til noen som en vet har et rusproblem og som har påført familien mange vanskelige opplevelser. Den ene intervjupersonen beskriver det som veldig traumatisk for henne og barna når far ble rusfri og kjempet for å få omsorg for barna etter at han hadde gjort livet vanskelig for dem i mange år. Hun stilte spørsmålsteget ved rettsapparatet i Norge da hun mente at menn har for sterke rettigheter i det norske samfunnet.

Stort sett alle som hadde mindreårige barn var i kontakt med barnevernet eller hadde vært i kontakt med barnevernet. Hvordan de opplevde det var veldig ulikt. Den ene pårørende opplevde samarbeidet med barnevernet som svært nyttig og han konfererte ofte med dem når han var usikker på barnas beste, for å drøfte om han hadde tatt riktige avgjørelser. Barnevernet fungerte for han som en rettesnor der han kunne få veiledning ved behov. Andre derimot opplevde det å ha kontakt med barnevernet som vanskelig, til tross for et godt samarbeid med barnevernet;

Det har jo vært tøft at når han var rusa så har jo også barnevernet blitt involvert. Det er på en måte det som har vært det verste. Vi har veldig godt samarbeid med dem og de vet at barna er godt ivaretatt hos meg men bare, bare det å være involvert i barnevern er et sånt mareritt egentlig.

Det hun beskriver her er vel egentlig følelsen av det å bli meldt eller å ha kontakt med barnevernet som vanskelig, og ikke kontakten i seg selv. Det kan handle om at det oppleves som stigmatiserende å meldes til barnevernet. Også andre har oppgitt at det har vært stressende å bli kontaktet av barnevernet. En far fortalte at hver gang mor søkte rusbehandling ble det sendt bekymringsmelding til barnevernet, han uttrykte det slik;

Så da blir jeg bombardert i fra barnevernet og det er stressende, så derfor har vi fikset det på papiret også, at jeg har de 100 %.

En kvinne fortalte at hun var redd for å ta opp det med rusbruk til andre offentlige instanser, fordi barnevernet da ble kontaktet, uavhengig av om far ikke hadde kontakt med barna. ”*Jeg er livredd alt som har med barnevern å gjøre for hver gang X ikke har fulgt opp med ting eller dummet seg ut offentlig, så har folk koblet inn barnevernet*”. Hun opplevde det som belastende at hver gang han skulle inn til behandling, så ble det sendt bekymringsmelding til barnevernet og det ble satt i gang undersøkelse, selv om hun opplevde at barna var ivaretatt. Det å være i kontakt med barnevernet ble dermed forbundet med skam og frykt fordi de fryktet å miste omsorgen for barna eller hva omgivelsene skulle si om dem. Selv om de ikke hadde dårlige erfaringer med samarbeidet med barnevernet, opplevde intervjupersonene det som vanskelig og ubehagelig. Det kan handle om at barnevernet er en kontrollinstans, og kan oppleves skremmende. Barnevernet sitter på makt og skal avgjøre om barnas behov er ivaretatt, dersom de vurderer at det ikke er ivaretatt har barnevernet myndighet til å omplassere barnet (Barnevernloven, 1993). Den ene intervjupersonen hadde vokst opp i et annet land og opplevde

samarbeidet med barnevernet som særlig vanskelig. Det kan grunne i kulturforskjeller, manglende kjennskap til det norske rettssystemet og språkvansker.

Det andre som ble tematisert i forhold til omsorgsansvar for barna var samarbeidet mellom foreldrene. De fleste ønsket et godt samarbeid rundt samvær, men det ble vanskelig på grunn av rusproblemet og de ødelagte tillitsforholdene. Mellom enkelte parter var dette så konfliktfylt at de hadde vært til mekling og samarbeidsmøter med barnevernet. Den ene intervjupersonen beskriver dette slik;

Og i dag er vi i diskusjon om samvær, mor forstår ikke, fatter ikke at barna ikke skal være sammen med henne, mens barna går til psykiatrisk sykepleier og får bearbeidet det de har vært gjennom og hun er helt klar på at barna ikke er klare for å bo sammen med mor.

En slik situasjon gjør det vanskelig for pårørende i forhold til hvilke hensyn som skal tas, og ikke minst vil barna påvirkes av det. Vi har nå sett på utfordringer i forhold til å ivareta barna som intervjupersonene fortalte om i intervjuene. I det følgende skal jeg komme inn på det siste hovedtemaet som omhandler hvordan intervjupersonene håndterer livet som pårørende, altså hvilke mestringsstrategier de benytter.

Mestringsstrategier

Hvordan en håndterer livet handler om hvilke strategier en benytter for å mestre utfordringene en møter. Som vi har vært inne på tidligere handler mestring om å ha tilgang til ressurser, og evne til å utnytte disse (Heggen, 2010). I intervjuene fortalte intervjupersonen om hva de gjorde for å klare å stå i de utfordringene som livet som pårørende innebar. Jeg brukte blant annet spørsmålene; ”*Hva skal til for at du skal ha det best mulig i din hverdag?*” og ”*hvordan klarte du å stå i de utfordringene du beskriver?*” for å identifisere mestring. Det kom frem mange ulike historier som kom til uttrykk som mestring. Noen hadde en beskrev livet som overkommelig og hadde klare planer, mens andre beskrev en mer krevende livssituasjon der tydelige mestringsstrategier var vanskeligere å identifisere. Av de fortellingene jeg fikk i intervjusituasjonene utkrystalliserte følgende mestringsstrategier seg: *Åpenhet, Oppsøke*

hjelp/behandling, Skjerme seg, Samhold og Håp og mestringstro. I følge Lazarus (2006) finnes det ikke ineffektive og effektive mestringsstrategier, mestring er en prosess.

Åpenhet om rusmiddelproblemet

Som vist i teorikapitlet er rusmiddelproblem ansett som et sosialt avvik i samfunnet og det foreligger fortsatt stigma og tabu knyttet til det å ha et rusmiddelproblem. Dette gjør at mange familier velger å holde problemet skjult for omgivelsene sine. Vi har sett hva et rusmiddelproblem kan innebære og jeg har over presentert noen av de belastningene de pårørende opplevde. En av mestringsstrategiene som kom frem var i hvor stor grad intervjupersonene var åpne om rusmiddelproblemet til omgivelsene. Sju av de åtte intervjupersonene hadde valgt å være åpne om rusmiddelproblemet i nære kretser. Det varierte litt hvem de valgte å dele det med, men de fleste hadde valgt å informere sine nærmeste i vennekretsen og familien. Av de som var i arbeid hadde nesten alle valgt å informere arbeidsgiver og noen hadde også sagt det til kollegaer. En intervjuperson hadde, i samråd med sin partner, valgt å holde problemet skjult for alle. De hadde ikke informert familie eller arbeidsgiver. De hadde også valgt å ta i mot behandling langt unna deres eget hjemsted for at problemet ikke skulle bli kjent. Cignac & Gottlieb (1997) sine definisjoner på mestringsstrategier ble presentert i Lazarus (2006). En av strategiene som ble omtalt der var *følelsmessig uttrykk* og beskriver det som at en mestrer ved åpent å gi uttrykk for følelsene.

Åpenhet som mestringsstrategi handler om at intervjupersonene tar et konkret valg om de vil dele informasjon om rusmiddelproblemet med andre, og dette er en måte å håndtere utfordringene på. Da det kan innebære skam å ha et rusproblem kan det være vanskeligere å informere andre om problemet. Valget om å være åpne er derfor en sjanse å ta der en kan risikere å bli støtt bort, eller en kan være heldig å få støtte. En intervjuperson omtalte problemet på denne måten og hadde opplevd det som positivt å være åpen om det;

- Har rusproblemet forandret forholdet ditt til kollegaer eller andre venner eller familie?

- Mhmm, på den måten at jeg snakker, jeg kan snakke mer om problemet som er kommet, dette er et problem som er kommet i familien min. Jeg snakker med kollegaene mine om det, så på den måten har det forandret men ikke på noen annen måte.

- Så det har forandret til det bedre egentlig?

- Ja

- Du er blitt mer åpen om det?

- Ja, jeg føler at dette er ingenting å skjule. Jeg bare forteller det at nå er det skjedd det og det, ja, for det hjelper å prate om det med kollegaer og venner.

Intervjupersonen sa at han opplevde at det ikke var noe han måtte skjule, og det kan skape en trygghet. Intervjupersonen uttrykte også at det hjalp å prate med andre om det. Dette kommer frem hos flere intervjupersoner. De opplevde at ved å være åpne har de mottatt støtte og omsorg. Ved å informere om noe som mange i omgangskretsen kanskje har en mistanke om eller undrer seg over, bryter man ned tabuet og kan få en bedre og mer åpen dialog. Det kan oppleves som enklere for de rundt å støtte dersom de er åpne om problemet. En annen intervjuperson beskrev det på denne måten;

- Er det noe som har hjulpet deg i de situasjonene (...) hva som har hjulpet deg i de situasjonene det har vært spesielt vanskelig?

- Både jeg og han er jo kristen, så det å ha ei tro og en menighet og masse gode venner der, det har vært alfa og omega, det å ha et nettverk som vet hvordan vi er både på godt og vondt, det har vært veldig viktig, det viktigste faktisk, det å ha noen å snakke med og ikke sitte hjemme og skamme seg selv sånn som jeg kanskje har gjort tidligere før vi var åpne om det da.

- Så du mener åpenhet har hjulpet dere?

- Åpenhet har absolutt hjelp.

- På hvilken måte da?

- Ehhm, jeg føler vi har fått mye bedre vennskap og nærmere vennskap, for jeg tror nok at folk har tenkt at det har vært noe da, men ikke fått taket på det, kanskje ikke ville spurt, sant, mens nå når de vet så spør de "hvordan går det"? Sant de kan konfrontere han og de kan, de støtter han og de støtter meg og, så det har vært veldig viktig å være åpne og kunne innrømme at man har et problem, og vi trenger hjelp, eller vi trenger dere som venner og selvfølgelig gjensidighet, for alle har jo sitt, sant, så det å ha nære venner det er viktig. Heller det enn familie for familie vil gjerne velge side, sant, noen vil forsvare og noen vil anklage

Denne intervjupersonen beskrev en endring fra før de var åpne om problemet og etter. Hun uttrykte at hun i større grad skammet seg før de var åpne om det, og at hun opplevde stor støtte etter at de valgte å være åpne om problemet. Hun beskrev også at hun opplevde en gjensidighet blant venner. Dette tolker jeg som at de kan være til støtte for andre i deres problemer. Ved at de har vært åpne om sitt problem vil kanskje andre dele vanskelige opplevelser i sine liv. For denne intervjupersonen kan det fremstå som at åpenhet har fjernet skamfølelsen og et tabu er brutt ned. I følge pårørendekartleggingen gjort av Kompetansesenter rus- region sør rapporterte majoriteten av pårørende til noen med rusmiddelproblemer at de hadde opplevd skam. 43,4 % oppgav at de hadde opplevde skam tidligere, mens 41,3 % oppgav at

de opplevde skam nå. For noen hadde følelsen av skam endret seg til å være et tilbakelagt stadium (Kristiansen og Myhra, 2012). Dette gjenspeiler også intervjupersonen jeg presenterte over. For henne var skamfølelsen endret etter at de ble åpne om rusproblemet. Å være åpen kan også være enklere når man at man har tilstrekkelige ressurser til å håndtere problemet (Antonovsky, 2013). Å håndtere problemet kan også handle om å akseptere. I følge Cignac og Gottlieb (1997) er *aksept* en mestringsstrategi som innebærer at man aksepterer eller forsøker å akseptere familiemedlemmets sykdom/problem og nødvendigheten av å fortsatt vise omsorg for personen (Lazarus, 2006).

Oppsøke sosial støtte

En annen mestringsstrategi som er omtalt i Lazarus (2006) er å *oppsøke sosial støtte*. I mine intervju ble det i varierende grad beskrevet hvordan de oppsøkte støtte. Noen oppsøkte sosial støtte aktivt, mens andre skjermet seg for omgivelsene i større grad. Denne mestringsstrategien henger tett sammen med åpenhet. Om en er åpen om problemet kan det være lettere for nettverket å gi støtte. Av de som hadde valgt å være åpne kom det tidlig fram at støtte i nettverk spilte en sentral rolle i intervjupersonenes mestringsprosess. Den ene intervjupersonen uttrykte at de hadde god støtte i menigheten de gikk til, og de hadde tette og nære vennskapsbånd som var til stor støtte. Om de ikke hadde vært åpne om problemet sitt, hadde de heller ikke kunnet få den direkte støtten som de opplevde som så avgjørende. Andre omtalte støtte i nettverket som viktig opp mot det å få bekreftelse. Den ene intervjupersonen opplevde det at partnerens tidligere venner ga han anerkjennelse ved å bekrefte partnerens problem og vise han omsorg, som svært støttende.

For den intervjupersonen som sammen med sin partner hadde valgt å holde problemet skjult, ble behandlingen svært sentral. Da han måtte holde problemet skjult alle andre steder, ble behandlingen han mottok som pårørende eneste plassen han kunne prate om rusproblemet som partneren hadde og han beskrev det som å kunne lette på trykket. Han hadde ikke støtte i sitt nettverk, fordi de valgte å holde problemet skjult. Han fortalte at han var i situasjoner der rus ble omtalt og han gjerne skulle ha sagt noe, men valgte å ikke gjøre det. Det handlet om at han ville holde problemet i familien skjult, men han ga

også uttrykk for at nettverket hadde holdninger som gjorde at han var redd for at han ville fått dårlige tilbakemeldinger. De holdt det skjult fordi de antok at familien ville håndtert det på en dårlig måte, og dette førte til at de isolerte seg noe fra familien. For denne intervjupersonen ble valget om å ta i mot behandling en mer fremtredende mestringsstrategi, som er det andre temaet vi skal komme inn på.

