



Familieterapi i en rus – og avhengighetspoliklinikk
Muligheter og begrensninger til systemisk arbeid

Christine Ødegård

VID vitenskapelige høgskole

Oslo

Masteroppgave

Master i familieterapi og systemisk praksis

Veileder: Erna Henriette Dahl Tyskø

Antall ord: 23.806

30. mai 2018

Sammendrag

I denne studien har jeg ønsket å undersøke hvordan familieterapeuter opplever det å jobbe systemisk i ulike rus -og avhengighetspoliklinikker i landet. Problemstillingen i studien var: «Hvilke muligheter og begrensninger, til å jobbe systemisk, opplever familieterapeuter i en rus – og avhengighetspoliklinikk?». Følgende forskningsspørsmål ble valgt for å belyse problemstillingen: 1) Hvilke muligheter opplever familieterapeuter i en rus – og avhengighetspoliklinikk, at de har til å bruke systemiske tilnærminger i samtaler? 2) Hvilke begrensninger opplever familieterapeuter i en rus – og avhengighetspoliklinikk, at de har til å bruke systemiske tilnærminger i samtaler?

Jeg benyttet meg av et kvalitativt semi-strukturert intervju som tilnærming (Thagaard, 2013), og har brukt den fortolkende fenomenologiske analysemetoden Interpretative Phenomenological Analysis (IPA), for å identifisere funn (Dallos & Vetere, 2005; Smith, Flowers & Larkin, 2009). Følgende fire hovedfunn og tolv underfunn ble identifisert:

1. Spesialisthelsetjenestens rammer legger føringer for det systemiske arbeidet
 - Lover, regler og retningslinjer påvirker poliklinikkens faglige fokus
 - Kartlegging, utredning og diagnostisering foretas før systemiske samtaler
 - Krav til produksjon reduserer antall familiesamtaler og eksterne møter
 - Andre kompetanseområder styrkes før det systemiske

2. Kollegafelleskapets betydning for utøvelsen av det systemiske arbeidet
 - Lederen har betydning for at det tilrettelegges for systemisk arbeid
 - Felles fagmiljø er viktig for at det systemiske fokuset opprettholdes
 - Ulike profesjoner med ulikt fokus kan gjøre det utfordrende å jobbe systemisk

3. Familieterapeutene opplever systemisk frihet i terapirommet
 - Familieterapeutene har frihet til å velge systemisk tilnærming i terapisaftalene
 - Systemisk terapi har begrensninger i en rus – og avhengighetspoliklinikk
 - Systemisk tenkning er blitt en del av familieterapeutene – en holdning i praksis

4. Gode tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende, gir familieterapeutene energi til å fortsette med systemisk arbeid

- Pårørendesamtaler bidrar til endring av rus – og avhengighetsproblemet
- Familiens tilstedeværelse i terapirommet, skaper en utvidelse av pasientens problemforståelse

Studien har en systemisk grunnlagsforståelse, og jeg har diskutert funn ut ifra systemteori (Bateson, 1972; Jensen, 2009) og tidligere forskning knyttet til studiens tema og problemstilling. Informantene beskriver at mulighetene for systemisk arbeid i poliklinikken, er avhengig av flere aspekter. De beskriver at spesialisthelsetjenestens oppgaver og poliklinikkens rammer påvirker det systemiske arbeidet. De sier at det har blitt færre samtaler med barn og familier, enn før rusreformen i 2004 (Sosialdepartementet, 2003). Informantene beskriver at det er viktig at systemisk arbeid er forankret i ledelsen og akseptert i det tverrfaglige kollegafellesskapet. De beskriver videre at det systemiske fokuset holdes oppe av kollegaer som snakker samme fagspråk, eller har samme utdanningsbakgrunn. Alle informantene har lang erfaring som familieterapeut i poliklinikken, og beskriver systemisk tenkning som en integrert del av dem. De er tydelig på når det er hensiktsmessig med par – og familiesamtaler, og når det ikke er det. De beskriver en fleksibel mulighet til å benytte systemisk tilnærming (Hårtveit & Jensen, 2004) i samtalene med pasienter og deres pårørende. Samtidig beskriver de at pålagte oppgaver og poliklinikkens rammer, kan begrense systemisk arbeid. Alle informantene får gode tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende på systemisk tilnærming. De forteller at disse gode tilbakemeldingene bekrefter og styrker det systemiske arbeidet, og at det gir informantene energi og motivasjon til å fortsette å jobbe systemisk.

Forord

Denne masteroppgaven hadde ikke blitt til, uten støtten fra de mange gode menneskene rundt meg. En stor takk til familie og gode venner for barnevakt når det har vært behov for det. En spesiell takk til min tålmodige mann, som har vært en fantastisk støtte i denne prosessen. Ikke minst er jeg takknemlig for tålmodigheten til våre barn, når jeg har vært bortreist på studieuker og opptatt med masteroppgaven. Nå er mamma endelig ferdig med «boka»!

En stor takk til mine medstudenter, og spesielt til veiledningsgruppen min. Jeg er takknemlig for å ha møtt dere, og takker for de mange gode samtalene og støtte underveis i prosessen.

Vil også takke min veileder Erna Henriette Dahl Tyskø, som har veiledet meg trygt gjennom oppgaven og heiet på meg. Jeg har satt stor pris på din fleksibilitet og grundige tilbakemeldinger, vedrørende oppgaven. Vil også rette en stor takk til lærer Lennart Lorås, som hele tiden har vært tilgjengelig for å svare på spørsmål underveis, og minnet hele klassen på å holde fokus på masterprosessen.

Til slutt vil jeg takke mine informanter, som har stilt opp på intervju. Uten dere hadde ikke denne oppgaven blitt til. Samtalene med dere har gitt meg en opplevelse av stor respekt for den jobben dere gjør i rus – og avhengighetspoliklinikkene, med å holde det systemiske fokuset oppe.

28. mai 2018

Christine Ødegård

Innholdsfortegnelse

<i>Sammendrag</i>	1
1 Innledning.....	7
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema og problemstilling</i>	7
1.2 <i>Hensikt, problemstilling og avgrensning</i>	7
1.3 <i>Studiens oppbygging</i>	8
2 Teori og relevant forskning	9
2.1 <i>Tverrfaglig spesialisert rus – og avhengighetsbehandling i poliklinikk</i>	9
2.2 <i>Systemteori</i>	10
2.2.1 <i>Fra mekanistisk til systemisk paradigme - fra fokus på individ og diagnoser til system og relasjoner</i>	10
2.2.2 <i>Kommunikasjonsteori; kontekst og sirkularitet</i>	11
2.2.3 <i>Ulike paradigmer i dagens spesialisthelsetjeneste</i>	13
2.2.4 <i>Fra postmoderne filosofi til sosialkonstruksjonisme</i>	14
2.2.5 <i>Strukturell tilnærming</i>	14
2.2.6 <i>Språkssystemisk tilnærming – å være ikke vitende</i>	15
2.2.7 <i>Reflekterende prosesser – samtalen om samtalen</i>	16
2.2.8 <i>Narrativ tilnærming</i>	16
2.2.9 <i>Synet på makt og diskurs</i>	18
2.3 <i>Relevant forskning</i>	18
2.4 <i>Oppsummering</i>	23
3 Metodologi	24
3.1 <i>Vitenskapsteoretisk ståsted: Fenomenologisk – hermeneutisk</i>	24
3.2 <i>Epistemologisk ståsted: Sosialkonstruksjonisme</i>	24
3.3 <i>Metodisk tilnærming: Kvalitativ</i>	25
3.4 <i>Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)</i>	26
3.5 <i>Kvalitativt forskningsintervju</i>	27
3.6 <i>Utvalg og rekruttering</i>	27
3.6.1 <i>Inklusjonskriterier</i>	29
3.6.2 <i>Presentasjon av informantene</i>	29
3.7 <i>Utforming av intervjuguide</i>	29
3.8 <i>Gjennomføring av intervjuene - datainnsamling</i>	30
3.9 <i>Transkribering</i>	32

3.10	Analyse	33
3.11	Reliabilitet og validitet	34
3.12	Etiske vurderinger	35
3.13	Forskning på eget felt og forforståelse	36
4	Presentasjon av funn.....	38
4.1	Spesialisthelsetjenestens rammer legger føringer for det systemiske arbeidet.....	39
4.1.1	Lover, regler og retningslinjer påvirker poliklinikkens faglige fokus	39
4.1.2	Kartlegging, utredning og diagnostisering foretas før systemiske samtaler	42
4.1.3	Krav til produksjon reduserer antall familiesamtaler og eksterne møter	43
4.1.4	Andre kompetanseområder styrkes før det systemiske	43
4.2	Kollegafelleskapets betydning for utøvelsen av det systemiske arbeidet	45
4.2.1	Lederen har betydning for at det tilrettelegges for systemisk arbeid	45
4.2.2	Felles fagmiljø er viktig for at det systemiske fokuset opprettholdes.....	46
4.2.3	Ulike profesjoner med ulikt fokus kan gjøre det utfordrende å jobbe systemisk....	47
4.3	Familieterapeutene opplever systemisk frihet i terapirommet	49
4.3.1	Familieterapeutene har frihet til å velge systemisk tilnærming i terapisaftalene ..	49
4.3.2	Systemisk terapi har begrensninger i en rus – og avhengighetspoliklinikk	51
4.3.3	Systemisk tenkning er blitt en del av familieterapeutene – en holdning i praksis. .	52
4.4	Gode tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende, gir familieterapeutene energi til å fortsette med systemisk arbeid.....	54
4.4.1	Pårørendesamtaler bidrar til endring av rus – og avhengighetsproblemet	54
4.4.2	Familiens tilstedeværelse i terapirommet, skaper en utvidelse av pasientens problemforståelse	55
4.5	Oppsummering	56
5	Diskusjon.....	58
5.1	Spesialisthelsetjenestens rammer legger føringer for det systemiske arbeidet.....	58
5.1.1	Å arbeide innenfor ulike paradigmer og forståelsesrammer	58
5.1.2	Hva er kostnadseffektiv behandling? Individuell kontra familieorientert behandling	61
5.1.3	Den systemiske kompetansen.....	63
5.2	Kollegafelleskapets betydning for utøvelsen av det systemiske arbeidet.....	64
5.2.1	Relasjonenes betydning – makt/ motmakt	64

5.2.2 Et multivers av sannheter	65
5.3 <i>Familieterapeutene opplever systemisk frihet i terapirommet</i>	66
5.3.1 Terapeuten som en ikke – vitende spesialist?	66
5.3.2 Kommunikasjon – informasjon – forandring	67
5.3.3 Strukturell tilnærming til systemet - diskurser	68
5.3.4 Systemisk tenkning – en holdning og det å være en del av en større sammenheng	69
5.4 <i>Gode tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende, gir familieterapeutene energi til å fortsette med systemisk arbeid</i>	70
5.4.1 Kunnskap om rus – og avhengighet fører til endring av hele systemet	70
5.4.2 Flere stemmer inne i rommet – utvidelse av historien - narrativ tilnærming	71
5.5 <i>Oppsummering</i>	72
5.6 <i>Implikasjoner for praksis</i>	73
5.7 <i>Implikasjoner for forskning</i>	74
5.8 <i>Styrker og svakheter ved studien</i>	74
6 Avsluttende kommentar	75
<i>Litteraturliste</i>	77
<i>Vedlegg</i>	82

1 Innledning

I min jobb som terapeut innen rusfeltet, har jeg møtt mange mennesker som har ønsket å endre på et rus- og avhengighetsproblem. Samtlige har snakket endel om utfordrende relasjoner de er en del av, enten det dreier seg om barn, familie eller det øvrige nettverket. De har beskrevet det som utfordrende å endre på et rus – og avhengighetsproblem, fordi det er blitt et atferdsmønster eller vane som oppleves vanskelig å bryte.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Denne studien handler om hvordan familieterapeuter opplever det å jobbe systemisk i en rus – og avhengighetspoliklinikk. Jeg har intervjuet fire familieterapeuter som jobber ved ulike poliklinikker i Norge. Forskning tilsier at familieterapeutisk rusbehandling er kostnadseffektiv behandling (Morgan, Crane, Moore & Egget, 2012). Imidlertid viser tilbakemeldinger fra pårørende at de i liten grad blir innlemmet i behandlingen til pasientene, selv om de ønsker mer involvering (Akershus universitetssykehus HF et al., 2015; Birkeland & Weimand, 2015). På bakgrunn av dette har jeg blitt nysgjerrig på ulike familieterapeuters opplevelser med å jobbe systemisk, i en rus – og avhengighetspoliklinikk.