Behandlingstilbud

Et av inklusjonskriteriene for studien er å motta oppfølging i spesialisthelsetjenesten som følge av å være pårørende til noen med rusmiddelproblemer, så alle intervjupersonene var i behandling under studien. Det å være i behandling er kanskje ikke en mestringsstrategi i seg selv, men det å oppsøke hjelp er i følge Cignac og Gottlieb (1997) en mestringsstrategi (Lazarus, 2006). Det jeg vil se nærmere på her er faktorer ved behandling som fremmer mestring. Intervjupersonene hadde mottatt behandling i varierende lengde i behandlingssystemet. Noen hadde nylig kommet i kontakt med behandlingsapparatet, mens noen hadde hatt et tilbud i flere år. Jeg spurte intervjupersonene om hva som gjorde at de oppsøkte hjelp. De fleste fortalte at de fikk høre om behandlingstilbudet mens partner var innlagt til rusbehandling eller hadde poliklinisk behandling og de hadde fått råd om å ta i mot hjelp for egen del. Noen hadde blitt anbefalt av barnevernet å oppsøke et slikt tilbud. De fleste ble henvist av legen sin. Med noen intervjupersoner opplevde jeg at det var vanskelig for dem å snakke om seg selv som behandlingssøkende. Selv om spørsmålet handlet om dem, så svarte de som om det gjaldt partneren. Det er ikke uvanlig at det blir så mye fokus på personen med rusmiddelproblemet at egne behov kommer i annen rekke (Bøckmann og Kjellevold, 2015). I noen tilfeller der jeg opplevde dette i intervjusituasjonen valgte jeg å ta det opp;

(...)for man glemmer bort at man er et eget individ nesten. Er det noe du kjenner deg igjen i?

- Kjenner meg veldig godt igjen i det. Den første timen jeg hadde med behandler var det sånn, jeg visste ikke helt hva jeg skulle si og skulle begynne å snakke om meg selv det, jeg hadde ikke noe å fortelle, følte jeg da, så den ble kort. Men det kommer jo seg.

”*Men det kommer seg jo*” indikerer at det å ta i mot behandling og mestre eget liv er en prosess. Det kan være vanskelig å se egen behov og finne rom til egne behov når man bor sammen med noen med

rusmiddelproblemer. Lazarus og Folkman (1984) omtaler mestringen som en prosess der en søker å håndtere indre og ytre krav som er plagsomme eller overskriver egne ressurser. På den måten anser jeg det som å oppsøke hjelp som en aktiv mestringsstrategi der en søker å løse problemer som en har vanskelig for å håndtere selv.

Det å oppsøke hjelp kan være et vanskelig valg. En intervjuperson fortalte om sine forventninger til behandlingen på denne måten;

Jeg var egentlig litt negativ og tenkte at det her er faktisk hans problem, og det her får faktisk han ordne opp i selv, men så var det så viktig for han at jeg ble med, så jeg, jaja jeg kan, jeg har ingenting å tape. Synes jo det var litt halvflaut å komme hit, folk kunne jo lure på hva jeg skulle her og det er veldig mange sånne, egentlig veldig dumme tanker har jeg skjønt nå, men tanker som jeg tenkte da, men etter første timen så var det jo helt topp, det var, jeg vet ikke hva jeg hadde forventet, men jeg hadde ikke forventet at det var så løst og lett liksom. Nei, det var veldig overraskende og kjempepositivt.

Det kommer frem her at hun opplever det som flaut å skulle ta i mot behandling, og lurte på hva andre skulle tro. En tid etter klarte hun å se at det var unødvendige tanker, og hun hadde kanskje latt andres syn på rusmiddelproblemer og rus styre sine egne følelser slik at hun selv kjente på en skam ved å oppsøke behandling. Denne intervjupersonen beskrev også at hun ble overrasket over hvor ”løst og lett” det var. Flere fortalte om en lett og fin stemning, og at de ble godt mottatt. Dette kom frem hos flere intervjupersoner da jeg spurte hva de forventet ved oppstart av behandling, og de hadde en veldig positiv opplevelse av første møte. En annen intervjuperson beskriver det på denne måten;

- Hvilke forventinger hadde du til å få komme hit?

- Jeg hadde ikke peiling, jeg visste ikke, bare tenkte at vi måtte prøve noe, jeg hadde ikke, så det var et veldig åpent sinn jeg hadde. Jeg hadde ikke store forventninger til det ene eller det andre, jeg var bare spent på hva det ble, hva som skjedde.

- Ja hvordan ble det da?

- Nei det ble jo, det var en plass vi kunne få (...)at det var en plass der jeg kunne få snakke med noen som skjønnte. Kanskje også slipper jeg samtidig å få noe kanskje sånn, ”du skulle gjort sånn, du skulle sett det”, det var ikke noe sånt. Jeg fikk si det jeg ville og så fikk jeg gode meldinger tilbake liksom.

Intervjupersonen beskrev at behandlingen ble en plass han kunne bli hørt, men han sa også at han slapp å få bemerkninger om hvordan han skulle håndtere rusen hos sin partner. Det tolker jeg som at han var bekymret for fordømmelse eller dårlige tilbakemeldinger, men i stedet for fikk han forståelse. Min opplevelse var at mange beskrev behandlingen de mottok på denne måten, at de ble møtt med forståelse.

Dette tenker jeg handler om anerkjennelse. Anerkjennelse handler om å se og respektere den andre som et selvstendig individ (Honneth, 2007). Selv om ingen av intervjupersonene brukte dette begrepet så var det mange som beskrev opplevelser som tyder på at de hadde en opplevelse av at de ble anerkjent. En intervjuperson beskrev det slik *”jeg føler veldig på dette med støtte, at det er noen som støtter deg profesjonelt, og det er veldig viktig”*. Denne intervjupersonen brukte begrepet støtte, hun følte at hun ble støttet. Det kan handle om at intervjupersonen opplevde at hun ble sett og at noen lytter til hennes historie.

Behandlingen for pårørende består av flere elementer, det ene er at de informerer/underviser om pårørende og rusmiddelproblem/-avhengighet. Hensikten er å gi økt forståelse i tilstanden både for egen del, men også forstå fenomenet avhengighet. Ved å få en økt forståelsesramme vil en ha et større spekter å spille på når en skal håndtere utfordringene. Dette var noe flere av intervjupersonene tok frem som et viktig element. En intervjuperson beskrev behandlingen på denne måten; *”Får oss til å tenke i andre baner enn det vi kanskje var fast i når vi begynte her, så vi har fått utvidet horisonten mye”*. En annen intervjuperson brukte en beskrivelse som sier veldig mye om hvordan hun opplevde at behandlingen hadde påvirket henne;

- Jeg synes det er veldig positivt, det synes jeg. Det, som sagt det lærer kanskje meg å takle litt mer hverdagen og, ja, vet litt hvordan jeg kan endre meg i forhold til, (...)det er ikke jeg som skal få han til å slutte å drikke, men at jeg kan gjøre mitt for å få hverdagen, som hun sa ”ta tilbake virkeligheten”

- Ja ikke sant. Opplevde du noen endringer i deg selv fra før du begynte her og etterpå?

- Ja, jeg er blitt roligere, i forhold til han da, altså til hans rusbruk så er jeg blitt roligere. Jeg har liksom gått ned, i stedet for å hisse meg opp og bli sint og lage styr, og sånn, det er i alle fall ikke jeg som skal være årsakene til at han bli aggressiv eller sint eller noe, også hvis han begynner med noe, så går jeg helt ned, svarer på en helt normal måte som, ja og det har jeg merket at han også begynt å, hva er det som skjer, ja, så det har hjulpet mye ja, det må jeg bare si.

Denne intervjupersonen beskrev at ved at hun fikk økte kunnskaper om hvordan det er å være pårørende og om rusmiddelproblemer, opplevde hun at hun håndterte hverdagen bedre. Økt innsikt gav økt mestring. Hun beskrev det på en fin måte at hun hadde lært å takle hverdagen bedre og bruker begrep som hun har hørt gjennom behandlingen *”å ta tilbake hverdagen”*. Som det har vært nevnt flere ganger i teksten kan ha et rusmiddelproblem i familien være kaotisk og det kan oppleves som en kontinuerlig katastrofe. Å ta tilbake hverdagen kan handle om at en ved å få økt innsikt klarer en å perspektivere i større grad. Her er Antonovskys (2013) begrep *begripelighet* relevant. Stimuliene en utsettes for

oppleves som forståelige, velordnet, sammenhengene og strukturert, i stedet for kaotisk og uorganisert. En klarer å skape en form for orden i kaoset og på den måten blir det mer begripelig. Ved at intervjupersonene fikk økt kunnskap om hvordan noen med rusproblem ofte fremstår, kunne de vurdere egne opplevelser og atferd ut ifra dette. Det kan også handle om at intervjupersonene opplevde en form for støtte ved å forstå at andre er i lignende situasjoner. De ikke er de eneste som har det slik og at mange av de erfaringene de har, er det andre som også har. Det å vite at en ikke er den eneste kan bidra til å fjerne skamfølelsen.

Et annet spørsmål som jeg spurte intervjupersonene, var om de opplevde noe endring etter at de begynte med behandling. Det var litt varierende hva hvordan intervjupersonene opplevde dette. Noen knyttet det til at økte kunnskaper skapte endring hos dem, slik vi så i eksemplet over. Andre beskrev det som at ved å få komme til behandling og snakke om problemet var det som ” *at jeg har fått stukket hull på ballongen*”. Intervjupersonen beskrev det som en lettelse og fortalte at når han ikke fikk snakket med noen om problemet ble han så ”oppknyttet”. Flere andre beskrev også at de følte seg lettere innvendig av å gå til behandling. Endringen de opplevde kan skyldes at de fikk noen å dele problemet med, noen som forstod utfordringene de stod i. En annen intervjuperson beskriver endringen i seg selv etter at hun begynte i behandling på denne måten;

Ja, det er en stor endring, både hvordan jeg oppfatter det å være rusavhengig og så hva jeg tenker og hva jeg forventer. Det er ting jeg må ha justert en del på. Absolutt, etter hvert som jeg har lært mer.

Denne intervjupersonen beskrev at hun har endret oppfatning av både rusavhengighet og seg selv, dette har medført at hun har endret både egne forventninger og atferd. Denne endringen kan handle om at hun klarer å ta partnerens perspektiv i større grad, og på den måten forstår hun handlingene til partneren bedre. Dette medfører at en i enkelte tilfeller må justere forventninger og i andre tilfeller må de sette grenser i større grad. En intervjuperson beskrev at hun er blitt roligere etter at hun begynte i behandling, og hun fortalte at når hun holdt seg rolig i stedet for å bli sint, ble partneren usikker og lurte på hva som skjedde og endret atferd. Dette kan tyde på at konfliktnivået har dempet seg ved at intervjuperson forholder seg rolig i stedet for å bli oppfarende, og dette spiller inn på partnerens atferd. Det kan også tyde på en forskyvning i maktbalansen i forholdet.

En pårørende beskriver at den største endringen handler om at han ikke er bitter på seg selv lengre;

-Men jeg er bitter. Bitter på at det kunne gå så langt.

- Hvem du er bitter på?

- På henne.

- Er du bitter på deg selv?

- Nei. Behandler har fått meg til å erkjenne at jeg har ingen grunn til å være bitter på meg selv, jeg har gjort det jeg har kunnet. Det har vært tider hvor jeg har følt på hva kunne jeg gjort annerledes, for at hun skulle slutte å drikke. Men jeg har gjort alt, jeg har gjort alt i min makt for å få henne til å slutte å drikke. Jeg har gjort mer enn jeg burde. Av hensyn til barna. Det har jeg gjort.

Bitterhet er noe mange pårørende sliter med, og det kom frem i flere av intervjuene. I dette tilfellet hadde intervjupersonen tatt et oppgjør med egen bitterhet, og det var behandler som hjalp han å innse at han ikke skulle være bitter på seg selv. Dette er en viktig endringsprosess og en viktig faktor av det å håndtere livet som pårørende.

Mest av alt beskrev intervjupersonene at behandlingstilbudet de mottok gav dem støtte, noe som tyder på at de ble anerkjent som jeg var inne på tidligere. En intervjuperson opplevde at behandlingen hadde vært svært viktig for at hun har klart seg og at hun gjennom behandlingen har gått gjennom en endringsprosess der hun til slutt klarte å sette grenser og forlate partneren. Hun beskriver behandler på denne måten;

(...)så hun (behandler) har vært til stor, stor hjelp, og jeg vet ikke hvordan jeg skulle klart meg alle disse årene uten henne. Jeg tror, du spurte hvordan jeg har klart meg, jeg tror ikke, selvfølgelig ville jeg klart meg, men ikke til den samme grad.

Behandling kan gi innsikt i rusproblematikken som gjør at de ser egen situasjon i lys av dette. Behandlingen kan også bidra til at intervjupersonene får oversikt i hverdagens utfordringer. For mange skaper dette en endringskraft. De endrer egne forventninger og handlingsstrategier. Et annet fenomen som ble mye omtalt i intervjuene var det å *skjerme seg*. Det skal vi komme nærmere inn på nå.

Å skjerme seg

Det tredje punktet under mestring som jeg vil ta opp er begrepet å skjerme seg. Det var et begrep som dukket opp flere ganger i løpet av de ulike intervjuene. Noen brukte annen ordlyd, som fristed eller lignede, men innholdet var det samme. De hadde behov for å skjerme seg og de gjorde det for å ta vare på seg selv. Endring ble nettopp tematisert, og det en intervjupersoner trakk frem som en viktig endring var at han var blitt flinkere til å skjerme seg selv. Å skjerme seg er i utgangspunktet ikke et teoretisk begrep og er kanskje ikke det en anser som en mestringsstrategi, men i denne konteksten opplevde jeg at det å skjerme seg var en konkret mestringsstrategi intervjupersonene brukte da livet i seg selv kunne være både kaotisk og utmattende. Jeg opplevde at begrepet ”å skjerme seg” ble omtalt på en annen måte og som et som motstykke det å isolere seg, til tross for at begrepene har mange like element. Mens det å skjerme seg handlet om å beskytte seg selv, skåne seg for ubehageligheter og en måte å dra omsorg for seg selv, ble isolasjon omtalt i et mer negativt ordelag. Isolasjon handlet mer om å bli avskåret fra sosiale sammenhenger, ensomhet og tilbaketrekning. Å isolere seg var ikke nødvendigvis et bevisst valg, men noe som tvang seg frem på grunn av skam, stigma og dårlige opplevelser. Å skjerme seg handlet også noen ganger om å unngå sosiale arrangement, men det kunne fremstå som det å skjerme seg ble omtalt som et mer aktivt valg. De valgte å ikke oppsøke enkelt settinger for å skjerme seg selv. Det å skjerme seg selv ble på den måten en strategi for å ta vare på seg selv, mens isolasjon er et uttrykk for at en ikke mestrer utfordringene.

- Også ser jeg dette med isolering, jeg tenkte jeg skulle gå ned, da var det ei som spurte om jeg hadde lyst på det der (...) (arrangement ved museet)

- Ja på museet?

- Ja, der var jo mange jeg kjent og sånn som var der, som ja broren min var der og hjalp til, og ei venninne av meg, ehhe, også tenkte jeg, vet du jeg klarer ikke gå ned, orker ikke gå ned, det får bare være

- Ja ikke sant

- Ja, så jeg tok meg en sykkel tur isteden

- Ja, det med isolering det er noe som man hører hos mange

- Ja jeg ser at det er veldig lett å gjøre det, fordi at det, eh... (sukker)

- Hva tror du det handler om?

- Nei, jeg vet ikke, men altså for meg, sånn som 17 mai, det var helt, orket ikke klarte ikke å være her 17 mai, det var liksom helt utelukket og det var denne folkemassen, glede og jeg tenker liksom, skal jeg sitte i leiligheta og liksom bare vite, jeg orket ikke det en gang, å tenke på at jeg skulle sitte der, orket ikke denne feiringen.

Dette er et eksempel på isolasjon. Selv om intervjupersonene ikke satte direkte ord på hva dette handlet om, så viser det at hun unngår sosiale steder og spesielt store festdager som 17. Mai. Hun beskrev det som folkemassen og gleden. Hun klarte ikke forholde seg til denne gledelige feiringen og kanskje kan det skyldes at det er vanskelig å ta del i en folkefest når en har det vanskelig selv. Det som også kommer til uttrykk her er at hun unngår å treffe kjente, og på den måten unngår hun å sette seg i en situasjon der noen kan spørre om noe. Dette kan handle om det som vi har vært inne på mange ganger, skam. En annen intervjuperson satte det med isolasjon i sammenheng med at de ble isolert fordi personer i nettverket valgte å trekke seg unna fordi det ble ubehagelig.

- Det som andre har tatt opp er isolasjon, er det noe du kjenner deg igjen i?

- Ja.

- Kan du beskrive litt, hvordan på en måte?

- Venner og familie trekker seg mer unna for det er ubehagelig for dem å komme på besøk og det forstår jeg. Det er jo fryktelig ubehagelig og dem vil ikke involvere seg mer enn nødvendig og det er jo også forståelig selv om jeg ofte kunne tenkt, er det ikke noen andre som kunne ta den der fyren og varsku han hvor, for det hjelper ikke at jeg gjør det, men det hjelper heller ikke at andre gjør det. Av og til så tenker jeg bare kan ikke bare noen ta han og riste han

Dette er ikke et aktivt valg intervjupersonen tar, men et valg andre tar som medfører at hun blir isolert. Isolasjon kan på den måten bli påført av andre.

Ulike former for å skjerme seg ble omtalt. En intervjuperson brukte begrepet å skjerme seg, og beskrev det på denne måten; ”at det handler om å skjerme meg, at jeg ikke orker liksom å ta inn så veldig mye”. Her brukes begrepet på en annen måte enn isolering, hun sier noe om at hun ikke klarer å ta inn så mye og setter det i sammenheng med å skjerme seg og det å ivareta seg selv. Det fremstår her som et aktivt valg. En annen intervjuperson brukte begrepet fristed. Hun beskrev at når hun var på jobb, ønsket hun ikke å bli kontaktet eller oppringt av mannen eller om noe som angikk han, hun ønsket å være i fred.

Egentlig når han ringer eller jeg er på jobb, så vil jeg egentlig bare ha det vekk, for når jeg er på jobb så er jeg på jobb, det er mi fritid, mitt fristed og kan senke skuldrene og koble ut.

Intervjupersonen hadde funnet et sted der ikke alt handlet om rus og rusproblem, og det ble hennes fristed. Dette kan ses på som et rom eller et sted hun skjerner seg, og henter seg inn. Hun skjerner seg fra problemene til ektefellen og setter grenser for når livet skal handle om problemet. Hun skaper seg et rom der hun har andre roller enn pårørenderollen. Det er ikke uvanlig at en trenger en plass der man kan fokusere på noe helt annet enn det som er belastende å håndtere i livet, og på den måten skape avstand til problemet. En annen forteller at hun reiser bort til slektninger for å få avstand til problemet, og at hun valgte og ikke ha noen på besøk for å skjerm seg. Skjerming kan således ses på som et mer aktivt valg enn isolering. Intervjupersonen tar kontroll over eget liv og forsøker å skjerm seg fra situasjoner som er nedbrytende. De gjør noen aktive grep for å stå i situasjonen.

”Vi med vårt problem” – Samhold

Selv om de fleste partnere ønsker å stå sammen om et problem, kan det være svært vanskelig når man lever i et parforhold som er preget av rus. Mange pårørende har da et eget behandlingsbehov og behov for å skjerm seg fra rusen. Til tross for dette var det to av intervjupersonene hadde en svært konkret mestringsstrategi som omhandlet det å være sammen om problemet. De sto sammen med partner i problemet og de ønsket å løse det sammen. Disse parene hadde også mottatt parsamtaler under behandlingen sin og det fremsto som de hadde et felles fokus. Det bør nevnes at i disse parforholdene var partneren rusfri, og samholdet som beskrives var slik situasjonen var nå. Et eksempel på et slikt felles fokus kom fra den ene intervjupersonen;

-Hva vil du si er viktig for at du skal ha det best mulig i din hverdag nå?

- Best mulig, nei det er jo fortsatt åpenhet mellom han og meg og at vi går gjennom det her sammen, det er ikke han med sitt problem men det er vi med vårt problem for det er jo, det angår jo hele familien da, spesielt meg og han, så det er jo det å gjøre sammen og være sammen i det som oppstår, alle de bra dagene også når noe går litt på tverke så er det viktig å være to.

Intervjupersonen påpekte at det er ikke partneren med sitt problem men de med deres problem. Dette kan tyde på at intervjupersonen har tatt noen valg, hun har valgt å støtte sin partner og de har valgt å stå sammen om problemet. Denne intervjupersonen påpekte også hvor viktig behandlingen hadde vært for paret og det hadde vært viktig å komme til behandling og snakke med en person som ikke tok side, og at de fikk snakke om ting de ikke hadde kommet til å snakke om hjemme. Dette kan tolkes som at intervjupersonen setter en sammenheng mellom det å motta behandling og kan ha påvirket parets forhold på en positiv måte. Samholdet og fellesskapet intervjuperson gav uttrykk for at hun opplevde, kan være styrket av at de valgte å ta i mot behandling sammen. Cignac & Gottlieb (1997) beskriver en mestringsstrategi som de kaller ”å skape mening” (Lazarus, 2006). Det innebærer at pårørende velger å tenke at familiemedlemmets atferd skyldes dens sykdom, og at denne atferden ikke er et uttrykk for personligheten. Denne mestringsstrategien kan minne om det Antonovsky (2013) betegner som meningsfullhet. Det handler om hvorvidt man føler at livet er forståelig, om de utfordringer en står over er noe en opplever er verdt å bruke krefter på, heller enn å være dem foruten. Det kan tolkes som at det intervjupersonen beskriver er at hun opplever mening i tilværelsene og at hun er villig til å *ta utfordringen* som Antonovsky (2013) beskriver det.

Den andre intervjupersonen som fremhevet det å stå sammen om problemet beskrev det på denne måten;

(...) det har vært målet og det at vi må prøve å stå sammen, at vi kommer oss gjennom det, at vi kommer oss styrket gjennom det. Det er jo det som er målet, synes jeg i alle fall.

Også i dette tilfellet var partneren rusfri for tiden, og det kan bidra til at en større opplevelse av meningsfullhet enn når det stormer og partneren er i aktiv rus. Denne intervjupersonen kjente selv til hvordan det er å bruke det konkrete rusmidlet som partneren bruker, og beskrev i intervjuet at han dermed kunne forstå bedre hvordan partneren opplevde det. Intervjupersonen kjente til de positive sidene ved rusmidlet, men også nedturene. For intervjupersonen hadde bruken stoppet der, mens for partneren hadde vedkommende utviklet en avhengighet. Det bar likevel ikke preg av bebreidelse på samme måte som i de andre intervjuene, det fremkom en større forståelse. Dette kan ha bidratt til at de klarte å stå sammen om problemet, og eie det sammen, fremfor at det fører at brudd i samlivet.

Fremtidshåp og mestringstro

Den siste mestringsstrategien som fremkom av datamaterialet var håp. Flere intervjupersoner snakket om et fremtidshåp, og det som kanskje skilte mest mellom intervjupersonene var hva dette håpet innebar. For noen omhandlet håpet samlivet og at partneren skulle bli rusfri slik at de kunne fortsette samlivet og gi eventuelle barn en god oppvekst. For andre handlet fremtidshåpet om å finne en ny partner å leve livet med. En intervjuperson hadde et ønske om at partneren skulle være helt ute av livet. Disse håpene fortonet seg på den måten ulikt, det som var felles var at det påvirket hvordan de håndterte livene sine. Cignac og Gottlieb (1998) skiller mellom optimistiske forventninger og pessimistiske forventninger ut fra hvordan en tror en vil håndtere forpliktelser i fremtiden (Lazarus, 2006). Den ene intervjupersonen uttrykte at han hadde tro på at det skulle gå bra; ”*jeg har troa på at det skal gå bra, det vil bli opp og ned, det vil det bli*”. Han hadde en mestringstro som Bandura (1997) beskriver det. Mestringstro handler i stor grad om individet har tro på om egne handlinger kan påvirke situasjonen. For noen av intervjupersonene var dette gjeldene, men for andre kunne jeg få inntrykk av at intervjupersonene ikke opplevde at de kunne ha noen påvirkning på situasjonen. En intervjuperson beskrev at han selv har aktivt oppsøkt hjelp der han mente han kan få den støtten han trengte for å klare seg. Dette kan omhandle hvordan motivasjon innvirker på mestringstroen. I følge Bandura (1997) handler den motiverende delen av mestringstro om at mennesker motiverer seg selv ved at de former målsettinger om hva de kan, forutser sannsynlige utfall og planlegger. Motivasjonen vil også være sterkere dersom de tror de kan oppnå målene. Intervjupersonen viser til en slik motivasjon ved å oppsøke de hjelpeapparat som han mener kan bidra til at han skal håndtere problemet eller mestre bedre. En annen intervjuperson beskrev det på denne måten;

- Hva som har hjulpet deg til å klare å stå i det? (hverdagen som pårørende)

- Det har hjulpet meg at jeg vet hva jeg vil. Jeg vil, jeg tenker fremover, jeg tenker at nå skal livet begynne på igjen, jeg har lyst å treffe en ny partner, ei ny dame har jeg lyst å treffe og jeg har lyst å reise og jeg har lyst å komme meg videre i livet. Det har vært et bestemt fokus og mål, akkurat hva jeg vil gjøre det har jeg visst hele tiden

Intervjupersonen beskriver et helt konkret mål han har satt seg, og har et fremtidshåp. Sitat er et bare et utsnitt fra intervjuet, og det fremkommer også at denne intervjupersonen også har et håp og et ønske om å samarbeide så godt som mulig med tidligere partner, for barna sin skyld. Det kan synes at denne intervjupersonen vil legge den vonde tiden bak seg og se fremover. Han har en planlagt problemløsning og hans måte å mestre på er å se fremover.

Oppsummering

Jeg har nå presentert noen av funnene fra datamaterialet som i de tre første hovedtemaene beskriver konteksten til de pårørende, og i det siste hovedtemaet beskrives mestringsstrategier. Det som preger mange av de pårørendes livssituasjon er både doble og triple belastninger da de lever med en partner med rusmiddelproblemer. Mange har omsorgsansvar for barn, samtidig som de opplever tilleggsbelastninger som økonomiske vansker, helseproblemer eller psykiske vansker. Det å være pårørende til noen med rusmiddelproblemer påvirker forholdet, men det påvirker også relasjonen til andre som familie og kollegaer. De pårørende har beskrevet mange utfordringer, men de beskriver også kjærlighet, fremst av alt kjærlighet til barna, men også kjærlighet til partneren som har utviklet et rusmiddelproblem. De pårørendes historier gir også uttrykk for mestring på flere måter, og vi har i den siste delen sett på noen konkrete mestringsstrategier som kom til syne i datainnsamlingen.

5. DRØFTING

Hvordan pårørende opplever og mestrer sin hverdag er avhengig av en rekke faktorer. Jeg har i datamaterialet mitt funnet fire hovedtema som påvirker hvordan de pårørende håndterer sin hverdag; partners rus og atferd, emosjonelle og praktiske belastninger, hvordan ivareta barnas beste og konkrete mestringsstrategier. Jeg vil nå prøve å vise hvorfor disse funnene kan være interessante. Jeg vil da ta for meg tre ulike perspektiv som er basert på forskningsspørsmålene mine og drøfte hvordan det påvirker mestring. Her tar jeg med meg funnene fra analysedelen, og diskuterer hvilken innvirkning de har. Det første perspektivet er skam, og her blir Goffmans teori om stigma sentral. Det neste perspektivet er anerkjennelse, og jeg vil se det opp mot Honneths beskrivelse av anerkjennelse. Det siste perspektivet er hvordan det å ha oppfølging i spesialisthelsetjenesten påvirker mestring. De to siste perspektivene henger tett sammen og vil utfylle hverandre.

Hvordan innvirker skam på mestringsprosessen?

Det første forskningsspørsmålet mitt er; *Hvordan blir skam tematisert i intervjuene, og har skam innvirkning på mestringsprosessen?* Skam har vært mye tematisert i intervjuene, men hvordan virker skam inn på mestring? Jeg vil begynne med å beskrive hvordan skam kom til uttrykk i intervjuene og drøfte dette i lys av de fire hovedtemaene som ble presentert i forrige kapittel.