1.2 Hensikt, problemstilling og avgrensning

Hensikten med denne studien er å undersøke familieterapeuters opplevelse av systemisk arbeid i en rus – og avhengighetspoliklinikk. Jeg har benyttet kvalitativt intervju som metode, med en semi- strukturert intervjuguide (Thagaard, 2013).

Med bakgrunn i ovennevnte tema, valgte jeg følgende problemstilling for min studie: «Hvilke muligheter og begrensninger, til å jobbe systemisk, opplever familieterapeuter i en rus – og avhengighetspoliklinikk?». Følgende forskningsspørsmål har vært med på å belyse problemstillingen:

- 1) Hvilke muligheter opplever familieterapeuter i en rus – og avhengighetspoliklinikk, at de har til å bruke systemiske tilnærminger i samtaler?

- 2) Hvilke begrensninger opplever familieterapeuter i en rus – og avhengighetspoliklinikk, at de har til å bruke systemiske tilnærminger i samtaler?

I og med at dette er en masteroppgave, og således begrenset i omfang, har jeg valgt å fokusere kvalitativt på fire familieterapeuters opplevelse av et fenomen.

1.3 Studiens oppbygging

Kapittel en innleder og redegjør for tema, problemstilling og avgrensning av oppgaven. I kapittel to redegjør jeg først for kontekst for studien, deretter gjør jeg rede for relevant teori og relevant forskning. Kapittel tre inneholder en redegjørelse av studiens metodologi. Først presenterer jeg studiens vitenskapsteoretiske ståsted og mitt epistemologiske ståsted. Videre gjør jeg rede for den kvalitative tilnærmingen og analysemetoden jeg har valgt, samt innsamling av data og selve analysen. Avslutningsvis vurderes studiens reliabilitet og validitet, samt etiske vurderinger og egen forforståelse. I kapittel fire presenteres hovedfunn og underfunn jeg identifiserte ved hjelp av analysemetoden Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) (Dallos & Vetere, 2005; Smith et al., 2009). I kapittel fem diskuteres først funn. Deretter vurderes implikasjoner for praksis og videre forskning, før jeg sier noe om styrker og svakheter ved studien. Kapittel seks inneholder en oppsummering av funn, med avsluttende kommentarer.

2 Teori og relevant forskning

I dette kapittelet vil jeg først gjøre rede for kontekst for studien, som er tverrfaglig spesialisert rus – og avhengighetsbehandling i poliklinikk. I andre del av kapittelet presenterer jeg det jeg anser som relevant teori, knyttet til studiens tema og problemstilling. Først beskriver jeg forskjellen mellom det mekanistiske og det systemiske paradigme, før jeg gjør rede for utviklingen av systemisk familierapi. Deretter sier jeg noe om eksisterende paradigmer i dagens spesialisthelsetjeneste. Etter dette beskriver jeg postmoderne filosofi, med fokus på sosialkonstruksjonisme. I forlengelsen av det redegjør jeg for noen utvalgte systemiske tilnærminger. Til slutt i andre del av kapittelet, vil jeg forklare begrepene makt og diskurs, sett ut ifra et systemisk perspektiv. I siste del av kapittelet presenterer jeg relevant forskning knyttet til tema og problemstilling for studien.

2.1 Tverrfaglig spesialisert rus – og avhengighetsbehandling i poliklinikk

Dagens rus – og avhengighetspoliklinikker bygger på rusreformen fra 2004 (Sosialdepartementet, 2003). Rusreformen innebar at rusbehandling ble overført fra sosialtjenesten og fylkene, til de statlige helseforetakene (Fekjær, 2016). Spesialisthelsetjenesten kunne da tilby tverrfaglig spesialisert rus – og avhengighetsbehandling (TSB). Tverrfaglig jobbing, innebærer samhandling med ulike profesjoner, samtidig som man er spesialist på eget område (Lossius, 2012). Mennesker med rus – og avhengighetsproblemer og deres pårørende fikk samme pasientrettigheter som andre pasienter i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2015). Rus – og avhengighet ble dermed kategorisert som en sykdom, som falt inn under det internasjonale diagnosesystemet ICD – 10 (Direktoratet for e- helse, 2018). Det internasjonale diagnosesystemet ICD – 10 skiller mellom skadelig bruk og avhengighet av rusmidler. Skadelig bruk kjennetegnes ved at inntak av rusmidler gir fysiske eller psykiske helseskader. Avhengighet handler om at personen fysiologisk, atferdsmessig, og kognitivt prioriterer å ruse seg, framfor annen atferd som tidligere var verdifull (Direktoratet for e- helse, 2018). Diagnosesystemene klassifiserer rus og avhengighet ut i fra en medisinsk tradisjon, med fokus på hvilke skader problemene har på den enkelte pasient (Lossius, 2012). Den medisinske tradisjonen kan sies å være basert på en lineær årsak - virkning forståelse av problemer, med fokus på individets egenskaper

(Jensen, 2009). Kari Lossius (2012) beskriver at det i klinisk praksis er mere nyttig å betrakte rus – og avhengighetsproblemet som et relasjonelt problem. Skadene kan ha ringvirkninger langt utover den enkelte pasient. Avhengigheten rammer også familie og andre relasjoner rundt pasienten (Hansen, 2012; Helsedirektoratet, 2018).

For å få behandling i spesialisthelsetjenesten må den enkelte henvises av NAV, lege eller annen instans med henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten (Lossius, 2012). Alle henvisninger vurderes etter alvorlighetsgrad, og ut i fra Helsedirektoratets prioriteringsveileder (2015) for slike vurderinger. Det gis vedtak om en tilpasset behandling med frist for behandlingsoppstart, avhengig av alvorlighetsgrad (Helsedirektoratet, 2015).

2.2 Systemteori

Ut ifra studiens systemiske utgangspunkt, vil denne delen av kapittelet inneholde en redegjørelse av utvalgt systemisk teori. Systemteori dreier seg om at vi alle er en del av et system, som igjen er en del av en større helhet (Bateson, 1972; Jensen, 2009). Systemteori omhandler den gjensidige avhengigheten mellom deltakere i et samspill (Jensen, 2009). Dersom en deltaker påvirkes, vil alle i systemet påvirkes. Det handler om at ingen del er noe i seg selv, og uavhengig av noe annet, men alltid en del av en større helhet (Bateson, 1972; Ølgaard, 2004).

2.2.1 Fra mekanistisk til systemisk paradigme - fra fokus på individ og diagnoser til system og relasjoner

Den amerikanske filosofen og fysikeren Thomas Kuhn (1922-1996) lanserte i 1962 begrepet paradigme, som han beskrev som en slags virkelighetsoppfatning (Kuhn, 2002). Begrepet paradigme kan defineres som: «de til enhver tid gjeldende rammene en vitenskap må holdes innenfor for å kunne kalles en vitenskap» (Jensen, 2009, s. 18). Et skifte av paradigme skjer dersom ny vitenskap ikke kan forklares innenfor rammene av et eksisterende paradigme (Kuhn, 2002).

Systemisk paradigme kjennetegnes ved at det har fokus på relasjoner mellom mennesker og mellom mennesket og natur (Ulleberg & Jensen, 2017). Det systemiske paradigmet vokste fram på 1950 – tallet, som en motbør til det lenge regjerende mekanistiske synet på mennesket (Schjødt & Egeland, 1989). Problemet som lenge hadde blitt ansett for å være i individet, ble nå noe utenfor individet. Det viktigste var ikke å finne årsaken til et problem, for deretter å finne løsning. Det var ikke lenger bare en sannhet – en diagnose. Ingenting var sikkert lenger, derimot fantes flere sannheter (Jensen, 2009). Det var ikke nok å se på en del av et menneske, man måtte se på hele mennesket med kropp og sjel. Fokuset ble flyttet fra individet til relasjoner og det ble viktig å se på hvilke kontekster, systemer og relasjoner den enkelte var en del av (Jensen, 2009). Kontekst betyr sammenheng (Jensen, 2009, s. 26), og et sosialt fenomen måtte forstås ut ifra den konteksten fenomenet opptrådte i. Det systemiske perspektivet forkastet dermed det deterministiske og dualistiske synet på mennesket (Jensen, 2009). Mennesket var ikke et ubevegelig individ, der fokuset var på personlige egenskaper som var konstante. Derimot ble mennesket sett på som konstant i en sirkulær bevegelse med sine omgivelser og relasjoner (Bateson, 1972). Begrepet sirkularitet refererer til en sirkel som ikke har noen begynnelse eller slutt (Schjødt & Egeland, 1989). Det handler om at mennesket er påvirket av omgivelsene, samtidig som mennesket påvirker omgivelsene, i en sirkulær bevegelig gjensidighet (Bateson, 1972). Den systemiske terapeuten var således en deltager som påvirket og ble påvirket, i en gjensidig relasjon til omgivelsene. Dette var i motsetning til det mekanistiske synet, som anså terapeuten som en ekspert og nøytral objektiv observatør, som ikke påvirket relasjonen (Jensen, 2009).