Skam kom til uttrykk på flere måter i forhold til partnerens rusmiddelproblem. Noen fortalte direkte at de opplevde skam, og beskrev situasjoner der de hadde vært skamfulle. Det kunne handle om at partner møtte ruset på jobb, at partner ble funnet ruset og forkommen på offentlige steder, og en intervjuperson brukte beskrivelsen «bygdedyret» om sin partner, jf. analysekapitlet. Mer indirekte kom skam til syne gjennom beskrivelser av hvordan de håndterte hverdagen. Intervjupersonene fortalte at de valgte å unngå sosiale arrangement for å slippe å møte kjente. De valgte også å ikke invitere gjester hjem da de ikke visste hvilken tilstand partneren var i. En intervjuperson hadde valgt å holde problemet skjult for

omgivelsene. Alt dette kan være uttrykk for skam. Intervjupersonene ville skjule problemet eller gjemme bort opplevelser og situasjoner for andre. Dette mener jeg kan være uttrykk for at rusmiddelproblemer er skamfullt og noe en ikke ønsker at omgivelsene skal ta del i.

Noe som kom tydelig frem i flere intervju var at partnerens atferd påvirket hvordan intervjupersonen opplevde seg selv og hvordan de trodde andre opplevde dem. En intervjuperson beskrev det jeg oppfatter som en opplevelse av skam på denne måten;

Ja det er jo, folk vil ikke ha noe med alkoholproblemet hans å gjøre, eller han, eller rusmisbrukeren vil de ikke ha noe med å gjøre og når det da er daglig så blir det vanskelig for dem. Og jeg synes det er spesielt når vi treffer nye folk eller naboer som nylig flyttet inn, så er det, så føler jeg, huff, så ubehagelig at dem skal kjenne alkohollukt av han hele tiden, at han er sånn som han er, for han er jo veldig urealistisk i ting, både oppførsel og handling, ikke sant det er mye sånn. Og da, hva tror de om meg da, tenker jeg da.

Dette sitatet beskriver hvordan intervjupersonen opplever skam på vegne av mannens rusmiddelproblem, og knytter det til hvordan andre ser på henne. Intervjupersonen ser på partnerens rusmiddelproblem som noe som strider med sosialt aksepterte normer, og ved at andre oppdager hans problem vil det påvirke hvordan de ser på henne. Hva handler dette om? I følge Goffman (1968) kan en merkelapp på et fenomen, i dette tilfellet rusmiddelproblem, ødelegge en persons identitet. Goffman sier videre at de som lever i nær relasjon til en person med funksjonshemming eller annen sosialt avvikende merkelapp, kan oppleve stigma på grunn av denne forbindelse (stigma by association) slik som rusmiddelmisbruk er. Skamfølelsen som intervjupersonene kjenner på er knyttet til stigmaet ved en sosialt avvikende atferd. I følge Svinseth (2014) har mennesker et bilde av seg selv, og om en handler på en måte som ikke samsvarer med dette bildet vil det utløse skamfølelse. Reaksjoner på skam kan være sosial tilbaketrekning (Svinseth, 2014). Og dette er noe flere intervjupersoner forteller om. De trekker seg unna og isolerer seg eller skjerner seg for andres blikk og bemerkninger. For å forstå hva skam er, må man derfor også forstå identitet og selvbilde. Ved en interaksjonistisk forståelse av identitet ser en på identitet som noe som blir skapt i samhandling med andre mennesker. Skamfølelsen påvirker de pårørendes selvbilde og identitet gjennom det stigma som påføres av andre.

Skam kom også til uttrykk gjennom de emosjonelle- og praktiske belastningene som intervjupersonene beskrev. Av emosjonelle belastninger kom det spesielt frem at kommentarer og bemerkninger fra familiemedlem kunne påføre skyld og skam. Noen intervjupersoner opplevde bebreidelse fra familiemedlem. Den ene intervjupersonen følte at hun måtte ta ansvar for partners atferd, og ”passe på” han. For intervjupersonen endte det med at hun følte på skyld for partnerens drikking, og omtalte det som ”sin skam”. Å internalisere skam på vegne av en annens atferd viser til en skjev maktbalanse og en forskyvning av problemet. Ved at intervjupersonen føler et så stort ansvar for partners handlinger, kan medføre at han ikke tar ansvar for egne handlinger. Dette kan bli en uheldig sirkel som vanskeliggjør endring for begge parter. Det ble også beskrevet skam i tilknytning til praktiske belastninger, og det som utpekte seg som spesielt skamfullt var de økonomiske problemene som følge av rusmiddelproblemet og det at partneren hadde mistet førerkort etter å ha kjørt i ruset tilstand. Økonomiske vansker er noe som vil påvirke hele familien og husholdet, og det å få økonomiske problemer innebar for noen av intervjupersonene at de måtte ta opp nye lån og selge eiendom. Dette beskrev de først og fremst som ubeleilig og trist, men også som skamfullt. Den ene intervjupersonen fortalte at partneren hadde sonet i fengsel grunnet økonomiske vansker og svindel, og dette opplevde hun som flaut og vanskelig.

Et av hovedtemaene i analysen var hvordan barnas beste skulle ivaretas når den ene voksne hadde rusproblemer. I stor grad handlet det om foreldrerollen og hvilke normative forventninger som er til foreldre, og hvordan disse ble vanskelige å innfri når den ene partneren har et rusmiddelproblem. Det var også knyttet skam til temaet som omhandlet barnas beste. Det henger sammen med hva som er forventet av rollen en har som forelder. Dette er kulturelt betinget, man skal ikke være forelder og samtidig ha et rusproblem. Som en intervjuperson sa i forhold til mannens drikking; *hva tror de om meg da?* Hun var bekymret for hva andre tenkte om henne, og hennes håndtering av foreldrerollen. Dette kan vi se i lys av Barnards (2005) studie om foreldre med rusproblemer. Barnard beskriver de moralske implikasjonene ved å være forelder og ha et rusproblem. I Storbritannia er det dominerende kulturelle imperativet at barnas beste skal komme først. Dette mener jeg er dekkende i Norge også, og det er disse normene intervjupersonene opplevde at hun kom i konflikt med da andre så at partneren fremstod som ruset offentlig. Studien til Barnard viser til at den allmenne oppfatning er at problemfylt bruk av rusmidler ikke er forenelig med barneoppdragelse, og er en nøkkelkomponent til at stigma oppstår, spesielt mot kvinner som har rusmiddelproblemer (Barnard, 2005). Den forelderen som ikke har et rusproblem, men bor sammen med partner med rusmiddelproblem vil også oppleve stigma. Igjen er stigmaet til den med

rusmiddelproblem ”smittsomt” (by association), men det eksisterer også et tett koblet, men selvstendig stigma til det å være ”dårlig mor”. Dømmekraften til den som blir i et forhold til en med rusmiddelproblem kan settes i sammenheng med at barnet ikke blir ivaretatt. Som det ble presentert i datamaterialet ble mange av intervjupersonene meldt til barnevernet med bakgrunn av at partner ruset seg og de hadde barn. Dette ble opplevd som vanskelig og skamfullt for intervjupersonene. Det kan tenkes at opplevelsen av å bli meldt til barnevernet handler om at rollen en har som forelder blir ”satt på prøve”. Den forestillingen en har om seg selv blir stilt spørsmålsteget ved. Intet menneske er en øy sier Frønes (2004) og uttaler at individuell identitet er et kulturelt fenomen. Stigma er brukt for å beskrive en egenskap som er sterkt diskrediterende (Goffman, 2000). Personen som bærer egenskapen(e) blir ansett som en diskreditert person i en gitt kultur det en overskrider samfunnets normer for akseptabel rusing. Dette avviket er kulturelt betinget og identitet og kultur henger på den måten tett sammen.

Hvordan virker dette inn på mestringsprosessen? Flere av intervjupersonene beskrev at de har forandret seg på grunn av partners rusmiddelproblemer, og det kom beskrivelser om at de var blitt mer innesluttet, mindre sosiale og følte seg ensomme. En av de kvinnelige intervjupersonene fortalte om hvordan hun har gått fra å være en ”tøff” person som ”taklet det meste” og var ”veldig psykisk sterk” til å bli en annen person de siste årene. Belastningen ved å være pårørende gjorde at det ”sa stopp”, og hennes og andres beskrivelse av henne som ”sosial gladjente” var ikke lenger treffende. Intervjupersonen knytter egen identitet opp mot mestringsprosessen. Hun beskriver sine egenskaper i fortid, og setter det i sammenheng med at hun har nådd ei grense for hvor mye mer hun klarer. Hvordan er dette knyttet til skam? Belastningene ved å være i nær relasjon til en med rusmiddelproblemer kan føre til at ens sosiale identitet blir forandret. Dette viser hvor gjennomgripende pårønderrollen er. Svinseth (2014) uttaler at når en handler på en måte som ikke er i tråd med det bildet en har av seg selv, kan det utløse skamfølelse. Denne intervjupersonen har gått på kompromiss med seg selv da hun anser seg selv som tøff og psykisk sterk, men er kommet til et punkt der hun ikke klarer mer. Det bildet hun har av seg selv samsvarer ikke med virkeligheten og hverdagen slik den er i dag. En kan på den måten se at skamfølelsen intervjupersonene opplever påvirker hvordan de håndterer utfordringer, og skamfølelsen er tett knyttet til selvbildet.

Skam knyttes også til oppfatningen av hva som er normalt og unormalt i et samfunn. Hellesnes (2003) sier at et av nøkkelelementene i samtidens sykdoms- og helseideologi er distinksjonen mellom det

normale og det unormale. Når grensene av det normale blir omtalt, virker det inn på oppfatningen av hvilke avvik som kan tolereres. Å være annerledes, eller avvikende, kan oppleves som en emosjonell belastning er relatert til skam. En av intervjupersonene knyttet skamfølelsen opp mot hva som er normalt og ga uttrykk for at det og ikke ”kunne oppføre seg som andre ektepar” var skamfullt.

Intervjupersonen knytter både skyld og skam opp mot hva som er vanlig, hva som er normalt.

Intervjupersonen fortalte videre i intervjuet at hun hadde skyldfølelse overfor familie og kjente på skyld for at det ikke har gått bra med patronen og hun brukte begrepet *min skam*. Intervjupersonen tok på seg et stort ansvar for partners handlinger og det medfører både skamfølelse og skyldfølelse. Det var flere intervjupersoner som beskrev skyldfølelse i forbindelse med hendelser i forbindelse med partners rusmiddelbruk. I følge Meads teori om selvet vil Ego påvirkes av andres oppfatninger og vurderingen av en selv (Skog, 2006). Ved at pårørende internaliserer andres oppfatninger kan de bli til egne oppfatninger av seg selv. Denne mekanismen ligger til grunn for stigmatiserings- eller stempingsteori (Skog, 2006). Dette kan sammenlignes med Goffmans (2000) teori om stigma. Selv om personen med rusmiddelproblemet er personen som avviker fra sosiale normer og som er den diskrediterte, vil stigmaet som oppstår påvirke de som lever rundt personen og de vil oppleve et eget stigma slik som intervjupersonen beskriver. Skam er i følge Andresen (2012) en intens og smertefull opplevelse som kan gi en opplevelse av å være grunnleggende mislykket, mangelfull og verdiløs. Når skam blir så fremtredende vil det påvirke mestringen på en negativ måte, det vil være en hemmende faktor for mestring.

Skam kan også fremstå som en hemmende faktor på andre måter. Antonovsky (2013) knytter stressfaktorer med plassering av ansvar og skyld. I følge Antonovsky vil en person med svak opplevelse av sammenheng (OAS) lettere legge skylden på andre personer eller forhold, men dette er uttrykk for projeksjon. Intervjupersonen er i dette tilfellet den som *får* skylden, og tar på seg ansvaret. En person med svak OAS lar seg lett overbevise, i motsetning til en person med sterk OAS som vil plassere skylden på andre når realitetene tilsier det. Det å føle på skyld på grunn av andres atferd kan tyde på en lav OAS. E kan tenke seg at pårørende er en gruppe som på bakgrunn av kompleksiteten av emosjonelle belastninger letter påtar seg skyld og at dette påvirker selvfølelsen. Når man bebreider seg selv, er målet for anklagene enten knyttet til et karaktertrekk eller knyttet til atferd. Å karakterisere det som noe man har gjort vil gjøre det lettere å håndtere skyldfølelsen enn når det handler om hvem man er (Antonovsky,

2013). Hvordan pårørende håndterer sin skyldfølelse vil derfor avhenge om de knytter det til at de har utført handlinger som medfører at de får skyldfølelse eller om det er de som person som utløser det.

For å oppsummere kan en se at skam har innvirkning på mestringsprosessen. Skamfølelsen kan utløses av både partneres rusmiddelproblemer og atferd, de belastningene som oppstår i hverdagen, og knyttet til det å være ivareta barna. Rusmiddelproblem er ansett som sosialt avvikende atferd, og de som kjenner sterkest på dette, i tillegg til den som har problemet, er de rundt. Skammen kan være så fremtredende at den hemmer mestring, og medfører at de pårørende får et negativt selvilde. Hvilke faktorer fremmer da mestringen? Jeg skal nå belyse de to neste forskningsspørsmålene i en drøfting av hvilken innvirkning anerkjennelse har og om det å ha behandlingen spesialisthelsetjenesten påvirker mestring.

Hvordan påvirker anerkjennelse mestring?

I denne delen skal jeg se nærmere på hvilken betydning opplevelsen av anerkjennelse har, og hvordan påvirker den opplevelsen av mestring. I teoridelen beskrev jeg Honneths teori om anerkjennelse. I følge Honneth (2007) handler anerkjennelse om tre forhold: anerkjennelse som kjærlighet, anerkjennelse som rettsforhold og anerkjennelse som sosial verdsetting. Jeg vil drøfte hvordan anerkjennelse kom til syne i intervjuene, og hva som førte til at de pårørende følte seg anerkjent.

Den individuelle anerkjennelsen kan handle om anerkjennelse som kjærlighet. Kjærlighet anses som det første nivået av anerkjennelse fordi subjektene bekrefter hverandre gjensidig og med det anerkjenner de hverandre som behovsvesener (Honneth, 2007). Behov og affekter må bekreftes for å bli tilfredsstilt eller gjengjeldt, anerkjennelsen må derfor ha en karakter av affektiv tilslutning i følge Honneth (2007). Kjærlighet knyttes ofte til nære relasjoner. Når anerkjennelse som kjærlighet omtales her omhandler det derfor de nære personene som pårørende har i livet sitt, og ikke behandler innenfor hjelpeapparatet. Hvordan intervjupersonen opplevde at partneren med rusmiddelproblem anerkjente han eller henne ble tematisert i flere intervju. En intervjuperson beskrev at partneren så at hun led og på den måten så hennes behov, men klarte ikke å gjøre noe med sitt rusproblem;

Han sier jo selv at han vil ikke dette her, han vil ikke ha det sånn, han ser at jeg sliter, og han vil ikke at jeg skal være så trist og lei, og at jeg ikke skal ha det bra, så men suget er der så stort at han klarer ikke la være

Intervjupersonen fortalte at hun flere ganger hadde reist fra mannen, men vendte alltid tilbake. Dette kan handle om at han bekrefter intervjupersonenes følelser, han anerkjenner henne som behovsvesen, og dermed tåler hun mer i relasjonen. Det en likevel står igjen med er at handling ikke samsvarer med ordene, og intervjupersonen beskrev at tilbakefallet til rus kom like etter at de flyttet sammen igjen. Begrepet medavhengighet kan hjelpe oss å forstå hvorfor mennesker blir værende i forhold til tross for at rusbruk preger store deler av samlivet. Medavhengighet et begrep som omtales innenfor rus- og pårørendelitteraturen. I Birkeland og Weimand (2015) sin studie beskrives medavhengigheten som at de pårørendes velbefinnende har vært avhengig av hvordan person med rusmiddelproblem har det, og at det styres emosjonelt ut fra hans eller hennes opp- og nedturer. Medavhengighet handler om at de som lever rundt personen med rusmiddelproblemer bidrar til å opprettholde rusproblemet ved at de gjør misbruket mulig (Howells & Orford, 1996). Dette er ofte et handlingsmønster som de pårørende ikke selv klarer å identifisere. Det kan dreie seg om å gi penger til personen med rusmiddelproblemer eller tilpasse livet ut fra dens behov og tilpasser atferd deretter. Medavhengighet handler i følge Hole (2014) om at mennesker i nære relasjoner gradvis tilpasser seg en situasjon over tid som verken er gunstig for personen med rusmiddelproblemer eller de som lever rundt. Medavhengighet og muliggjørende atferd bidrar således til en uheldig symbiose som gjør at verken partner eller den pårørende selv ser den pårørendes behov. Når hovedfokuset fra begge parter er rusmiddelproblemet blir symbiosen i relasjonen destruktiv. Det blir en skjevfordeling av makt i forholdet. Personen med rusmiddelproblem vil ikke være i stand til å anerkjenne den pårørende som en person med egne behov. Manglende anerkjennelse kan være hemmende for mestringen.

De belastningene pårørende opplevde både av emosjonell av praktisk karakter kan også forstås ved hjelp av begrepet miskjennelse. Noen fortalte at partner og familie ikke så og verdsatte den jobben de opplevde å ha gjort for partneren som hadde et rusmiddelproblem. Dette skapte en diskrepans mellom bildet intervjupersonen hadde av seg selv og det han oppfattet at partner/familien hadde. Denne diskrepansen utløste bitterhet, både overfor situasjonen og overfor partner og familie. Som motsetning til anerkjennelse kan miskjennelse påvirke selvfølelsen negativt.

Hvis en ser på de pårørendes belastninger opp i strukturelt perspektiv, kan en se at pårørende som gruppe har fått anerkjennelse de siste årene. Pårørende som gruppe har fått rettigheter de siste årene og dette kan også gi økt anseelse. I dag skal spesialisthelsetjenesten involvere pårørende i behandlingen til familiemedlem som har rusmiddelproblemer, og pårørende som har et eget hjelpebehov på grunn av ruslidelse hos noen i nær relasjon kan ha rett til behandling. Dette har medført at det i svært mange kommuner har blitt opprettet tilbud til pårørende.

Likevel oppgav mange pårørende at de ikke mottok oppfølging og at de ikke kjenner til om det eksisterer et tilbud i deres hjemkommune (Birkeland og Weimand, 2015). Dette kan tyde på at ikke alle helseforetak og kommuner har et tilbud som er godt nok kjent for innbyggerne, og en kan også anta at ikke alle småkommuner har et eget tilbud, selv om det skal finnes i helseregionen. Ved å gjøre tilbudet mer allment kjent vil det kunne bryte ned tabuer og kanskje vil flere oppsøke hjelp. I mitt intervjumateriale kommer det frem at de fleste intervjupersoner fikk vite om tilbudet mens partneren var innlagt i behandling. De kjente ikke til det tidligere. Dette kan tyde på informasjon om hjelpetilbudet ikke er så tilgjengelig, og at en må komme i kontakt med rusbehandling før en får vite at det eksisterer et eget tilbud for pårørende. Kanskje spesialisthelsetjenesten bør ha et større fokus på å informere henvisere for å bidra til slik at flere pårørende får informasjon om tilbud.

Den ene intervjupersonen hadde vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten over så mange år at de første årene eksisterte det ikke et eget tilbud for pårørende, og de hadde ikke egne rettigheter. Hun fikk kun tilbud om samtaler når partneren var innlagt og fikk da samtaler med familieterapeut, men så snart partner ble utskrevet opphørte rettighetene til hjelp tross for at behovet fortsatt var tilstede. Dette endret seg da det ble opprettet et eget pårørendetilbud i klinikken. Å etablere et eget pårørendetilbud i en helseregion med bakgrunn i styrkede rettigheter med eget pårørendeseminar kan på mange måter ses på som anerkjennelse av en gruppe. Sammenhengen mellom rett og anerkjennelse handler om at menneskene som rettighetsinnehavere erkjenner hvilke normative forpliktelser en har overfor andre (Honneth, 2007). Enkeltindividet kan i følge Honneth (2007) få respekt fra andre ved at en besitter rettigheter og kan fremsette krav. På grunn av rettighetens offentlige karakter kan rettighetsinnehaverne utvikle selvrespekt. En kan se individet som rettighetshaver i regi av rollen som pårørende. Det innebærer at den pårørende gjennom den rettslige anerkjennelsen kan betrakte seg selv som en person i

likhet med andre i fellesskapet. Den måten å se på seg selv som en del av fellesskapet omtaler Honneth (2007) som selvrespekt.

Alle mennesker har behov for anerkjennelse på ulike måter. I intervjuene kom det frem at de pårørende kunne kjenne på anerkjennelse gjennom støtte fra nettverk eller gjennom profesjonell støtte. Støtte kan anses som sosial verdsetting. Honneth (2007) beskriver det å verdsette hverandre symmetrisk som å se hverandre gjensidig i lys av verdier som gjør at de andres egenskaper og ferdigheter kan fremstå som betydningsfulle for den felles praksis, og slike relasjoner kaller han ”solidariske”. Møtet med behandlingsapparatet anerkjente enkeltpersonen som betydningsfull. De pårørende oppga å føle seg anerkjent når de opplevde forståelse og at de ble sett som egne personer med egne behov. Det fremkom også fra flere intervjupersoner at det var viktig hvordan de ble ansett som foreldre, og de var opptatte av om de hadde skjermet barna nok. En intervjuperson trakk frem samarbeidet med barnevernet som en profesjonell støtte som anerkjente hans rolle som far og ga han bekreftelse på at barna var godt ivaretatt. Å anerkjennes som forelder gir styrke og flere intervjupersoner beskrev at barna hadde vært en viktig faktor for at de hadde klart å holde motet oppe og ikke gitt opp.

Hvis en tar et steg tilbake og ser på hvilken betydning opplevelsen av anerkjennelse har, kan vi se hvordan det kan påvirke mestring. Den viktigste formen for anerkjennelse som fremkom i mitt datamateriale var at de pårørende ble anerkjent som en egen person med egne behov. De aller fleste fortalte at dette skjedde i interaksjon med behandler i spesialisthelsetjenesten, men noen oppgav også at de opplevde anerkjennelse i nære relasjoner. I behandlingssituasjonen fikk de pårørende opplæring i hva rusmiddelproblematikk er og hvilke konsekvenser dette kan ha. De fikk ny kunnskap og hjelp til å reflektere over hvordan deres egen atferd kunne bidra til å gjøre rusmisbruket mulig; om hvordan de selv gjennom sine handlinger kunne legge til rette for partners rusmisbruk. Disse refleksjonene over egne handlinger/atferd bidro til en bevissthet om at de også kunne handle annerledes. De ble tilført makt gjennom bevisstgjøring. Opplevelsen av anerkjennelse fremstår således som sentral i mestringsprosessen fordi anerkjennelse bidrar til at en kan redefinere selvbildet gjennom ny kunnskap. På den andre siden kan en se at miskjennelse kan påvirke mestringsprosessen på en negativ måte fordi en ikke kommer videre. Miskjennelse kan bidra til at pårørende føler på bitterhet, og det som kom frem i mitt datamateriale var at bitterheten fremstod som en stengsel for at de pårørende klarte å bearbeide sine følelser. Også Birkeland og Weimand (2015) har vist at ved å bearbeide følelser, og få innsikt i

fenomenet medavhengighet har vært viktig for pårørende. Det å øve seg på grensesetting har vært en del av en slik prosess. De pårørende opplevde at det å sette grenser ikke nødvendigvis gjorde partneren rusfri, men det var noe de måtte gjøre for egen del. Denne prosessen der de pårørende ble myndiggjort og gjort bevisste på sine handlingsmuligheter, var viktig for å mestre hverdagen.

Ut i fra dette vil jeg argumentere for at anerkjennelse er svært sentralt for de pårørendes mestringsprosess. Selv om de pårørende ikke kan få partneren til å slutte og ruse seg kan de ved å bli anerkjent bidra til å takle hverdagen. Dette kom tydelig frem i flere intervju, og en intervjuperson beskrev at det ”lærte henne å takle hverdagen”. Hun sa at det ikke var hun som kunne få han til å slutte å drikke, men hun kunne gjøre sitt for å få tilbake hverdagen, og ”ta tilbake virkeligheten”. Ta tilbake virkeligheten var et begrep som intervjupersonen knyttet til det å takle hverdagen, og var et begrep hun hadde fått høre om i behandlingen. Jeg skal nå se på det siste forskningsspørsmålet som omhandler om behandling kan innvirke på mestringen.

Har oppfølgingen fra spesialisthelsetjenesten innvirkning på opplevelsen av mestring?

Det siste forskningsspørsmålet er; *På hvilken måte har oppfølgingen fra spesialisthelsetjenesten innvirkning på opplevelsen av mestring?* Jeg møtte intervjupersonene med en forforståelse av at det forekom gode og dårlige mestringsstrategier, og at det var mange faktorer som påvirket mestringen. Jeg fikk bekreftet at mestringen påvirkes av en rekke ulike faktorer både individuelle og strukturelle faktorer, men at det i liten grad handlet om gode eller dårlige mestringsstrategier. Dette vil jeg nå drøfte nærmere i dette kapitlet. At oppfølging har innvirkning på mestring har jeg allerede vært inne på i delkapitlet om anerkjennelse, og fokuset i dette delkapitlet vil være hvilke faktorer i behandlingen som har innvirkning på mestring, og på hvilken måte de innvirker.

Det at de opplevde en rekke belastninger i sin hverdag som pårørende, var en viktig årsak til at intervjupersonene valgte å oppsøke behandling i spesialisthelsetjenesten. Det kreves både individuelle og strukturelle ressurser for at den pårørende kan få oppfølging innenfor spesialisthelsetjenesten. Det må

foreligge et tilbud, og den pårørende må ha ressurser nok til å klare å oppsøke et tilbud. Mestring var ikke et begrep som de pårørende brukte for å omtale hvordan de mestret. Jeg måtte derfor tilnærme meg mestring på en annen måte, for å finne ut hva mestringsbegrepet rommer i de pårørendes hverdag. Hvordan kommer mestring til syne og har behandlingen som gis noen effekt på mestringen?

Hvordan de pårørende mestrer avhenger i stor grad av hvordan partners rus og atferd fortoner seg, og opplevd belastningen i hverdagen. I min studie kom mestring blant annet til syne gjennom ulike mestringsstrategier som åpenhet, samhold, håp, tro og det å skjerme seg. En sentral mestringsstrategi var det å oppsøke behandling. Flere intervjupersoner fortalte at de hadde opplevd en endring i seg selv etter at de begynte i behandling. En kvinnelig intervjuperson beskrev at hun har hatt en stor endring i hvordan hun oppfatter det å være rusavhengighet og hva hun forventet av partner. Hun beskrev at hun hadde tenkt at ”man kan jo skjerpe seg, og ta seg sammen”, men innsett gjennom behandlingen at det ikke er så enkelt. Intervjupersonen ga uttrykk for at hun gjennom behandling i større grad klarte å forstå partnerens rusmønster, og det har ført til en endring i henne. Den kunnskapen som de pårørende tilegner seg i behandlingen er derfor svært sentral for deres mestring, og dette fremkom hos de aller fleste intervjupersonene mine. Dette sammenfaller med Birkeland og Weimands kvalitative studie om pårørendes levekår (ibid.). Det ble der beskrevet at mange pårørende til personer med rusmiddelproblemer uttrykte at mestringsfølelsen var avhengig av hvilken avstand de hadde til personen med rusmiddelproblemer, fysiske eller emosjonelt. Hvordan de mestret en situasjon var avhengig av at de ble møtt av hjelpesystemet, hvilken kunnskap de hadde fått om rusmiddelproblemer, hvordan de bearbeidet sin pårørendeproblematikk, hvordan de opplevde fellesskap med andre mennesker og hvordan de taklet situasjonen. Det som særskilt kom frem om kunnskap var at mange fortalte at ved å få kunnskap om rusmiddelproblemer og avhengighet, og hvordan det påvirker både personen med rusmiddelproblemer og pårørende, gjorde dem bedre i stand til å mestre hverdagen (Birkeland og Weimand, 2015).