2.2.2 Kommunikasjonsteori; kontekst og sirkularitet

Biologen og sosialantropologen Gregory Bateson (1904-1980) var med på å legge grunnlaget for familierapi, med sin forståelse av kommunikasjon mellom mennesker og i naturen som helhet (Bateson, 1972). Bateson (1972) mente at naturen og mennesker kommuniserer på flere måter – verbalt og nonverbalt. Det går ikke an å ikke – kommunisere (Bateson, 1972). Alt henger sammen, og ingen del er noe i seg selv (Bateson, 1972). Han var opptatt av den sirkulære forståelsen av samspill, og forkastet den lineære årsak – virkning forståelsen (Bateson, 1972). Bateson (1972) snakket om informasjon som en forskjell som gjør en forskjell. I og med at alle er forskjellige, vil alle oppfatte informasjon forskjellig. Han mente

at vi alle har hver vår forståelse av verden, avhengig av kontekst og relasjoner vi er en del av (Bateson, 1972). Vi punktuerer alle ulikt på informasjon. Punktuering handler om å gi informasjon et navn eller en avgrenset betydning (Jensen, 2009, s. 37). I og med at vi alle punktuerer forskjellig på informasjon, kan vi også unngå endring (Jensen, 2009). Samtidig er mennesker tenkende og dermed uforutsigbare, og dette gjør at vi stadig er i endring (Bateson, 1972; Jensen, 2009).

Gregory Bateson var en del av en gruppe vitenskapsmenn med ulike fagbakgrunner i Palo Alto i California på 1950 tallet, som studerte hvordan problemer oppsto, ble opprettholdt og løst (Watzlawick, Weakland & Fish, 1980). De kom fram til to typer forandring: første ordens forandring og annen ordens forandring (Watzlawick et al., 1980). Første ordens forandring handler om at endring skjer inne i et gitt system, som selv forblir uforandret. Annen ordens forandring handler om at når endring skjer, så forandrer hele systemet seg (Watzlawick et al., 1980). Ved en annen ordens forandring vil den informasjonen som er tilgjengelig, ikke være tilstrekkelig for å løse problemet, og forståelsesrammen må derfor utvides eller forandres (Watzlawick et al., 1980). Et eksempel på annen ordens forandring, kan være når et par blir foreldre for første gang.

Per Jensen beskriver sammenhengen mellom kommunikasjonsteori og systemisk forståelse slik: «Kommunikasjonsteori er en forutsetning for systemisk forståelse, og vi kan si at systemisk forståelse er å benytte kommunikasjonsteori for å forstå samspill i familier og andre sosiale systemer» (Jensen, 2009, s. 26). Begreper innen systemteori og kommunikasjonsteori, har hatt stor betydning for beskrivelse av familier og grupper, samt utvikling av familierapeutiske tilnærminger (Jensen, 2009).

Familierapifeltet har endret seg fram til i dag, i tråd med Gregory Bateson som hevdet at alt er i bevegelse (Bateson, 1972; Jensen, 2009; Ølgaard, 2004). Selv om familierapi har utviklet seg i ulike retninger, er det noen fellestrekk. Systemisk familierapi handler i praksis om at familierapeuten ikke fokuserer på det enkelte familiemedlem og dennes egenskaper, men på familiens kommunikasjon og relasjon seg imellom. Når terapeuten samtaler med familien, blir han/hun også en del av et utvidet system, det såkalte terapeutiske system (Hårtveit & Jensen, 2004). Systemisk terapi, dreier seg om at vi blir til i et gjensidig sirkulært

samspill og i relasjon med andre. Alt henger sammen og er kontekstavhengig (Jensen, 2009). Det handler om å anerkjenne den andres anliggende, og å ha en nysgjerrig og ikke - dømmende holdning til andre mennesker (Anderson, 2003). Forandring skjer mellom individer. Den systemiske terapeuten respekterer den subjektive opplevelsen og den forståelsen den enkelte pasient har av problemet (Jensen, 2009; Schjødt & Egeland, 1989).

2.2.3 Ulike paradigmer i dagens spesialisthelsetjeneste

I spesialisthelsetjenesten forholder man seg til ideer både fra det mekanistiske – og systemiske paradigmes ulike kunnskapsforståelser (Jensen, 2009; Sundet, 2015). Særlig innen somatisk helse kan vi gjenkjenne årsak - virkning forståelsen knyttet til behandling av somatisk sykdom. Behandling som gis, er avhengig av hvilken diagnose som er satt (Jensen, 2009).

I rus – og avhengighetspoliklinikkene gjenkjenner man også denne årsak – virkning forståelsen. Det første som gjøres i poliklinikkene er å utrede og diagnostisere problemet (Sundet, 2017). Deretter tilbys behandling tilpasset problemet. Dersom en pasient får en alvorlig rusavhengighetsdiagnose, kan poliklinikken anbefale annen adekvat behandling, som for eksempel døgninnleggelse. Dersom pasienten viser seg å ha en alvorlig psykisk lidelse, og et mindre rusproblem, kan poliklinikken henvise pasienten videre til psykiatrisk poliklinikk (Helsedirektoratet, 2012). Helsedirektoratet utga i 2012 en nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP - lidelser (Helsedirektoratet, 2012). Retningslinjen beskriver ansvarsområder og samhandling mellom de instanser som hjelper mennesker med både psykiske lidelser og ruslidelser (Helsedirektoratet, 2012).

Et rus – og avhengighetsproblem, vil ut ifra et systemisk perspektiv, sees på som et problem som eksisterer i familien som et system. Dermed må hele familien involveres, for at problemet skal løses. Ut ifra et slikt perspektiv, blir også terapeuten en del av systemet og ikke en utenforstående aktør som påfører forandring. Fokuset blir på det sirkulære samspillet og kommunikasjonen mellom medlemmene av et system (Bateson, 1972). For at det skal skje en endring av rus – og avhengighetsproblemet, må hele familiedynamikken forandres (Watzlawick et al., 1980).

2.2.4 Fra postmoderne filosofi til sosialkonstruksjonisme

Postmodernismen hører til under det systemiske paradigme, som avviser det objektive synet på mennesket og at det finnes en objektiv sannhet (Anderson, 2003). Hovedsakelig dreier det seg om en skepsis til all kunnskap som generell kunnskap (Anderson, 2003). Postmodernisme handler om at menneskelig forståelse bare er mulig gjennom språket, og at forståelsen er avhengig av sosial, kulturell og historisk kontekst (Jensen, 2009). På 1980- tallet gjorde postmodernistiske tanker sitt store inntog i terapifeltet (Johnsen & Torsteinsson, 2012).

Sosialkonstruksjonismen kan betraktes som en utløper av postmodernismen (Anderson, 2003; Gergen, 2010). Begrepet sosialkonstruksjonisme knyttes ofte til den amerikanske psykologen Kenneth Gergen (Jensen, 2009). Kenneth Gergen og Mary Gergen (2005) skriver at den grunnleggende ide i sosialkonstruksjonisme handler om at virkeligheten er sosialt konstruert. Det vil si at ingenting er virkelig, før menneskene er enige om at det er virkelig. Verden blir med andre ord konstruert, mens vi snakker med hverandre. På denne måten kan det stilles spørsmålstegn ved alt vi tar for gitt. Gergen og Gergen (2005) er tydelig på at dette imidlertid ikke betyr at man skal forkaste all kunnskap i verden, men det betyr at vi gjennom å samtale på en ny måte om det vi tar for gitt, kan skape ny betydning i verden.

Sosialkonstruksjonistiske ideer kan således bli en brobygger mellom mange ulike virkeligheter og måter å leve på (Gergen & Gergen, 2005). Sosialkonstruksjonisme er imidlertid også selv en konstruksjon og kan da heller ikke påberope seg å være sannhet over alle sannheter (Gergen & Gergen, 2005; Gergen, 2010). Hovedbudskapet er at når vi snakker sammen, har vi muligheter til å skape nye måter å være til på (Gergen, 2010).

2.2.5 Strukturell tilnærming

Psykiateren Salvador Minuchin (1921- 2017), kan sies å være grunnleggeren av strukturell tilnærming innen familierapi (Minuchin, Nichols & Lee, 2010). Strukturell tilnærming var en mye brukt tilnærming i perioden 1970 til begynnelsen av 1980 årene (Schjødt & Egeland, 1989). Strukturell tilnærming var en reaksjon på det individfokuset som dominerte i psykodynamiske teorier. Minuchin et al. (2010) mente at problemet lå i samhandlingen mellom familiemedlemmene, og ikke i det enkelte individ. Han var inspirert av kommunikasjonsteori og systemteori (Minuchin et al., 2010). Begrepet strukturell refererer til

strukturen i familien. Minuchin et al. (2010) var opptatt av hvordan familien var organisert i forhold til hverandre. Han analyserte familiestrukturen ved hjelp av begreper som struktur, subsystemer og grenser (Minuchin et al., 2010). Hvordan familien var bygd opp, var avhengig av kultur og kontekst, samt rollefordeling innad i familien. Fokuset var på den dysfunksjonelle strukturen i familien som var blitt vedvarende over tid (Minuchin et al., 2010). Den strukturelle terapeuten var en aktiv deltager i terapitimene, og målet til terapeuten var å restrukturere familiens organisering i samhandling med familien. Dette ville igjen endre dysfunksjonelle samhandlingsmønstre og redusere symptomer mellom familiemedlemmene (Minuchin et al., 2010).

2.2.6 Språkssystemisk tilnærming – å være ikke vitende

Den språkssystemiske tilnærmingen ble utviklet i 1970 årene, med Harlene Anderson og Harold Goolishian i spissen (Anderson, 2003). De var kritiske til begrepet terapi, da de anså seg selv som samtalepartnere og ikke terapeuter. De var ikke opptatt av å finne noe patologisk i familien (Anderson, 2003). De utviklet det som ble kalt en samarbeidsorientert språklig systemtilnærming til terapi (Anderson, 2003; Jensen, 2009). Det handler om at vi skaper mening i språket. Således vil problemet ligge i språket og det vil også dermed kunne oppløses i språket (Anderson, 2003). Forandring skjer i felleskap med terapeuten, som blir en omsorgsfull samarbeidspartner (Anderson, 2003). Terapeuten blir sittende i en ikke – vitende posisjon, som innebærer å holde sin eventuelle egen agenda tilbake, og være åpen for den andres anliggende (Anderson, 2003). Terapeutens meninger kan deles, men kun presenteres som en mening blant mange ulike meninger. Man vil sammen utforske den enkelte betydning av ord og begreper (Anderson, 2003). Ny mening og forståelse kan dermed oppstå. I og med at terapeuten er ikke – vitende, kan han/ hun heller ikke forberede seg på innhold i samtalen. Terapeuten blir en ikke – ekspert (Anderson, 2003). En slik tilnærming kan sies å likne på en hverdagslig samtale. Selv om terapeuten ikke skal styre hvor samtalen skal lede, så vil uansett han/ hun være ekspert på struktur, rammer og prosess i samtalen (Anderson, 2003). Noe av kritikken av denne tilnærmingen, har handlet om at dette betyr at alt da er relativt, i og med at alt er sannhet. Språkssystemikere vil da hevde at dette ikke stemmer, fordi det er ikke ensbetydende med at ingenting eksisterer. Det er ikke slik at alt er tillat (Anderson, 2003). Holdningen til vold og overgrep er normativt, og terapeuten tar avstand fra det. Selv om

terapeuten har en ikke - vitende holdning, er ikke det ensbetydende med at han/ hun ikke vet noe eller holder viten tilbake (Anderson, 2003).