Behandlingstilbudet som intervjupersonene i min studie mottok, innebar individuelle samtaler eller parsamtaler, og hadde både et terapeutisk innhold og psykoedukativt innhold. Psykoedukativ behandling er behandling gjennom pedagogiske prinsipper. De pårørende orienteres om rusmiddelmisbruk, avhengighet, skadevirkninger og hvordan det påvirker de som er rundt, samt hva de kan gjøre i situasjonen. Målsettingen er å øke den pårørendes kompetansefølelse som dermed kan bidra til mestring

av utfordringer og vansker forbundet med det å være pårørende. Intervjupersoner har uttrykt at den kunnskapen de hadde tilegnet seg gjennom behandling har ført til at hun har endret innstilling og forståelse. Dette har medført en endring i atferd. I Orford og Howells (2006) studie *"Coping with a problem drinker: A therapeutic intervention for the partners of problem drinkers, in their own right"* undersøkte de hvordan intervensjon hos partnere til problemdrikkere påvirket deres liv. Studien viste at intervensjon førte til at stressnivået sank og selvtilliten økte. I tillegg så de at håpet steg etter hvert som oppofrende atferd avtok. Oppofrende atferd hos pårørende handler om at man prioriterer andre fremfor seg selv, og settes ofte i sammenheng med medavhengighet. I min studie kan jeg se elementer av det samme. Flere intervjupersoner beskrev at egne behov ble satt bak og dagen ble styrt ut fra partners behov og rusmønster. Dette innebærer at de pårørende uten viten og vilje bidrar til å opprettholde avhengigheten. Ved å bli bevisst disse rollene, endret pårørende egen atferd, og for noen medførte det at partners rusbruk eller atferd også endret seg.

Orford og Howells peker på sammenhengen mellom de pårørendes opplevelse av suksess og at problemdrikkeren hadde redusert drikking. Endring i drikkemønsteret kom som følge av endring i atferd hos partner, og medførte at partner attribuerte på en annen måte. Partner fikk en opplevelse av suksess som igjen økte selvtilliten. Indikasjonene fra 12 måneders oppfølgingen viste at endringen kunne være at langvarig karakter. Partnere opplevde bedre mestring dersom problemdrikkeren også hadde god effekt, men også der problemdrikkere ikke hadde god effekt eller endring i drikking hadde likevel partner bedret utfall enn uten intervensjon (Orford & Howell, 2006). Denne studien viser at intervensjon eller behandling til partnere kan ha god effekt på mestring. I denne studien ble det målt ut fra en symptomskala som plukket ut noen indikatorer som ofrende mestring, selvtillit og uavhengighet. Min studie viser i tillegg noen andre mestringsstrategier. Felles for de ulike studiene er at en intervensjon eller behandling har innvirkning på hvordan den pårørende mestrer, og at kunnskap og bekreftelse er en sentral del av det. Et verdifullt element som Orford og Howell (2006) identifiserte var at det var viktig å gi de pårørende bekreftelse på bekymringene de hadde for problemdrikkeren, og at bekymringene var passende og gyldige. Det handler om å bli møtt og bekreftet på de bekymringer en har.

Hva er det så med kunnskapen som de pårørende tilegner seg i behandling som gjør at de mestrer bedre? Om det er utelukkende kunnskap som skal til, så kunne en tenke seg at en informasjonsbrosjyre ville være tilstrekkelig intervensjon. Det kan tyde på at det relasjonelle aspektet i en behandling også er

sentralt. En kan tilegne seg kunnskap selv ved å lese, men en blir ikke sett, møtt og forstått ved å lese noe. Det er behov for noen som kan *ta den andres perspektiv*. George Herbert Mead beskriver hvordan det sosiale selvet blir konstituert gjennom samhandling og kommunikasjon med andre mennesker (Vaage, 1998). I interaksjon med andre utvikles en kapasitet til å ta den andres perspektiv. Vi lærer å se oss selv utenfra, og den andre innenfra. I følge Mead (1922, s. 215) vil en slik deltakende plassering av seg selv i andres rolle, der man finner respons i sin egen erfaring, få en ekstra betydning. I samspill med behandleren som ser og tar den pårørendes perspektiv, blir den pårørendes selv ivaretatt. Å føle seg ivaretatt kan bidra til at en føler seg trygg og evner å tilegne seg informasjon. Det kom også frem i flere av intervjuene mine var at intervjupersonene følte seg svært godt mottatt og at de var overrasket over holdningen de ble møtt med. Det at de ble overrasket over å bli møtt på en fin måte, kan tyde på at de hadde forventninger om å bli møtt på en annen måte basert på tidligere opplevelser. Dette kom også som en overraskelse på meg, for jeg så det som en selvfølge at de pårørende skulle bli møtt på en god og ivaretagende måte, og det var uventet at de pårørende hadde mistro eller forventninger om fordømmelse. Dette kan handle om at de har møtt skepsis og lite forståelse tidligere. Det at behandler møtte de på en god måte, kan være knyttet til personlige egenskaper og profesjonalitet ved behandleren. Jeg mener likevel det handler om at de ble møtt av en person som ikke er dømmende overfor det problemet de har i familien, og at den holdningen gjenspeilte rusklubben som helhet. Dette skaper trygghet og rom for endring.

Det som fremkom som det viktigste elementet for hvordan mestring påvirkes av behandling, var at mestring er prosessuelt. Lazarus og Folkman (1984) har vært noen av de som gjennom sine studier har fremhevet mestring som prosess. I deres definisjon av mestring er det *”kognitive og atferdsmessige bestrebelser som er under konstant forandring og søker å håndtere indre eller ytre krav som vurderes å overskride en persons ressurser”*. Et av hovedpunktene i Lazarus` (2006) forståelse av mestring som prosess er at det ikke finnes universelt effektive eller ineffektive mestringsstrategier. Alle mine intervjupersoner hadde ulike måter å håndtere sin livssituasjon som pårørende til noen med rusmiddelproblemer, men jeg kunne ikke definere noen av strategiene som gode eller effektive, og andre som ineffektive eller dårlige. Mestringen må i følge Lazarus (2006) også måles atskilt fra sitt resultat, slik at den effekten av den enkelte mestringsstrategi kan måles korrekt. Mestringsstrategiene er en del av en prosess, og de mestringsstrategier som benyttes er de ressurser de har til rådighet på det tidspunktet. På tidligere eller senere steg i prosessen, kan de bruke andre strategier dersom de har andre ressurser

tilgjengelig. En intervensjon eller en behandlingsrelasjon kan bidra til at de pårørende tilegner seg ny kunnskap som gjør at en annen mestringsstrategi benyttes på et senere tidspunkt. Med bakgrunn i det er det å oppsøke behandling en mestringsstrategi som er en del av den prosessuelle mestringen.

Jeg vil gi et konkret eksempel på en det at en bruker de ressursene en har til rådighet i en situasjon. En intervjuperson beskrev en vanskelig livssituasjon og strevet med å håndtere sin hverdag. Først tolket jeg dette som at intervjupersonen manglet mestringsstrategier.

Nei, det er vanskelig, du blir ikke så mye, vi er jo sammen og går oppå hverandre på en måte, men det blir mye, det blir mye krangling da. (...) Det er vanskelig å kommunisere, som pårørende kjenner man kanskje ofte at man snakker forgjeves på en måte, og at de hører hva du sier, men de tar det ikke til seg på en måte (...) men likevel, man føler seg vekkprioritert, og det er jo ikke, det er ikke kjekt det. Så blir det jo vanskelig i forhold til familie og det sosiale og det er, ja, det blir så altopplukkende

Intervjupersonen uttrykte at det var mye motgang, vanskelig kommunikasjon, lite nærkontakt, hun følte at det hun gjorde var forgjeves og følte seg vekkprioritert. På den ene siden kan det se ut til at rusen bryter inn i alle områder i livet og det ikke er plass til henne og at hun ikke evner å mestre, men på den andre siden så gjør hun noen valg. Etter hvert ble det mer tydelig at de mestringsstrategiene intervjupersonen benyttet var de som var til rådighet der og da, og ved intervjutidspunkt valgte intervjupersonen en strategi som Lazarus og Folkman (Lazarus, 2006, s. 144) beskriver som *flukt/unngåelse*. Intervjupersonen ønsket at problemet skulle forsvinne, isolerte seg og skjermte seg. Intervjupersonen opplevde at partners drikking ikke var noe hun kunne ha noe innvirkning på, altså at betingelsene ble vurdert som uforanderlige. Den følelsesfokuserte mestring er da fremtredende. Når stressbetingelsene på den andre siden vurderes som foranderlige, og oppfattes som noe en kan kontrollere vil den problemfokuserte mestringen være fremtredende (Lazarus, 2006). Stressende krav utspiller seg i faser, og følelsene og mestringsstrategiene vil variere i de ulike fasene. En vurdering av mestring av hverdagen som en måleindikator på god mestring vil på den måten være lite hensiktsmessig. Intervjupersonen valgte mestringsstrategier ut fra situasjonen hun var i på daværende tidspunkt, og hverdagen var beskrevet som kaotisk, stressende og opplevdes lite meningsfull. Sett utenfra kan det lett tolkes som at denne personen ikke mestret sin livssituasjon, men min tolkning er at vedkommende tok i bruk de strategier som var til rådighet for å håndtere de utfordringer som forelå og hadde en følelsesfokusert tilnærming. Bandura (1994) bruker begrepet mestringstro som handler om individet har tro på at egne handlinger kan påvirke situasjonen, og at man handler ut i fra det. Dette fremstår som en

mer statisk tilnærming til mestring, og ved bruk av begrepet mestringstro bør en være bevisst på at mestringen skjer i faser og at det er en prosess. Amirkhan (1990) fastslår at studier har vist at selv om unnvikende strategier ikke eliminerer kilden til stress, har det vært demonstrert at de reduserer smerte og bekymring. Samtidig hadde denne intervjupersonen oppsøkt hjelp, og var tidlig i sitt behandlingsforløp med individuelle samtaler. Antonovskys beskrivelse av meningsfullhet (2013) beskriver at en opplever livet som forståelig rent følelsesmessig, og at det er verdt å bruke krefter på. Det handler om vedkommende er villig til å ta utfordringen og prøve å finne mening i den. Denne intervjupersonen har valgt å oppsøke hjelp, noe som viser til at intervjupersonen forsøker å finne mening.

Mestring har vært forsket mye på, og noen studier om stress og mestring har sett på hva som kommer først av mestring og kontroll i en årsaksbestemt kronologi. Tidligere studier som for eksempel Rodin (1982, referert i Amirkhan, 1990, s. 90) har vist at kontroll påvirker mestring. Amirkhan (1990) fremhever likevel modellen i sine studier at mestring kommer i forkant av kontroll. Dette påvirker utfallet som i denne sammenheng er graden av opplevd stress.



Innsats for mestring blir belønnet med oppnådd kontroll, som igjen minsker graden av stressopplevelsen, (Amirkhan, 1990). Denne modellen er forenelig med konseptet «self-efficacy», som handler om at tro på mestring påvirker utfallet, jamfør Bandura og mestringstro (ibid). Forholdet mellom kontroll og mestring er diskuterbart, og en bør ha i mente Lazarus og Folkmans (1984) formaning om gjensidigheten mellom mestring og kontroll. Den viser til at mestring omhandler både fremtidige og retrospektive kronologier, og er en sekvens som går begge veier (Amirkhan, 1990). Alt tatt i betraktning viser dette til at mestringen innebærer en prosess.

Mine data kan tyde på at når de pårørende oppsøker hjelp og tar i mot oppfølging og behandling i spesialisthelsetjenesten, påvirker det mestringen. Å oppsøke hjelp er i seg selv et begynnende steg på mestringsprosessen. Innholdet i behandlingen som tilbys i landet vil variere, men det tilbudet som intervjupersonene mine fikk, innebar en ikke-konfronterende behandlingsform med en psykoedukativ tilnærming. Ved at de pårørende får undervisning om både rus og rollen som pårørende, tilegner de seg

kunnskap som skaper endring og påvirker mestringsprosessen. Dette er knyttet til hvilken opplevelse de har av kontroll i den stressede livssituasjonen. Birkeland og Weimand (2015) fant at forbedret helse hos pårørende i studien kunne forklares med hjelpen de hadde fått til å bearbeide belastningene de opplevde ved å være pårørende. Studien viser at mange pårørende opplevde fravær av tilgjengelige ressurser; både egne og eksterne ressurser som hjelpetilbud. Samtidig var det tydelig at de ved å motta hjelp til å forstå og bearbeide pårørendeproblematikk, ble bedre i stand til å bevare eller forbedre egen helse (Birkeland og Weimand, 2015).

Oppsummering

Et sentralt funn i min studie er at de pårørende opplever en betydelig grad av skam i regi av å leve i nær relasjon til noen med et rusproblem. Skamfølelsen har direkte innvirkning på mestringsprosessen da skamfølelsen påfører de pårørende et stigma. Dette stigmaet internaliserer de pårørende og det gjør noe med selvbildet. Anerkjennelse kan på den andre siden bidra til at pårørende føler seg sett og anerkjent, og de kan tre ut av rollen som medavhengig eller muliggjørere ved å få økt innsikt og kunnskap om rollen som pårørende. Denne kunnskapen oppgir de aller fleste at behandlingen har bidratt til. Selv om skam og anerkjennelse påvirker mestringsfølelsen på ulike måter og kan både hemme og fremme mestring. Det som likevel kom tydeligst frem i materialet er at mestring er en prosess, i tråd med Lazarus (2006) teori, fremfor et personlighetstrekk eller en konsekvent stil. En kan ikke si at dette er en person som mestrer eller at det ikke er det. Graden av mestring varierer og strategiene en bruker varierer gjennom livsløpet. De ulike intervjupersonene var på forskjellige steder i livet, og målsetningene de hadde for sitt liv og sin hverdag var ulik.

Et viktig aspekt i mestringsprosessen er makt– makt er til stede i enhver relasjon, og beskrivelsene som de pårørende kom med tydet på en skjev maktbalanse der rusmiddelproblemet preger forholdet og relasjonen de har på en sentral måte. Trangen til å innta rusmidler påvirker partners atferd i så stor grad at den pårørendes behov settes til side. I følge Heggen (2012) handler det også om makt den enkelte har eller mangler for å styrke sin situasjon. Behandlingsforløpet de har i spesialisthelsetjenesten har bidratt

til at de har fått bearbeidet egen problematikk. Noen av intervjupersonen beskrev at skyld- og skamfølelsen som de tidligere kjente på, nå var endret og de hadde plassert ansvaret for rusmiddelproblemet hos partneren. Ved bevisstgjøringen av egen atferd og hvordan den kan påvirke situasjonen ble de pårørende myndiggjort. For noen endte det å bli myndiggjort med at de valgte å forlate partner og hadde behov for avstand, noen levde videre sammen med partner og de forsøkte å løse problemet sammen, mens en tredje gruppe levde i en situasjon der rusproblemet var aktivt og dominerte samlivet. Denne inndelingen ligner på den Orford (et.al 1998) fant i sin studie på mestring hos familie til personer med rusmiddelproblemer i England og Mexico City. Han fant tre hovedposisjoner som også sammenfaller godt med mine funn; Tolerere, engasjere eller trekke seg tilbake. Tolerere er at de pårørende velger å tolerere rusmiddelproblemet enten ved å være oppofrende, støttende, eller aksepterende. Ved engasjerende mestring forsøker den pårørende aktivt å forandre misbrukernes atferd ved å konfrontere på måter som er enten støttende, bestemte, kontrollerende eller emosjonelle. Den siste måten er at den pårørende trekker seg vekk fra interaksjon med partneren med rusmiddelproblemer. Dette kan ses på som tre sentrale måter å håndtere rollen som pårørende som innebærer ulike former for mestring. I min studie så vi at ved å anerkjenne personen som et eget individ med mulighet til bestemmelse over eget liv, så de pårørende på seg selv på en annen måte og dette ble avgjørende for videre mestring.

Det kan se ut som at nøkkelen i behandlingen som intervjupersonene i min studie mottok var en rekonstruering av deres livsnarrativ. Ved å skille selvet fra personen med rusmiddelproblemet blir den pårørende mer bevisst egne tanker, behov og følelser. I dette tilfellet vil det handle om at de fikk hjelp til å se på historien fra et annet perspektiv og plassere ansvaret hos den som ruser seg og ikke hos pårørende. Datamaterialet viste at behandlingen tilførte ny kunnskap som de pårørende tilegnet seg, og intervjupersonene ga uttrykk for at det å få kjennskap til at andre var i samme situasjon og kunnskap om rollen som pårørende ga dem ny innsikt som påvirket handlingsmønstrene. De omskrev sin historie med en ny forståelsesramme. Dette kan påvirke opplevelsen av skam. Skam om identitet henger tett sammen, og muligheten til å rekonstruere egne historier kan påvirke skamfølelsen. «*Biografien er selvets kjerne og en narrativ konstruksjon. Biografien er den individuelle fortelling som gir den enkelte en ordnet forståelse av seg selv og sammenhengene i sitt liv*» (Frønes 2004, s. 42). De pårørende fikk hjelp til å se seg selv utenfra og ble bevisst på andre aspekt både ved partner og seg selv. Ved å rekonstruere sin egen historie påvirker det identitet på den måten at det oppstår en ny historie om hvordan en håndterer livet.

For de pårørende i mitt materiale bidro det til å redusere skamfølelsen. Det er her sammenhengen foreligger – hvordan den pårørende ser seg selv og konstruerer sin historie og sine narrativ påvirker mestringen og dette er gjensidig.

6. AVSLUTNING

Denne studien gir innsikt i hvordan de pårørende selv opplever rollen som pårørende, og studien omhandler kun pårørende som har oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. På den måten kan en se hva behandling kan bidra med i forhold til de pårørendes mestring av hverdagen. Å gjennomføre et forskningsprosjekt innebærer mange valg. Jeg valgte tidlig hvilket tema jeg ønsket å belyse. Det foreligger ikke mye litteratur om pårørende til personer med rusmiddelproblemer fra tidligere, men de siste årene har det blitt publisert noen rapporter som handler om pårørendes hjelpebehov og levekår. Mitt bidrag blir å belyse mestring hos pårørende som har et tilbud i spesialisthelsetjenesten. I dette prosjektet valgte jeg å fokusere kun på en gruppe innenfor de pårørende, nemlig partnere. Pårørende som er foreldre har vært forsket på i tidligere masterprosjekter.

I dette masterprosjektet har jeg belyst hva som hemmer og fremmer mestring hos pårørende, gjennom å bruke de pårørendes egne fortellinger. Jeg valgte følgende problemstilling; *”Pårørende til personer med rusmiddelproblemer. Hvilke faktorer hemmer og fremmer mestring av hverdagen hos pårørende som har oppfølging i spesialisthelsetjenesten?”*

Et hovedfunn i denne masteroppgaven er at skam er et viktig tema. Skam er mye fremme i historiene til de pårørende. Skam styrer valg og handlinger hos de pårørende ved at de velger å holde andre på avstand og stenger av for relasjoner fordi det blir for tøft. Skam kan også synes å være en viktig faktor i det at mange blir sykemeldte fordi det påvirker helsen, både fysisk og psykisk. Videre kan det synes som behandlingen de pårørende mottar i spesialisthelsetjenesten hjelper dem med å bearbeide skamfølelsen. Dette skjer gjennom at de får mer kunnskap om rusmiddelproblemer og vanlige reaksjoner hos de pårørende som lever i nær relasjon med personer med rusmiddelproblemer. En slik normalisering av egne reaksjoner og følelser synest å være helsebringende. Dette henger sammen med anerkjennelse. Et tredje funn handler dermed om at den anerkjennelse de møter i behandlingen bidrar til at de klarer å se egne behov og gjøre egne valg for å få det bedre selv. Anerkjennelsen bidrar til de ser seg selv som en person med rettigheter. Dette gjør at en kan sette grenser og får makt i forhold til situasjonen og overfor partneren. Dette kan ses på som en måte å gjenerobre makt og bli myndiggjort som person.

En enkeltfaktor som fremstod som viktig var at det kan se ut til at det er noen viktige forskjeller i hvordan de pårørende håndterer utfordringer ut i fra hvor lenge de har vært i behandling. Det kan synes som de som har mottatt behandling over tid, gjerne over ett år, opplever flere valgmuligheter og at de har en tydeligere opplevelse av å kunne påvirke situasjonen de står i. Dette er et lite kvalitativt materiale som er samlet inn på et tidspunkt, og jeg kan derfor ikke si noe sikkert om årsakssammenheng. Jeg ser likevel at intervjupersonene legger stor vekt på behandlingen når de forklarer hvordan de håndterer hverdagen og hvordan de har opplevd endring i egen atferd. Det kan tyde på at behandlingen gir de pårøredene noen viktige ”knagger” for å mestre rollen som pårørende. Det er selvsagt ikke mulig å si at behandlingen er årsaken, men her er en interessant tendens. Dette er noe som hadde vært interessant og utforske i et longitudinelt design.

En annen enkeltfaktor som blir fremhevet som avgjørende for egen mestring hos *noen* av de pårørende, må det være å bryte med partneren. Dette ble av halvparten trukket frem som avgjørende for at de skulle kunne ta vare på seg selv. For noen var det uforenelig å bli i forholdet og samtidig ta vare på seg selv.

Avslutningsvis kan en se at det er flere faktorer i de pårørendes liv som påvirker mestringen, de mest sentrale som kom frem i dette forskningsprosjektet er belyst. Det som kom tydelig frem er at mestringen ikke kan reduseres til en individuell strategi, et karaktertrekk eller en stil, og at det prosessuelle perspektivet ble synlig i de pårørendes fortellinger. Det er variasjoner gjennom livet og hvilke strategier en bruker kan endre seg over tid ut fra hvilke ressurser en har til rådighet

Hva bør man ha fokus på i fortsettelsen?

Tidligere studier har vist at mange pårørende ikke kjente til at det eksisterte et tilbud for pårørende. I min studie hadde de aller fleste fått informasjon om at det eksisterte et tilbud for pårørende først når partner var innlagt for sitt rusproblem, og de kjente ikke til tilbudet fra tidligere. Dette kan peke på at kunnskapen om tilbud for pårørende og informasjon om det som eksisterer er manglende. Dette kan også

bety at det kan være mange som ikke får hjelp. Det å opprette tilbud i alle regioner og bedre informasjonen om eksisterende tilbud bør derfor få høyere prioritet.

Jeg har intervjuet pårørende som går til behandling ved en poliklinikk i Norge. Dette pårørendetilbudet er tett knyttet til rusbehandlingen som gis i den tilhørende rusklinikken. Ved å integrere behandlingene slik at den pårørende og personen med rusmiddelproblemer får samme informasjon og kunnskap, fremstår som en hensiktsmessig måte å imøtekomme de pårørendes behandlingsbehov, men også de som har behandling for rusmiddelproblem. Gjensidig kunnskap kan bidra til å styrke enkeltindividene og gjøre dem mer bevisst på hvordan egne handlingsmønstre påvirker den andre part. Jeg ønsker derfor å fremheve den måten pårørendetilbudet er lagt opp og kan være et godt utgangspunkt der tilbudet ikke er utbygd enda.

At skam er så fremtredende hos de pårørende handler ikke bare om den pårørende, det handler om alle oss og hvordan vi møter atferd som er utenfor rammene av det «normale». Skam handler om hvordan et fenomen blir omtalt, behandlet og ansett. Sentrale funn fra forskningsprosjektet er at flere kjenner på skam og skyld, og dette sammenfaller også med norske- (jf. Birkeland og Weimand, 2015), og internasjonale studier (Orford, et. Al, 2006). Selv om en ser på rusmiddelproblemer på en mer nyansert måte i dagens samfunn, er det noe i rusproblemets natur som vekker den moralske ryggmargsrefleksjonen blant oss (Hole, 2014). Det blir ansett som feil eller uheldig dersom noen ruser seg utover det som er akseptabelt. Moralisme og fordømmelse hjelper nok verken den som har rusmiddelproblem eller de som lever rundt. En bør utvise ydmykhet overfor utfordringer andre står ovenfor. Økt kunnskap og forståelse kan være en viktig faktor.

Da dette er en masteroppgave med begrenset tidslengde faller undersøkelsen ned på en tverrsnittstudie der jeg går inn og gjennomfører intervju en gang. Ved et større prosjekt hadde det vært svært interessant å gjennomføre en tidsseriestudie der en gjennomfører intervju ved oppstart av behandling, etter tre måneder-seks måneder og etter et år, for å kartlegge om mestring eller faktorene som hemmer/fremmer mestring er endret. Orford og Howell (2006) har gjort en lignende studie der de forsket på mestring hos pårørende til noen med problematisk bruk av alkohol. En lignende studie hadde vært interessant å gjennomføre i Norge. Fra et folkehelseperspektiv mener jeg det som hensiktsmessig og nødvendig at pårørende får tilbud om oppfølging for å håndtere belastningene de opplever av det å være pårørende, og det kan bidra til en økt livskvalitet og bedre helse.

Referanseliste:

- Amirkhan, J.H. (1990). Applying Attribution Theory to the Study of Stress and Coping. I Graham, V.S. *Attribution Theory: Applications to achievement, mental health, and interpersonal conflict*. (s. 79-103). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Andresen, Nina E. (2011). Pårørende. I: Lossius, K. (red) (2011). *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (s. 399-426). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Antonovsky, Aaron (2013). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barnevernloven (1993). *Lov om barnevernstjeneste (barnevernsloven)*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>
- Bjørnstad, Thor Christian (2007). *Tilbud til pårørende av personer med rusmiddelproblemer*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Bancroft, A., Cart, A. Cunningham-Burley, S. og Bancnett, K. (2003). *Support for the families of Drug Users: a review of the literature*. Edinburgh: Centre for Research on families and Relationship, University of Edinburgh.
- Bandura, Albert (1994). Self-efficacy. In V.S. Ramachaudran (ed.). *Encyclopedia of human behavior Vol. 4*, pp. 71-81. New York: Academic Press.
- Bandura, Albert (1997). Insights. Self-efficacy. *Harvard Mental Health Letter*. 13 (9): 4-6.
- Bandura, Albert (1997). *Self-efficacy. The exercise of Control*. New York: Freeman.
- Berends, L., Ferris, J., Laslett, A-M. (2014). On the Nature of Harms Reported by those Identifying a Problematic Drinker in the Family, an Exploratory Study. *Family Violence (2014)* 29:197-204.
- Barnard, Marina (2005). Discomforting research: colliding moralities and looking for "truth" in a study of parental drug problems. *Sociology og Health and Illness Vol. 27 No. 1*, 1-19.
- Birkeland, B. Og Weimand, B. (2015). *Voksne pårørende til personer med rusmiddelproblemer – En kvalitativ levekårsstudie. Det gjennomsyrrer jo hele livet*. Rapport IS 2399. Oslo: Helsedirektoratet.
- Bramness, Jørgen G. (2012) Innledende ord. I: Lossius, Kari (Red.) *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig avhengighet* (s. 5-7). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Copes, H., Hochstetler, A. & Williams, P.J. (2008) "We Weren't like No regular Dope Fiends": Negotiating Hustler and Crackhead Identities. I: *Social Problems (2008) Vol.55, No 2*, s. 254-270.
- Dahl, Silje L. (2012) Sensitive tema og hårsåre informantar som metodologiske utfordringar i kvalitativ forskning. *Sosiologisk Tidsskrift*, 20 (1), 7-26.