2.2.7 Reflekterende prosesser – samtalen om samtalen

Den norske professoren i psykiatri Tom Andersen (1936-2007) utviklet i midten av 1980-årene «reflekterende team», inspirert av ideene til Harlene Anderson og Harold Goolishian (Andersen, 2005). Reflekterende prosesser handler om en samarbeidsprosess, der samtalen skal være mest mulig åpen. Hovedfokuset er samtalen og samtalen om samtalen. I en slik prosess er alle deltagere og ved å samarbeide og samtale i en åpen dialog, vil ny viten tre frem, og endring vil skje (Andersen, 2005). I reflekterende team, vil terapeutene reflektere høyt om det de har hørt, mens pasienten settes i en lyttende posisjon. Deretter vil pasienten få mulighet til å samtale med en terapeut om refleksjonen (Andersen, 2005). Andersen (2005) kaller dette samtalen om samtalen. I dag benyttes begrepet reflekterende prosesser mer enn reflekterende team, da modellen fint kan benyttes med kun en terapeut tilstede (Andersen, 2005). Den enkeltes stemme skal bli hørt, og alle stemmer skal slippe til. Terapeut og pasient skal være mest mulig transparente (Andersen, 2005). Terapeuten skal unngå å uttrykke meninger eller gi råd i samtalen. Terapeutens og pasientens refleksjoner er uttrykk for subjektive versjoner av helheten, og ikke noe objektivt uttrykk for en sannhet (Andersen, 2005). I en slik samtale, kan terapeut ikke vite hvor prosessen leder. Det er språket som leder samtalen, og det som sist ble uttrykt er det som leder samtalen videre (Andersen, 2005). Refleksjonene skal utgjøre en passelig forskjell (Andersen, 2005). De skal ikke være for forskjellig til at det forkastes, men heller ikke for likt til at det ikke får betydning. Man skal ikke si noe bare for å si noe (Andersen, 2005).

2.2.8 Narrativ tilnærming

Narrativ terapi ble utviklet i løpet av 1980 årene av den australske terapeuten Michael White (1948-2008) og terapeuten David Epston fra New Zealand (White & Epston, 1990; White, 2006). Inspirasjonen kom fra systemteorien og Gregory Batesons kommunikasjonsteori (Bateson, 1972). De lanserte en ny forståelse av hva psykiske og sosiale problemer handlet

om (White & Epston, 1990; White, 2006). Det var ikke personen eller relasjonen som var problemet, men problemet var problemet (White & Epston, 1990; White, 2009). Narrative terapeuter eksternaliserte problemet som frittstående (White, 2006). Problemene ble ikke sett på som noe inne i mennesket, men som noe som befant seg utenfor. Det var derfor mulig å kjempe mot problemene og lykkes (White, 2006). Man skilte problemet fra personen, og fokuserte på at personen var så mye mere enn selve problemet. Den narrative terapeuten var opptatt av å spørre om problemets effekt på mennesket. Problemenes årsak var ikke det interessante (White & Epston, 1990; White, 2006).

Narrative terapeuter var opptatt av pasientens historier (narrativer). De mente at den enkelte hadde en bredere livshistorie enn det som ble fortalt. En narrativ terapeut kunne således hjelpe med å utvide historien og fortykke historien til foretrukne historier (White, 2006). Hvilke fortellinger personene valgte å fortelle om, kunne utvides til å omhandle positive aspekter ved en persons liv. Menneskets historier får ny mening, som igjen kan gi nytt syn på - og initiativ til å mestre problemer generelt i livet (White, 2006). Man kan si at tidligere problemhistorier blir nye mestringshistorier. Dette gir grunnlag for forandring i - og mellom mennesker (White, 2006).

Michael White var inspirert av arbeidene til den franske filosofen Michel Foucault (1926-1984) i synet på moderne makt og identitetsdannelse som en sosialiseringssprosess i samfunnet (White & Epston, 1990; White, 2006). Det handlet om at identitet ble skapt i samspill med historiske, kulturelle og sosiale kontekster, og ikke inni hver enkelt (White & Epston, 1990; White, 2006). White var opptatt av Foucaults analyse av hvordan vi hele tiden er utsatt for bedømmelse fra samfunnet (White, 2006). Med erkjennelsen av makt som alltid tilstede i en relasjon, og med inspirasjon fra reflekterende prosesser av Tom Andersen, utviklet Michael White etterhvert det som ble kalt «anerkjennende eller hedrende seremoni» (White, 2009). For at ny historie skal få fotfeste hos den enkelte, må den nye historien anerkjennes av tilhørere i samfunnet. Disse tilhørerne ble ansett som «vitner» som skulle reagere på historiene ved å gjenfortelle dem, på en bekreftende måte (White, 2009). Bekreftelsen skulle ikke være i form av applaus eller evaluering, men tilhørerne skulle si hva som berørte dem og hva som ga gjenklang når historiene ble fortalt (White, 2009).

2.2.9 Synet på makt og diskurs

Den tyske sosiologen Max Weber (1864-1920) beskrev en forståelse av makt som et eller flere menneskers sjans til å gjennomføre sin egen vilje i det sosiale samspillet, selv om andre deltakere i samfunnet skulle gjøre motstand (Weber, 1971). Makt kan sies å være tilstede i alle relasjoner mellom en hjelper og klient (Skau, 2013). Makt kan brukes for å skade og makt kan brukes for å hjelpe. Forståelsen sier noe om nøytraliteten i synet på begrepet makt – det gir en mulighet (Skau, 2013). Makt blir ofte sett på som en begrensning i menneskelige relasjoner (Skau, 2013). Den franske filosofen Michel Foucault (1926-1984) var imidlertid opptatt av den produktive kraften makten kunne ha, og snakket om at makt også kunne ha «positive» sider (Foucault, 1980, 2001; Lundby, 1998). Maktaspektet kan bringe fram nye diskusjoner og derved nye perspektiver på samfunnet (Foucault, 1980, 2001). Et hovedpoeng ved Foucaults syn på makt, handler om at man aldri kan forstå makt uavhengig av den konteksten den oppstår i (Foucault, 1980, 2001). Foucault var opptatt av at ingen makt er total, og at makt kun eksisterer dersom det finnes motmakt. Han var i sine maktanalyser interessert i å avsløre makten og dens innvirkning. Foucault mente at det alltid finnes alternativer til den dominerende makten (Foucault, 1980, 2001; Holmgren, 2010).

Diskurs er et sentralt begrep i Foucaults maktanalyser (Foucault, 1972). Foucault snakker om diskurs som et spesielt mønster eller måte å tenke på (Foucault 1972; Lundby, 1998).

Marianne Winther Jørgensen og Louise Phillips (1999, s. 9) definerer diskurs som: «en bestemt måte at tale om og forstå verden (eller et udsnit af verden) på». Anne Kyong Sook Øfsti (2010) beskriver diskurs som en oppfattelse av verden og seg selv, som er avhengig av den kulturen, sosiale systemer og tilgjengelige diskurser som man til enhver tid er omgitt av. Således blir språket styrende for hva som kan sies til enhver tid.

2.3 Relevant forskning

Med utgangspunkt i studiens tema og problemstilling, vil jeg her presentere relevant forskning. Jeg har gjort søk på tre ulike søkebasen: Google Scholar, Oria og BIBSYS. Jeg brukte ulike søkeord satt sammen. Ordene ble søkt på både norsk og engelsk:

- Systemisk terapi + ruspoliklinikk
- Systemic therapy + drugs- and substance abuse treatment
- Rus – og avhengighetsbehandling + familierapi + pårørende
- Drugs- and substance abuse treatment + family therapy
- Rus – og avhengighet + systemisk terapi
- Drug addiction + systemic therapy

I tillegg har jeg søkt etter forskning på nettsidene til Norsk forening for familierapi (<http://www.nfft.no>), Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (<https://www.napha.no>), Helsedirektoratet (<https://helsedirektoratet.no>) og i nettavisen Forskning (<https://forskning.no>).

Jeg fant ingen forskning som gikk direkte på min problemstilling. Imidlertid fant jeg en del forskning jeg oppfatter handler om, at systemisk tilnærming og familieorientert rus – og avhengighetsbehandling er effektiv behandling (Morgan et al., 2012; Von Sydow, Beher, Schweitzer & Retzlaff, 2010). Forskning jeg fant vedrørende pårørende, viser forøvrig at familier i liten grad opplever å få den hjelpen de trenger (Akershus universitetssykehus HF et al., 2015; Birkeland & Weimand, 2015).

Triston B. Morgan, D. Russell Crane, Adam M. Moore og Dennis L. Eggett skrev i 2012 en artikkel i tidsskriftet *Journal of Family Therapy* som het: «The cost of treating substance use disorders: individual versus family therapy» (Morgan et al., 2012). De presenterte en studie hvor de hadde undersøkt kostnader knyttet til rusbehandling i en stor helseorganisasjon (Morgan et al., 2012). Funn fra studien viste at familierapeutisk rusbehandling var mer kostnadseffektivt enn individualterapi og andre typer terapi (Morgan et al., 2012). Studien viste at pasienter som fikk familierapeutisk rusbehandling, sjeldnere kom tilbake til behandling, enn de som mottok individualterapi og annen type terapi. Funn var gjeldende for pasienter med både en og flere diagnoser (Morgan et al., 2012).

Kirsten Von Sydow, Stefan Beher, Jochen Schweitzer og Rudiger Retzlaff skrev en artikkel i 2010 i tidsskriftet *Family Process*, med tittelen: «The efficacy of systemic therapy with adult patients: A meta- content analysis of 38 randomized controlled trials» (Von Sydow et al.,

2010). I artikkelen skriver forfatterne at systemisk terapi er mye brukt som tilnærming i behandling (Von Sydow et al., 2010). Imidlertid skriver de at det eksisterer få systematiske evalueringer når det gjelder å se på effekten av systemisk terapi (Von Sydow et al., 2010). Artikkelen presenterer en meta – analyse av effekten av systemisk terapi vedrørende mentale lidelser hos voksne, inkl. rus – og avhengighetsproblematikk (listet i diagnosesystemene DSM og ICD). Resultater fra denne meta- analysen av disse 38 studiene, viste at systemisk terapi (med familie, grupper, par og individuelle) er en effektiv tilnærming når det gjelder mentale lidelser hos voksne, inkl. rus – og avhengighetsproblematikk (Von Sydow et al., 2010).