- Denscombe, Martyn (2010). *Ground Rules for Social Research. Guidelines for Good Practice*. New York: The McGraw-Hill Companies.
- Eide, H. og Eide, T. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fangen, Katrine (2011). *Deltagende observasjon. 2. Utgave*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fekjær, Hans Olav (2009). *Rus. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet (2016). *Rusmiddelutløste dødsfall i Norge i 2014*.
<https://www.fhi.no/ml/alkohologrusmidler/statistikk/rusmiddelutlose-dodsfall-i-norge-i/>
- Goffman, Erving (2000). *Stigma. Om avvigerens sociale identitet*. Oslo: pensumtjenesten.
- Health Knowledge (2007). *Section 3. Labelling and Stigma*. <http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/medical-sociology-policy-economics/4a-concepts-health-illness>
- Heggen, Kåre (2010). *Rammer for meistring. I: Ekeland T-J. Og Heggen, K. (red). Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* (s. 64-82). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet (2012) *Prioriteringsveileder for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*. (Nasjonale faglige retningslinjer). Hentet fra:
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/prioriteringsveileder-for-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb>
- Helsedirektoratet (2015). *Pårørendes rettigheter. Informasjon til pårørende av pasienter med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. IS 2145*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2016). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2015*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 14.10.2016 fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1169/PHV-TSB-Årsrapport-2015.pdf>
- Helse og omsorgsdepartementet (2015). *Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016-2020*. (Prop.15S 2015-2016). Oslo: Departementet.
- Hole, Reidar (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer. En innføring*. Oslo: universitetsforlaget.
- Honneth, Axel (2007). *Kamp om anerkjennelse om de sosiale konfliktenes moralske grammatikk*. Oversatt av Lars Holm-Hansen. Oslo: Pax Forlag

- Howells, E. & Orford, J. (2006). Coping with a problem drinker: A therapeutic intervention for the partners of problem drinkers, in their own right. I: *Journal of Substance Use*. 11(1), 53-71.
- Kristiansen, R. Og Myhra, A-B. (2012). *Hvem er de pårørende som søker behandling, og hva slags belastninger rapporterer de om? Rapport – desember 2012*. Skien: Kompetansesenter rus- region sør.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju. 3. Utgave*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lazarus, Richard S. (2006). *Stress og følelser – en ny syntese*. Oversatt fra amerikansk av Morten Visby etter *Stress and Emotion. A New Synthesis*. København: Akademisk Forlag.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- MacAndrew, C. & Edgerton, R. B. (1970). *Drunken comportment. A social explanation (2. Utg)*. London: Nelson.
- Malterud, Kirsti (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning –en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mead, George Herbert (1922). A Behavioristic Account of the Significant Symbol. I: Vaage, Sveinung (red) (1998). *Å ta andres perspektiv. Grunnlag for sosialisering og identitet. George Herbert Mead i utvalg*. Oslo: Abstakt Forlag
- Orford, J., Natera, G., Davies, J., Nava, J., Rigby, K., Copello, A...& Velleman, R. (1998). Tolerate, engage or withdraw: a study of the structure of families coping with alcohol and drug problems in South West England and Mexico City. *Addiction (1998) 93 (12), 1799-1813*.
- Pasient og brukerrettighetsloven. (2001) *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_2
- Radcliffe, P. & Stevens, A. (2008). Are drug treatment services only for the "thieving junkie scumbags"? Drug users and the management of stigmatised identities. *Social Science and Medicine* 67 (2008) s. 1065-1073.
- Ramsrud, Line (2015, 25 august). *Møt bygdedyret. Oppdal Arbeiderblad*. Hentet 27.10.2016 fra: <http://www.oa.no/nyheter/snertingdal/mot-bygdedyret/s/5-35-148213>
- Rossow, I., Moan, I.S., & Natvig, H. (2009). *Nære pårørende av alkoholmisbrukere – hvor mange er de og hvordan berøres de?* (SIRUS-Rapport nr.9/2009). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

- Skurtveit, S., Nesvåg, R., Handal, M., Evje, M.S.(2016) *Helsetilstanden i Norge. Ruslidelser i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/ruslidelser-i-norge---folkehelse-erap/>*
- Skog, Ole Jørgen (2006). *Skam og skade. Noen avvikssosiologiske temaer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skårderud, Finn (1999). *Uro: en reise i det moderne selvet*. Oslo: Aschehoug.
- Statens helsetilsyn (2002). ICD-10. *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Svinseth, Marit (2014). Overgrep – maktrelasjonen og ydmykelsesprosessen. I: Narud, Kjersti (Red). *Vold mot kvinner* (s. 315-329). Oslo: Cappelen Damm Oslo.
- Teigen, Karl Halvor (2012). *Skam*. I: det store Norske Leksikon. Hentet 04.09.2016 fra <http://snl.no/skam>
- Thagaard, Tove (2003) *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget
- Tjora, Aksel (2013). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vaage, Sveinung (red) (1998). *Å ta andres perspektiv. Grunnlag for sosialisering og identitet. George Herbert Mead i utvalg*. Oslo: abstract Forlag.
- Vik, Lars Jørgen (2010). Makt og myndiggjering – utfordringer for helse- og sosialarbeidarar. I: Ekeland T-J. Og Heggen, K. (red). *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* (s. 83-101). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Waal, Helge (2016). Forord. I: Gråwe, R. W. (red) 82016) *Kombinerte behandlingstiltak for personer med samtidig rus- og psykisk lidelse*. Trondheim: Fagbokforlaget.
- World Health Organization (2016). Management of substance abuse. Facts and figures. Hentet 23.09.2016 fra http://www.who.int/substance_abuse/facts/en/

Vedlegg 1

Intervju mal

Bakgrunnsopplysninger

- Jeg vil gjerne vite litt om deg og din livssituasjon, kan du fortelle litt om det?
 - Navn, alder, kjønn, sivilstatus, livssituasjon? (jobb, utdanning, trygd?)

Rusproblemet - Fokus på personen med rusproblemet

- Vil du fortelle om han/hun du er pårørende til?
- Kan du fortelle meg litt om hvordan rusproblemet utarter seg i dag?
- Hvordan begynte det/utviklet det seg?
- Hva sier han/hun selv om sitt rusproblem?
- Har din pårørende fått behandling for sitt rusproblem?
- Hvordan er forholdet deres i dag?

Livet som pårørende

- Fortell meg litt om din erfaring som pårørende
- Hvordan opplever du det å være pårørende?
- Hvis du tenker tilbake - Er det noe du har opplevd som spesielt vanskelig som du vil fortelle om?
- Hva hjalp deg til å klare situasjonen da?
 - Hvem eller hva var viktige for deg da?
- Hva vil du si er viktig for at du skal ha det best mulig i din hverdag nå?
- Har du gjort tilpasninger på jobb eller i livet for å håndtere situasjonen?
- Har rusproblemet forandret forholdet til kollegaer/venner/ familie?
- Har du noen gange opplevd negative reaksjoner fra omgivelsene?

Oppfølging/behandling

- Hvilket tilbud har du ved behandlingssenteret? Gruppe, individualsamtaler eller begge deler?
- Hva gjorde at du oppsøkte hjelp?
- Hvordan fikk du vite om pårørendetilbudet ved behandlingssenteret?
- Har du hatt andre tilbud om oppfølging i forbindelse med at du er pårørende?
 - Evt. Selvhjelpsgrupper (alAnon, LMS)
- En del av behandlingstilbudet ved behandlingssenteret handler om å gi informasjon om rusavhengighet – hvordan opplever du den delen av oppfølgingen?

- Hvilke forventninger hadde du til tilbudet til pårørende som gis her her?
 - Hvordan ble det?
 - Har du hatt noen positive erfaringer med å motta oppfølging her?
 - Negative?
- Opplever du noen endringer i deg selv eller i livet fra før du begynte i behandling og nå?
 - På hvilken måte?

Er det noe som vi ikke har snakket om i dag, som du har lyst å si?

Vedlegg 2

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Pårørende til personer med rusmiddelproblemer”

Bakgrunn og formål

Jeg heter Ann Helen Midtlid og studerer ved Høgskolen i Volda. Jeg skal gjennomføre et prosjekt der jeg vil se på faktorer som fremmer og hemmer mestring hos pårørende som mottar oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Prosjektet er et mastergradsstudium ved studiet Mestring og myndiggjøring ved Høgskulen i Volda. Jeg ønsker i den sammenheng å intervju personer som har oppfølging ved pårørendetilbudet som tilbys ved en rusklinikk i Norge.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer at jeg ønsker å gjøre et intervju med deg. Spørsmålene vil handle om hvordan du opplever å være pårørende og oppfølgingen ved det aktuelle behandlingssenteret. Spørsmålene vil bli ta opp på båndopptaker som jeg vil bruke til å skrive ut intervjuene i etterkant.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det blir kun jeg og min veileder som vil ha tilgang til personopplysninger. Personopplysningen vil bli lagret konfidensielt. Deltakerne vil bli anonymisert og vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen juni 2017. Alle personopplysninger vil da bli slettet ved endt prosjekt.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet. Det vil ikke få noen innvirkning på din oppfølging ved behandlingssenteret, dersom du ikke vil delta i studien eller senere velger å trekke deg.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Ann Helen Midtlid tlf. 918 51 829 eller min veileder ved Høgskulen i Volda, Silje L. Dahl tlf. 70054878 eller 971 50771.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Studien er også vurdert som ikke søknadspliktig til REK – regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3

Informasjonsskriv vedrørende forskningsprosjekt

”Pårørende til personer med rusmiddelproblemer”

Bakgrunn og formål

Jeg skal gjennomføre et prosjekt der jeg vil se på faktorer som fremmer og hemmer mestring hos pårørende som mottar oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Prosjektet er et mastergradsstudium ved studiet «Mestring og myndiggjøring» ved Høgskulen i Volda.

Jeg ønsker i den sammenheng å intervju personer som har oppfølging ved pårørendetilbudet som tilbys ved X behandlingssenter.

Dette skrevet er ment å være en orientering for de som ikke deltar i studien, men ønsker informasjon om hva prosjektet innebærer.

Hva innebærer studien?

Studien innebærer at jeg skal gjennomføre intervju med personer som har oppfølging ved i spesialisthelsetjenesten som pårørende til noen med rusmiddelproblemer. Spørsmålene vil handle om hvordan man opplever det å være pårørende og om oppfølgingen ved X behandlingssenter.

Hva skjer med informasjonen?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Deltakerne vil bli anonymisert og vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen juni 2017. Alle personopplysninger vil da bli slettet ved endt prosjekt.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta for de som deltar i studien og alle blir spurt på forhånd om de ønsker å delta.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS i januar 2016. Studien er også vurdert som ikke søknadspliktig av REK – regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Med vennlig hilsen

Ann Helen Midtlid
03.05.2016



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr: 985 321 884

Silje Louise Dahl
Avdeling for samfunnsfag og historie Høgskulen i Volda
Postboks 500
6101 VOLDA

Vår dato: 28.01.2016

Vår ref: 46423 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.01.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

46423	<i>Mestring hos pårørende til personer med rusmiddelproblemer</i>
Behandlingsansvarlig	Høgskulen i Volda, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Silje Louise Dahl
Student	Ann Helen Midtlid

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO NSD Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo Tel: +47 22 85 52 11 nsd@uio.no
TRONDHEIM NSD Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim Tel: +47 73 59 19 07 kyre.svaar@st.ntnu.no
TROMSØ NSD SVT, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø Tel: +47 77 61 43 36 nsd@svt.uib.no



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 46423

Formålet med studiet er å beskrive pårørendes erfaring med å leve nær en person med rusmiddelproblemer, hvordan de mester hverdagen og hvordan oppfølging i spesialisthelsetjenesten innvirker på denne mestringen..

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet. Utvalget formidler også et informasjonsskriv til sine nærpersoner

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskulen i Volda sine interne rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 01.06.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

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

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Hege Holde Andersson	22845514	15.04.2016	2016/416/REK sør-øst B
			Deres dato:	Deres referanse:
			16.02.2016	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Silje Louise Dahl
Høgskulen i Volda

2016/416 Mestring hos pårørende til personer med rusmiddelproblemer

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 16.03.2016. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Forskningsansvarlig: Høgskulen i Volda
Prosjektleder: Silje Louise Dahl

Prosjektleders prosjektbeskrivelse

«Dette prosjektet tar sikte på å undersøke hvilke faktorer pårørende til rusavhengige opplever hemmer og fremmer deres mestring av sin livssituasjon. Siktet er å beskrive pårørendes erfaringer med å leve nær noen med rusmiddelproblemer, hvordan de pårørende mestrer hverdagen og om, og på hvilken måte, oppfølging i spesialisthelsetjenesten virker inn på denne mestringen. Metoden jeg vil bruke er kvalitativt forskningsintervju med pårørende som har oppfølging i spesialisthelsetjenesten. De fire forskningsspørsmålene er: Hvilke faktorer opplever pårørende er viktige for at de skal klare å stå i utfordringene de møter som pårørende? På hvilke måter opplever de at pårørendeoppfølging virker inn på deres mestring? På hvilken måte blir skam tematisert i intervjuene og har skam innvirkning på mestringsprosessen? På hvilken måte har anerkjennelse innvirkning på mestringsopplevelsen? Forskningsspørsmålene søkes besvart gjennom intervju med pårørende basert på en intervjumal.»

Komiteens vurdering

I den innsendte protokollen er forskningsspørsmålene for prosjektet beskrevet slik:

- Hvilke faktorer opplever de pårørende er viktige for at de skal klare å stå i de utfordringer de møter som pårørende?
- På hvilken måte opplever de at pårørendeoppfølging virker inn på deres mestring?
- På hvilken måte blir skam tematisert i intervjuene, og har skam innvirkning på mestringsprosessen?
- På hvilken måte har opplevelsen av anerkjennelse innvirkning på mestringsfølelsen?

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning, det vil si «virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom», jf. helseforskningsloven § 2, jf. § 4. Komiteen anser dermed at prosjektet ikke omfattes av helseforskningslovens virkeområde. Det kreves ingen forhåndsgodkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet.

Vedtak

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning, og det faller derfor utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2.

Klageadgang

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

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Med vennlig hilsen

Grete Dyb
førsteamanuensis dr. med.
leder REK sør-øst B

Hege Holde Andersson
komitésekretær

Kopi til:

- Høgskulen i Volda ved øverste administrative ledelse