Bente Birkeland og Bente Weimand publiserte i 2015 en kvalitativ undersøkelse, der de hadde undersøkt levekår hos voksne pårørende til personer med rusmiddelproblemer (Birkeland & Weimand, 2015). Noen funn fra studien var at det var få av informantene som hadde opplevd å få tilbud om hjelp, hverken fra TSB eller annen helse – eller sosialtjeneste (Birkeland & Weimand, 2015). De som fikk tilbud om noe hjelp, var pårørende til en pasient som allerede mottok behandling, og der pasienten hadde samtykket til at pårørende kunne inkluderes i behandlingen (Birkeland & Weimand, 2015). Hjelpen ble beskrevet som liten grad av involvering i pasientens behandling. Utover dette var det noe tilfeldig hvordan de pårørende fant hjelpetiltak. Det informantene beskriver er ikke i tråd med det som står i lovverk og offentlige dokumenter om hjelpetiltak til denne gruppen (Birkeland & Weimand, 2015). Studien viste at det var et stort behov for videre oppfølging av pårørende arbeidet. Det kom fram at det burde etableres eller videreutvikles en systematisert kunnskap om rusmiddelproblemer og hvordan dette virker inn på pårørende (Birkeland & Weimand, 2015). I tillegg viste studien at det burde videreutvikles klare retningslinjer om ansvarsområder og samhandling mellom tjenestenivåene, samt samarbeid mellom frivillige organisasjoner og helse – og sosialtjenester (Birkeland & Weimand, 2015). Pårørende etterlyste også systematikk i hvor likemanns – tilbudet fantes. Forskningsresultatet oppsummerte at det var behov for videre forskning, med mål om å videreutvikle og iverksette systematiske tiltak overfor pårørende (Birkeland & Weimand, 2015).

Bente Birkeland, Bente M. Weimand, Torleif Ruud, Magnhild M. Høie og John – Kåre Vederhus gjennomførte en tverrsnittstudie i 2017, som omhandlet pårørende til rusproblematikk, somatisk - og psykisk sykdom og deres opplevelse av livskvalitet (Birkeland

et al., 2017). Dette var den første artikkelen i Birkeland sin doktorgrad (Drag, 2018). Birkeland og hennes medarbeidere fant at partnere til personer med rusproblematikk, hadde gjennomsnittlig verre sosiodemografiske betingelser når det gjaldt sysselsetting og inntekt, men rapporterte allikevel ikke lavere livskvalitet (Birkeland et al., 2017). Birkeland tror noe av dette kan handle om at de som ble med i undersøkelsen hadde overskudd til å delta i studien, og at dette gjenspeiler svarene (Drag, 2018). Imidlertid rapporterer Birkeland om at mange av de pårørende til rusproblematikk, aldri har blitt spurt av noen i helsevesenet om hvordan de har det. Birkeland mener at fagpersonell må prioritere tid til å snakke med de pårørende, og kjenne til hjelpetilbud som finnes til dem (Birkeland et al., 2017; Drag, 2018).

I 2015 ble resultater fra en multisenterstudie om barn som pårørende, utgitt av Akershus universitetssykehus HF et al. (2015). Funn fra studien viste at sykdom påvirker barns, foreldres og familiers situasjon i stor grad, og at hjelpebehovene er betydelige. Imidlertid er disse behovene i stor grad udekkede (Akershus universitetssykehus HF et al., 2015). Studien viste at lovendringen av 2010 vedrørende oppfølging av pårørende, ikke i tilstrekkelig grad har ført til de planlagte endringene (Akershus universitetssykehus HF et al., 2015). Et funn var at spesialisthelsetjenesten bare delvis følger opp loven om barn som pårørende. De har mangelfulle ressurser, eller utnytter ikke ressursene til å følge opp lovendringen. I tillegg mangler spesialisthelsetjenesten kompetanse innen familieorientert praksis (Akershus universitetssykehus HF et al., 2015). Når det gjelder systemer for å kvalitetssikre at lovendringen følges opp, så var dette i liten grad utviklet i spesialisthelsetjenesten (Akershus universitetssykehus HF et al., 2015). Studien oppsummerte deretter noen anbefalinger vedrørende spesialisthelsetjenesten. En anbefaling var at det ikke bygges opp spesialtjenester som skal fokusere på barn og familier, men at alle helsepersonell skal ha ansvaret for at barn og familie er fast tema i all utredning og behandling av pasienter (Akershus universitetssykehus HF et al., 2015). En annen anbefaling var å sikre besøksrom som var egnet for familier, og legge til rette for at barne – og familiesamtaler ble gjennomført. I tillegg ble det anbefalt å systematisk rapportere gjennom rapporteringskoder, at oppfølging av barn og familier som pårørende, faktisk ble gjort i spesialisthelsetjenesten (Akershus universitetssykehus HF et al., 2015).

Anne Schanche Selbekk skrev en doktorgradsavhandling i 2016 med tittelen: “Troubled families and individualised solutions? An ontological, discursive and interactionist analysis of families` involvement in alcohol and other drug treatment” (Selbekk, 2016). Selbekk (2016) beskriver at rusbehandling blir mest effektiv dersom familien involveres, men undres over hvorfor det sjeldent skjer. Hun beskriver dette som et paradoks i dagens rusbehandling. Hun beskriver at det er et stort gap mellom teori og praksis, når det kommer til å involvere familien i dagens rusbehandling (Selbekk, 2016). Hun bringer frem tre hovedforhold knyttet til denne problematikken (Selbekk, 2016). Det første handler om at rus tilhører helseområdet, og at helse først og fremst oppfattes som noe individuelt. Det andre handler om at pasientrettigheter knyttes til enkeltindivider og at familiene da ofte faller utenfor. Det tredje forholdet handler om at det lønner seg bedre for helseforetakene å gi hjelp til enkeltindivider framfor familier (Selbekk, 2016).

Lennart Lorås skrev doktorgradsavhandlingen “The map of competences in systemic therapy” i 2016 (Lorås, 2016). Doktorgradsavhandlingen er en kvalitativ studie, med en oversikt over de ulike kompetansene en systemisk terapeut i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) har, i arbeidet med akse 5 problematikken, beskrevet i diagnosesystemet ICD – 10 (Lorås, 2016). «The map of competences» er ment som et verktøy for klinisk praksis og veiledning i systemisk praksis. Funn fra studien, viser at systemisk familierapi er skreddersydd for barne – og ungdomspsykiatrien, og i tråd med Helsedirektoratets veileder av 2008 (Lorås, 2016).

Øyvind Reehorst Kalsås skrev en mastergradsavhandling i 2016, med tittelen: «Det handler om å få folk til å møtes», der han undersøkte pårørendeorientert praksis i rusbehandling (Kalsås, 2016). Et funn fra studien viser at rusbehandlingskonteksten ikke har en god nok tilrettelegging for familie – og nettverksarbeid (Kalsås, 2016). Vedrørende implikasjoner for praksis, stiller Kalsås seg undrende til hvordan helseforetakenes insentiver, kravspesifikasjoner og rapporteringskrav kan ivareta familie – og nettverksorientert arbeid i tverrfaglig spesialisert behandling – TSB (Kalsås, 2016).

2.4 Oppsummering

Jeg har i dette kapitlet presentert det jeg anser som relevant teori knyttet til denne studien. Forskningen jeg har funnet, har vist at det foreligger en del forskning på tema rus – og avhengighet og systemisk terapi. Imidlertid fant jeg ingen forskning som direkte omhandlet problemstillingen for denne studien; hvordan familieterapeuter opplever det å jobbe systemisk i en rus – og avhengighetspoliklinikk.

3 Metodologi

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for studiens metodologi. Jeg vil først beskrive studiens vitenskapsteoretiske forankring, og mitt epistemologiske ståsted. Videre vil jeg redegjøre for den kvalitative tilnærmingen jeg har valgt, og innsamling av data og analyse. Til slutt vurderes studiens validitet og reliabilitet, etiske vurderinger og egen forforståelse.

3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted: Fenomenologisk – hermeneutisk

Jeg har valgt en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming i denne studien. Fenomenologer er opptatt av å illustrere hvordan mennesker opplever fenomener, mens hermeneutikere er opptatt av fortolkningen av mening (Kvale & Brinkmann, 2015). Filosofen Edmund Husserl grunnla fenomenologien som filosofi rundt år 1900 (Kvale & Brinkmann, 2015).

Fenomenologien handler om det å forstå fenomener på grunnlag av den enkeltes perspektiv, og å beskrive omverdenen slik den enkelte erfarer den (Thagaard, 2013). Fenomenologien er sentral i min studie, da jeg er interessert i den enkelte familieterapeut sin subjektive opplevelse av det å jobbe systemisk i en rus – og avhengighetspoliklinikk.

Hermeneutikken var opprinnelig knyttet til fortolkning av tekster (Thagaard, 2013). Vi forstår tekst ut ifra den kontekst vi er en del av. Vi fortolker kunnskap, ut ifra vår bakgrunn, kontekst og forforståelse (Krogh, 2014). Den hermeneutiske sirkel omhandler at vi forstår deler ut ifra en helhet og helhet ut ifra deler (Krogh, 2014). I mitt forskningsprosjekt vil jeg som forsker hele tiden være i dialog med teksten, og etterstrebe å være bevisst min egen forforståelse i min fortolkning. Som forsker vil jeg veksle mellom å være opptatt av å se helheten i datamaterialet og å se nærmere på de enkelte delene.

3.2 Epistemologisk ståsted: Sosialkonstruksjonisme

Epistemologi handler om hvordan man tenker om kunnskap; hva kunnskap er og hvordan den oppnås (Kvale & Brinkmann, 2015). Per Jensen (2009, s. 35) beskriver epistemologi som: «de reglene man følger for å danne en virkelighetsforståelse». Hvordan jeg plasserer meg epistemologisk, vil ha betydning for hvilke metoder jeg tar i bruk som forsker, og hvordan jeg

tenker at kunnskap produseres (Sundet, 2015). Hvordan jeg som forsker forholder meg til kunnskap, vil påvirke mitt forskningsprosjekt.

Mitt epistemologiske ståsted anser jeg som sosialkonstruksjonistisk. Sosialkonstruksjonistene hevder at virkeligheten er sosialt konstruert (Gergen & Gergen, 2005). I og med at virkeligheten er sosialt konstruert, finnes det ikke noe virkelighet utenfor språket (Jensen, 2009). Det finnes ikke noe kunnskap i verden som kan betraktes som objektiv sannhet (Johnsen & Torsteinsson, 2012). Det finnes ikke en sannhet, men mange sannheter. Kunnskap skapes i språket, gjennom sosial interaksjon og vi samskaper mening i relasjon med andre (Gergen & Gergen, 2005). Den kunnskapen som skapes gjennom sosiale prosesser, er avhengig av historisk og kulturell kontekst (Gergen & Gergen, 2005; Johnsen & Torsteinsson, 2012).

I denne studien, vil jeg fokusere på den enkelte familierapeuts opplevelse av det å jobbe systemisk i en rus – og avhengighetspoliklinikk. Det er i denne konteksten jeg vil hente mitt materiale, med mål om å frembringe ny kunnskap. Hvordan vi opplever et fenomen er avhengig av relasjoner og kontekst, og vil til stadighet forandres i en sirkulær prosess der ingenting er konstant (Bateson, 1972). Således vil denne studien si noe om fire familierapeuters genuine opplevelse her og nå.

3.3 Metodisk tilnærming: Kvalitativ

Jeg har valgt en kvalitativ tilnærming i min studie, for å besvare problemstillingen for oppgaven. Jeg er opptatt av å få fram den enkelte familierapeuts subjektive mening om hvordan det oppleves å jobbe systemisk i en rus – og avhengighetspoliklinikk. Kvalitativ tilnærming er å foretrekke dersom man skal undersøke fenomener man ikke kjenner så godt, eller ønsker å forstå fenomener mer fylldigere (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016). Kvalitative metoder beskriver et nyansert mangfold, ut ifra flere perspektiver (Malterud, 2011). Positivistisk epistemologi er gjerne utgangspunktet for kvantitativ metode, som vektlegger utbredelse og antall, framfor betydning av å gå i dybden (Thagaard, 2013). Det som kommer fram av kunnskap blir dermed avhengig av forskerens epistemologiske ståsted.

Målet med kvalitative metoder er å oppnå en forståelse av det som studeres, og fortolkning blir da sentralt her (Thagaard, 2013). Kvalitative metoder kan dermed knyttes til teorier som fenomenologi og hermeneutikk (Thagaard, 2013). Slike teorier handler om menneskelig erfaring og fortolkning (Malterud, 2011). Kvalitativ tilnærming handler om å prøve å forstå verden, slik den enkelte forstår den. I den kvalitative tilnærmingen, er forskeren aktiv deltaker i en kunnskapsutvikling. Kunnskapen som utvikles vil aldri være fullstendig, og dette er i tråd med et sosialkonstruksjonistisk syn på hvordan kunnskap skapes (Malterud, 2011). Valg av metode er dermed i tråd med studiens vitenskapsteoretiske ståsted og mitt epistemologiske ståsted.

3.4 Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)

Jeg har valgt å bruke Interpretative Phenomenological Analysis (IPA), som analysemetode (Dallos & Vetere, 2005; Smith et al., 2009). IPA ble utviklet av Jonathan Smith på 1990 – tallet som et bidrag til psykologien (Langdridge, 2006). Smith et al. (2009) beskriver IPA som fenomenologisk, hermeneutisk og ideografisk.

Det at IPA er ideografisk, handler om at man først jobber med det individuelle, før man beveger seg mot det generelle (Smith et al., 2009). Forskeren er opptatt av å få en detaljert beskrivelse av den enkelte informants meningsskaping av erfaringer. Det er da vanlig med få informanter, og forskeren sammenlikner likheter og forskjeller mellom disse informantene (Smith et al., 2009). For å lettere kunne gjøre dette, er IPA forskere opptatt av at utvalget av informanter er mest mulig homogene (Smith et al., 2009). Datainnsamling skjer gjerne i form av semi - strukturert intervju, som brukes fleksibelt av forskeren (Smith et al., 2009).

Intervjuene transkriberes, og analyseres systematisk hver for seg. Forskerens analytiske fortolkning av funn presenteres, og oppbygges av sitater fra de enkelte informantene (Smith et al., 2009).

IPA er en kvalitativ analysemetode som benyttes for å få fram den enkeltes mening og opplevelser om et fenomen (Smith et al., 2009). Edmund Husserl var opptatt av at fenomenologer skulle gå tilbake til det opprinnelige, og IPA følger dette (Kvale &

Brinkmann, 2015; Smith et al., 2009). Fenomenologisk handler om at mennesker er meningssskapende, og alltid søker mening ut ifra sine erfaringer (Smith et al., 2009). IPA er hermeneutisk, ved at forskeren fortolker det informantene beskriver om sine opplevelser. IPA kan sies å være dobbel hermeneutisk, ved at forskeren prøver å forstå det informanten prøver å forstå (Smith et al., 2009).

3.5 Kvalitativt forskningsintervju

Kvalitative intervjuer har som mål å forstå informantenes opplevelser av et fenomen (Kvale & Brinkmann, 2015). Strukturen i det kvalitative intervjuet kan sammenliknes med en dagligdags samtale. Forskjellen er at intervjuet er en profesjonell samtale med en spesifikk metode og spørreteknikk (Kvale & Brinkmann, 2015). Det kvalitative en til en intervjuet egner seg godt for min studie, der informantens detaljerte beskrivelser av erfaringer og oppfatninger fritt kan komme fram (Johannessen et al., 2016). Semi - strukturert intervju er den mest brukte fremgangsmåten i kvalitative intervjuer, og tillater forskeren å være fleksibel (Thagaard, 2013). Forskeren kan følge informantens historie fleksibelt, samtidig som tema for oppgaven og problemstilling blir belyst. Et semi- strukturert intervju innebærer at intervjuet hverken er en lukket spørreskjemasamtale eller åpen samtale (Kvale & Brinkmann, 2015).

Jeg benyttet en semi - strukturert intervjuguide (Thagaard, 2013), for å belyse studiens problemstilling. Intervjuguiden inneholdt hovedtemaer med forslag til ulike spørsmål tilknyttet hvert tema (se vedlegg nr. 3). Den ble ikke nødvendigvis fulgt kronologisk under intervjuene, men den ble fleksibelt brukt som en påminnelse om at jeg hadde vært innom alle temaene.

3.6 Utvalg og rekruttering

I denne studien har jeg benyttet kvalitativt forskningsintervju, for å samle inn data. I utførelse av masteroppgaver som er begrenset med hensyn til tidsbruk og økonomi, er det vanlig med få informanter (Johannessen et al., 2016). Det er viktigere at utvalget av informanter er relevante for studien, framfor at det er snakk om mange informanter (Johannessen et al.,

2016). Smith et al. (2009) anbefaler mellom bruk av tre til seks informanter, ved bruk av IPA som analysemetode i mindre studentprosjekter. Jeg valgte å intervju fire informanter i min studie.

Da hensikten med kvalitative studier, er å få fylldige beskrivelser av et fenomen, og ikke generaliseringer, var det hensiktsmessig å rekruttere informanter strategisk (Johannessen et al., 2016). Strategisk utvalg handler om å velge ut informanter, som har kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen, og studiens teoretiske bakgrunn (Thagaard, 2013). Dersom forsker ikke har direkte kontaktinfo til potensielle informanter, men trenger å formidle kontakt via en formell person, dreier det seg om et tilgjengelighetsutvalg (Thagaard, 2013). Jeg benyttet meg av både strategisk – og tilgjengelighetsutvalg av informanter. Jeg valgte spesifikt ut informanter ut ifra visse kriterier, for å besvare min problemstilling. Samtidig benyttet jeg et tilgjengelighetsutvalg, ved at jeg via den enkelte klinikkleder, formidlet mitt behov for informanter. Klinikkllederne formidlet videre mitt forskningsprosjekt til potensielle informanter. Jeg oversendte mail til klinikkleder med informasjon om studien og samtykkeskjema vedlagt, samt kontaktinfo (se vedlegg nr. 1 og nr. 2). Klinikklleder formidlet dette videre til potensielle informanter. Klinikklleder fikk ikke vite hvem som til slutt takket ja til å delta, da informantene selv tok direkte kontakt med meg som forsker og avtalte tid og sted, som passet for den enkelte informant. Når selve intervjuene ble avholdt, hadde jeg også med samme informasjonsskriv og samtykkeskjema, som informantene kunne underskrive før intervjuene startet. Jeg fikk skriftlig samtykke fra samtlige informanter.

Det var imidlertid noe vanskelig å få tak i informanter fra ulike offentlige rus – og avhengighetspoliklinikker. Enten fikk jeg ikke tilbakemelding, eller så var det ikke familieterapeuter ansatt der som passet utvalgskriteriene. Jeg ringte klinikkllederne og sendte mailer på nytt, og etter hvert fikk jeg avtalt med fire informanter fra flere ulike sykehus. Grunnen til at jeg valgte informanter fra offentlige sykehus, var at jeg ville sammenlikne en så lik gruppe informanter som mulig i min oppgave. Dette på grunn av oppgavens beskjedne omfang og i tråd med analysemetoden IPA, hvor det er ønskelig med en så homogen gruppe som mulig for og både sammenlikne og se på forskjeller (Smith et al., 2009).

3.6.1 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriterier for min studie, handlet om arbeidssted, utdanning, og erfaring.

Informantene måtte jobbe som terapeuter i en rus - og avhengighetspoliklinikk. De måtte være ferdig utdannet familieterapeuter (med 2 års videreutdanning), samt kjenne godt til systemisk tilnærming i terapi. De måtte jobbe heltid, eller tilnærmet heltid, og være ansatt i poliklinikken i minst to år. Tanken bak dette var at informantene måtte ha innarbeidet poliklinikkens rutiner, og opparbeidet seg tilstrekkelig erfaring og egen vurdering.

Jeg fikk informanter fra ulike sykehus i Norge. Utvalget besto av to menn og to kvinner. Kjønn er ikke et tema i denne oppgaven, og var heller ikke et inklusjonskriterie. Det var tilfeldig at begge kjønn var representert i denne studien. Hvorvidt det har hatt innvirkning på studien, er ikke et tema for oppgaven.

3.6.2 Presentasjon av informantene

Av hensyn til anonymisering, har jeg valgt å gi informantene i studien, fiktive navn. I tillegg har jeg anonymisert ytterligere ved å endre på bakgrunnsinformasjon til den enkelte (alder og erfaring). Jeg har valgt å kalle de Bjarne, Christer, Dina og Elise. Alle har lang erfaring som familieterapeut i en rus – og avhengighetspoliklinikk.

- Bjarne er 52 år og har jobbet som familieterapeut i poliklinikken i 16 år.
- Christer er 50 år og har jobbet som familieterapeut i poliklinikken i 15 år.
- Dina er 45 år og har jobbet som familieterapeut i poliklinikken i 10 år.
- Elise er 55 år og har jobbet som familieterapeut i poliklinikken i 18 år.

3.7 Utforming av intervjuguide

Datainnsamling der IPA brukes som analysemetode, skjer vanligvis i form av semi - strukturerte intervjuer (Smith et al., 2009). Målet med semi - strukturert intervju, er å hente inn beskrivelser om informantens livsverden, for å kunne fortolke betydningen av de beskrevne fenomenene (Kvale & Brinkmann, 2015). Forskeren skal forsøke å få informanten

til å fortelle så detaljert som mulig om sine opplevelser (Langdridge, 2006). Intervjuguiden inneholder temaer som skal gjennomgås, men har også en åpenhet og fleksibilitet i forhold til spørsmålene som stilles.

Dataene i mitt forskningsprosjekt var den enkelte informants ytringer og meninger. Jeg foretok et kvalitativt intervju med en delvis strukturert intervjuguide. I intervjuguiden sto det oppført overordnede temaer som skulle belyses i løpet av intervjuet, med oppfølgingsspørsmål underveis. Thagaard (2013, s. 101) beskriver hensikten med oppfølgingsspørsmål på denne måten: «at vi skal få mer detaljert informasjon og mer nyanserte kommentarer til de temaer, begreper og begivenheter som intervjupersonen beskriver». Jeg som forsker forsøkte å legge til rette for at tema ble belyst så omfattende som mulig, med detaljerte beskrivelser.

Hovedtemaer i intervjuguiden var (se vedlegg nr. 3):

- Muligheter og begrensninger til systemisk arbeid i en rus – og avhengighetspoliklinikk
- Ansattmedvirkning
- Brukermedvirkning

Jeg la opp intervjuet etter det som Thagaard (2013) beskriver som intervjuguidens dramaturgi. Det vil si å starte med nøytrale tema, før man beveger seg over på mere emosjonelt ladete tema, for deretter å avslutte det hele med nøytrale temaer igjen (Thagaard, 2013).

3.8 Gjennomføring av intervjuene - datainnsamling

Intervjuene ble gjennomført i løpet av høsten 2017. Jeg valgte å ha et pilotintervju (prøveintervju) før første ordinære intervju ble gjennomført, der jeg testet ut intervjuguiden og øvde meg som intervjuer. Dette tenker jeg ga meg noen nyttige erfaringer, når jeg gjennomførte mine senere fire intervjuer.

Informantene hadde fått informasjonshefte og samtykkeskjema tilsendt på mail (se vedlegg nr. 1 og nr. 2). I tillegg hadde jeg utskrift av dette med på intervjuet. De hadde alle lest informasjonshefte, og de fleste hadde også underskrevet samtykkeskjema på forhånd.

Intervjuene tok ca. en times tid hver å gjennomføre. Jeg anså det som tilstrekkelig tid, både med hensyn til å få belyst tema og problemstilling for studien. I starten av intervjuet var jeg opptatt av å skape tillit, slik at intervjuet kunne oppleves så trygt som mulig (Thagaard, 2013). Jeg valgte først å spørre litt om informantens utdanningsbakgrunn og arbeidserfaring, for å starte med nøytrale spørsmål. Deretter gjentok jeg problemstillingen for studien, og startet med å stille spørsmål knyttet til tema og problemstilling. På slutten av samtalen, spurte jeg om informantene hadde noe å tilføye, eller om de hadde blitt opptatt av noe under intervjuet som de ønsket å utdype. De fleste hadde en del å si på slutten av intervjuet og det passet jeg på at det var tid og mulighet for. En del hadde også konkrete spørsmål om studien, blant annet hvor mange intervjuer jeg hadde tenkt å gjennomføre og veien videre med studien. Jeg ga de mulighet for å kontakte meg dersom de hadde noen spørsmål i etterkant av intervjuet. Dette ble gjort som en slags debriefing, for å unngå at informantene ble sittende igjen med en følelse av tomhet eller ubesvarte spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). Etter hvert intervju, skrev jeg ned mine umiddelbare refleksjoner. Disse nedskrevne umiddelbare inntrykkene, ble senere tatt i bruk når jeg gjennomførte stegene i analyseprosessen (Dallos & Vetere, 2005; Smith et al., 2009).

Jeg startet hvert intervju med å gjenta hensikten med studien og problemstillingen. Jeg minnet om at undersøkelsen var anonym og avtalte tidspunkt vi skulle avslutte. Intervjuet ble tatt opp på lydbånd, og senere transkribert fra lyd til tekst. Det ble presisert at transkripsjonene ble anonymisert, og at kun jeg hadde tilgang til informantens navn og arbeidssted. Alle informantene hadde lang arbeidserfaring og en del å meddele i løpet av intervjuet. Jeg valgte å ikke avbryte, men lot informantene fortelle fritt, innenfor tema og problemstilling. Jeg tenkte at det var viktig å ikke bryte inn, da dette kunne føre til at de lot være å si noe viktig. Jeg opplevde et metningspunkt med materiale fra disse fire informantene, og opplevde da at det var tilstrekkelig antall informanter til å belyse min problemstilling (Johannessen et al., 2016).

Jeg var opptatt av å være lyttende og åpen for det som ble fortalt av informantene. Lytting og åpenhet, er kvalifikasjoner som Kvale og Brinkmann (2015) fremhever hos intervjueren i et kvalitativt intervju. Ved et par av intervjuene oppsto en del stillhet og pauser i informantens fortelling. Dette opplevde jeg ikke som stressende, men snarere tvert imot som interessant og nyttig. Stillhet i samtaler, kan oppleves på mange måter, og er avhengig av kontekst og

relasjon. Min oppfatning var at det var en tillit og trygghet i relasjonen som tilsa at stillhet oppsto på en naturlig måte adekvat knyttet til tema. Stillhet har jeg selv erfart som nyttig i den terapeutiske samtalen, da det kan føre til at den enkelte får tid til å tenke seg om, eller eventuelt får mulighet til å korrigere det som nylig ble sagt. Det kan også roe ned samtalen hastighet, noe som kan være positivt. Jeg tenker at stillhet kan oppstå i utrygge og trygge relasjoner, men i disse tilfellene opplevde jeg det som trygt å tåle stillheten som oppsto. Kvale og Brinkmann (2015) beskriver vennlighet og følsomhet, som viktige kvalifikasjoner hos en intervjuer. Jeg prøvde å bestrebe og være så vennlig og følsom som mulig, for at informantene skulle føle seg trygge og oppleve å bli møtt der de var. Jeg opplevde at min erfaring som terapeut og det å «tune seg inn» på den enkelte, kom godt med i møte med alle informantene. Jeg tenker at det handler om å ha en empatisk tilnærming til den andre. Flere informanter sa at de hadde opplevd intervjuet som givende for egen del, og at det å snakke om tema hadde skapt nye refleksjoner. To av informantene sa at samtalen, hadde bidratt til en ytterligere refleksjon over egen rolle som påvirker i sykehussystemet.

3.9 Transkribering

Under intervjuene brukte jeg en digital lydbåndopptaker. Jeg lyttet til intervjuene flere ganger, og noterte ned de refleksjoner og ideer som jeg fikk underveis mens jeg lyttet. Etter å ha lyttet igjennom alle intervjuene, opplevde jeg at jeg allerede hadde noen ideer om likheter og forskjeller mellom det informantene sa i intervjuene. Jeg transkriberte alt informantene sa, inkludert pauser som ble markert med et punktum for hvert sekund stillhet. Dette var en tidkrevende prosess. Samtidig var det en nyttig prosess, da jeg ved å lytte gjentatte ganger og skrive ord for ord, fikk en nærhet til materialet. Jeg skrev ned latter og hoste der det kom fram, og husket etter hvert måten de opptrådte på nonverbalt mens jeg lyttet til intervjuene. Denne nonverbale kommunikasjonen vil det nærmest være «umulig» å gjengi skriftlig i en transkripsjon (Kvale & Brinkmann, 2015). Men gjennom å lytte gjentatte ganger, ble jeg minnet på selve intervjuet og så det for meg. Jeg tenker denne transkripsjonsprosessen var viktig, for å få den nærheten til materialet som jeg trengte videre i analyseprosessen. I vedlegg nr. 4 har jeg lagt ved to sider av et analysert transkribert intervju. Transkripsjonen er anonymisert.

3.10 Analyse

Rudi Dallos og Arlene Vetere (2005) har beskrevet IPA analysen med seks steg. Jeg vil her presentere disse seks stegene, og hvordan jeg gjennomførte stegene i analyseprosessen. Her har jeg også vært inspirert av Smith et al. (2009) sin fremstilling av analyseprosessen.

1) Lesing/ relesing (og lytting):

I første steg av analysen lyttet jeg til intervjuene i kronologisk rekkefølge, samtidig som jeg leste transkripsjonene. Jeg skrev ned mine refleksjoner og hypoteser underveis, mens jeg lyttet og leste. Jeg opplevde etter å ha lyttet igjennom alle intervjuene, at jeg allerede hadde noen ideer om likheter og forskjeller mellom det informantene hadde sagt i intervjuene.

2) Innledende analyse – identifisere meningsfortetninger (venstre side):

I steg to av analysen, identifiserte jeg meningsfortetningene på hvert intervju. Jeg noterte meg nøkkelord, sitater og oppsummeringer av det informantene beskrev. Dette ble nedskrevet i en kolonne på venstre siden av transkripsjonen og merket med informantens forbokstav og linjenummer.

3) Mine refleksjoner og reaksjoner til teksten, samt relevant teori (høyre side):

Steg tre av analysen handlet om å skrive opp referanser til eksisterende teori og mine refleksjoner og reaksjoner til teksten, på hvert intervju. Jeg skrev dette ned i en kolonne på høyre side av transkripsjonen.

Jeg erfarte at steg to og tre grep inn i hverandre. Det vil si at mens jeg holdt på med steg to, så dukket mine refleksjoner til teksten og eksisterende teori opp underveis. Således valgte jeg å gjøre steg to og tre samtidig. Denne prosessen representerer det Krogh (2014) beskriver som den hermeneutiske sirkel. Jeg som forsker fortolker det informantene beskriver. Jeg vil veksle mellom å være opptatt av å se helheten i datamaterialet, og se nærmere på hver enkelt del. Jeg ser på hver del ut ifra en helhet, og helheten ut ifra hver del (Krogh, 2014). Steg 1-3 ble gjort på hvert intervju, før jeg gikk videre til steg 4. Dette viser til det Smith et al. (2009) betegner som ideografisk, som handler om å først jobbe med det individuelle før man går videre til det generelle.

- 4) Sammenhenger mellom meningsfortetningene på venstre side:
Når jeg var ferdig med å kode venstre side på alle intervjuene, så samlet jeg alle meningsfortetningene (kodene) i kronologisk rekkefølge. De ble klippet ut en og en, for deretter å bli lagt ut over et gulv, for å lettere se etter mulige sammenhenger. De var markert med informantens forbokstav og linjenummer. Dette for å lett kunne se hvilke oppsummeringer og sitater på venstre side, som hadde vært utgangspunkt for mine refleksjoner og teoretiske fortolkning på høyre side. Dette gjorde det også lettere å skille mellom de ulike informantene, senere i analyseprosessen.

- 5) Kategorisering av meningsfortetningene på venstre side og identifisering av funn:
Etter at steg 1-4 var gjort med hvert intervju, satt jeg igjen med et stort antall meningsfortetninger (koder). Kodene ble lagt i grupperte hauger ut over et gulv, for å lettere se etter mulige sammenhenger. Samtidig som jeg så etter sammenhenger mellom kodene på venstre side, så hadde jeg også mine refleksjoner og eksisterende teori fra høyre side tilgjengelig. Jeg valgte således ut de viktigste kodene i forhold til problemstilling, og kategoriserte de i flere hovedfunn og underfunn.

- 6) Navngiving av hovedfunn og sortering av underpunkter under hvert hovedfunn:
I løpet av denne prosessen, identifiserte jeg totalt fire hovedfunn og tolv underfunn. Navngivelse av hovedfunn og underfunn, ble gjort ut ifra koblinger til mine refleksjoner og eksisterende teori på høyre side på arket. Sitater ble valgt ut for å underbygge funn. Jeg la således alle de utvalgte meningsfortetningene (kodene) fra venstre side i ulike konvolutter ut ifra kategoriseringen av hovedfunn og underfunn.

3.11 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet handler om hvorvidt forskningen er utført på en pålitelig måte (Thagaard, 2013). Forsker må være transparent og redegjøre for fremgangsmåtene i studien. Hvordan jeg som forsker posisjonerer meg i fagfeltet, vil påvirke hvordan jeg beveger meg som forsker i min studie. I del 3.2 har jeg redegjort for mitt epistemologiske ståsted som jeg anser som sosialkonstruksjonistisk. Reliabilitet i denne studien, handler om at jeg må redegjøre for

kontekst og relasjonen til informantene, og hvordan det kan ha påvirket forskningen og resultatene av studien (Thagaard, 2013).

Validitet handler om gyldigheten av de tolkninger og funn jeg som forsker har kommet fram til (Thagaard, 2013). Det handler om å være transparent og redegjøre for grunnlaget for tolkninger jeg har kommet fram til. Det at jeg som forsker til daglig arbeider som terapeut i en rus – og avhengighetspoliklinikk, kan være både en styrke og en begrensning. Jeg har stor kunnskap om terapeutrollen innen denne konteksten, som kan være en styrke når det gjelder å forstå det informantene beskriver. Samtidig er det også en fare for at jeg kan ta noe informasjon for gitt, og derved gå glipp av nyanser (Thagaard, 2013). Mine tolkninger må begrunnes, og jeg må være transparent med hensyn til den gjensidige påvirkningen som skjer i kontekst og mellom relasjoner i forskningsprosessen. Verdien av mine tolkninger forsterkes ved å presentere alternative tolkninger som mindre relevante (Thagaard, 2013).

3.12 Etiske vurderinger

Forskningsprosjektet er godkjent av NSD, Norsk senter for forskningsdata (se vedlegg nr. 5). Studien omhandler min fortolkning av familieterapeuters opplevelse av praksis. Informantene i min studie hadde flere års erfaring innen sitt felt, og således opparbeidet seg en del refleksjon og vurdering omkring temaet. Jeg vil ikke karakterisere informantene som en sårbar gruppe det bør tas spesielt hensyn til, men allikevel kunne problemstillingen for oppgaven representere visse dilemmaer for informantene. Det var spørsmål knyttet til praksis og utøvelsen av denne. Jeg anser allikevel ikke studien for å være spesielt belastende for informantene, da de i stor grad kunne velge selv å svare så personlig de ville. Kvalitative intervjuer kan oppleves som en nær samtale som innbyr til å fortelle mer enn man kanskje ønsker (Thagaard, 2013), men min oppgave som forsker ble da å være varsom og bevege meg i det tempo som informanten nonverbalt og verbalt virket komfortabel med. I de tilfellene jeg opplevde at informanten ikke ønsket å snakke nærmere om et tema, lot jeg det være. Samtidig var det viktig å ikke ha en for stram skjematisk intervjuguide, slik at jeg kunne følge opp det informanten var opptatt av. Dette handler om det å skape tillit og trygghet i intervjusituasjonen, slik at informanten kan føle seg fri til å fortelle, samtidig som ivaretagelse av informanten hele tiden er i fokus (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuene ble etterstrebet

til å være fleksible nok, til at jeg kunne ta imot annen info enn det som tema direkte omhandlet. Dette bygger på det etiske prinsippet om velgjørenhet, som handler om at informantene skal ivaretas med lavest mulig risiko for skade (Kvale & Brinkmann, 2015).

Vedlagt selve invitasjonen til intervjuet, lå det et eget skriv om informert samtykke, som informantene underskrev frivillig, før intervjuet ble gjennomført. I invitasjonsbrevet sto kontaktinfo til meg som forsker og kontaktinfo til veileder. I tillegg sto det tydelig hva formålet med prosjektet var og hvem som skulle delta. Videre sto det også i invitasjonen at informantene kunne avbryte sin deltakelse, uten negative konsekvenser helt fram til masteroppgaven ble publisert (Thagaard, 2013). Konfidensialitet ble tydelig beskrevet, ved at jeg som forsker har taushetsplikt og at datamateriale og personopplysninger ville bli håndtert på en forsvarlig måte (nedlåst på et sikkert sted). Det sto at datamaterialet slik som lydopptak og transkripsjoner, ville bli makulert etter at prosjektet var publisert (Thagaard, 2013). Informantene skulle føle seg trygge på at det de sa, ikke kunne gjenkjennes av lesere. Datamaterialet ble omgjort til bokmål, for å utelukke gjenkjennelse via dialekt. Dersom noe ville være gjenkjennbart, ville det ikke bli publisert utdrag fra intervju (Thagaard, 2013). Alt av hensyn til at informantene skulle ivaretas med lavest mulig risiko for skade (Kvale & Brinkmann, 2015).

3.13 Forskning på eget felt og forforståelse

Jeg arbeider selv med det samme som informantene i min studie, men i en annen poliklinikk enn informantene. Dette betyr at jeg har en del kunnskap om området, som jeg tenker at kan ha gitt meg en bredere forståelse av det informantene har beskrevet i intervjuene. Imidlertid kan en slik forhåndskunnskap, føre til en tilsløring av viktige nyanser som en annen forsker lettere ville oppdaget. Dette handler om at jeg kan ta for gitt informasjon, eller unngå å være nysgjerrig nok på det informantene beskriver (Thagaard, 2013).

Fenomenologi omhandler dette med å fokusere på den enkeltes opplevelse av et fenomen (Thagaard, 2013), og dette er også mitt fokus i oppgaven. Samtidig vil det hermeneutiske perspektivet ta hensyn til at forforståelse hele tiden skjer i relasjon til andre og lesing av tekst

(Krogh, 2014). Jeg som forsker må hele tiden reflektere over min kontekst og rolle i denne prosessen. Det er viktig at jeg er transparent som forsker. Jeg må være klar over min egen påvirkning som forsker og at jeg selv også blir påvirket i denne prosessen (Thagaard, 2013). Min forforståelse er med inn i forskningsprosessen og i intervjuer med informanter, og dette vil igjen påvirke data.

4 Presentasjon av funn

I dette kapitlet vil jeg presentere de fire hovedfunnene og tolv underfunnene jeg identifiserte ved hjelp av IPA (Dallos & Vetere, 2005; Smith et al., 2009). Problemstillingen som var utgangspunkt for analysearbeidet var: «Hvilke muligheter og begrensninger, til å jobbe systemisk, opplever familieterapeuter i en rus – og avhengighetspoliklinikk?».

Ved hjelp av stegene i IPA beskrevet av Dallos og Vetere (2005) og med inspirasjon fra Smith et al. (2009) sin fremstilling av analyseprosessen, identifiserte jeg fire hovedfunn og tolv underfunn:

1. Spesialisthelsetjenestens rammer legger føringer for det systemiske arbeidet
 - Lover, regler og retningslinjer påvirker poliklinikkens faglige fokus
 - Kartlegging, utredning og diagnostisering foretas før systemiske samtaler
 - Krav til produksjon reduserer antall familiesamtaler og eksterne møter
 - Andre kompetanseområder styrkes før det systemiske
2. Kollegafelleskapets betydning for utøvelsen av det systemiske arbeidet
 - Lederen har betydning for at det tilrettelegges for systemisk arbeid
 - Felles fagmiljø er viktig for at det systemiske fokuset opprettholdes
 - Ulike profesjoner med ulikt fokus kan gjøre det utfordrende å jobbe systemisk
3. Familieterapeutene opplever systemisk frihet i terapirommet
 - Familieterapeutene har frihet til å velge systemisk tilnærming i terapisamtalene
 - Systemisk terapi har begrensninger i en rus – og avhengighetspoliklinikk
 - Systemisk tenkning er blitt en del av familieterapeutene – en holdning i praksis
4. Gode tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende, gir familieterapeutene energi til å fortsette med systemisk arbeid
 - Pårørendesamtaler bidrar til endring av rus – og avhengighetsproblemet
 - Familiens tilstedeværelse i terapirommet, skaper en utvidelse av pasientens problemforståelse

Funn er gjort på bakgrunn av min forforståelse og fortolkning. Andre forskere hadde sannsynligvis funnet andre kategorier å fremheve. Hvert funn er illustrert med sitater fra informantene. For å bedre lesbarheten har jeg fjernet en del lydmalende ord som «Hmm» og liknende. Der jeg har fjernet noe av teksten, har jeg satt (...) for å vise dette.

4.1 Spesialisthelsetjenestens rammer legger føringer for det systemiske arbeidet

Informantene i studien er opptatt av at de er en del av en spesialisthelsetjeneste, og at dette legger føringer for det systemiske arbeidet. Rammene handler om lover, regler og retningslinjer som regulerer spesialisthelsetjenestens oppgaver, og som informantene må følge. De nevner helsepersonelloven (2018), spesialisthelsetjenesteloven (2018), interne retningslinjer og interne regler. Alle informantene sier at den viktigste oppgaven i spesialisthelsetjenesten først og fremst er kartlegging, utredning og diagnostisering. I tillegg må de forholde seg til krav om produksjon. Produksjonskrav handler om antall konsultasjoner per terapeut. Alle terapeutene skal ha et minimum antall konsultasjoner per uke, og dette handler om økonomi. Informantene beskriver at det er andre kompetanseområder i poliklinikken, som styrkes før det systemiske.

4.1.1 Lover, regler og retningslinjer påvirker poliklinikkens faglige fokus

Informantene forteller at de jobber innenfor helsepersonelloven (2018) og spesialisthelsetjenesteloven (2018) som regulerer arbeidet. Jeg opplever at informantene reflekterer over hvordan disse rammene påvirker det systemiske arbeidet. For noen informanter oppleves rammene som hemmende for systemisk arbeid. Andre informanter opplever fleksibilitet og bruker kreativitet til å arbeide systemisk innenfor de gitte rammene.

Informantene i min studie har lang erfaring som familieterapeuter i rus – og avhengighetsbehandling. De har vært med på omorganiseringen og rusreformen i 2004, der rus - avhengighetsbehandlingen ble en del av spesialisthelsetjenesten (Sosialdepartementet, 2003). Før 2004 hadde fylkeskommunen ansvaret for rus – og avhengighetsbehandlingen.

Flertallet av informantene sier at det har blitt færre samtaler med barn og familier, etter at de ble en del av spesialisthelsetjenesten. De beskriver at de før rusreformen i 2004 (Sosialdepartementet, 2003), kunne jobbe systemisk med forebygging av rusproblemer i familien. Informantene sier at dette forebyggende arbeidet nå er overført til kommunene. Jeg tolker det som at de sier det handler om poliklinikkens rammer. Informantene beskriver at fysiske betingelser er blitt annerledes, og gir eksempel på at det er blitt mindre barne – og familievennlige samtalerom. De beskriver også at det er blitt færre familieterapeuter ansatt ved poliklinikken. To av informantene beskriver at familieteam som tidligere jobbet med familiene i rus – og avhengighetspoliklinikken, er lagt ned. Bjarne forteller om hvordan det var før: «Men vi var nok litt mer åpne for å ta imot folk, selv om de ikke hadde veldig mye diagnoser. Vi tenkte dette var forebygging egentlig» (Bjarne, linjenummer 66-67).

Informantene beskriver at sentrale føringer er avgjørende for poliklinikkens muligheter til å drive systemisk arbeid. Bjarne og Christer påpeker at det handler om ideologiske pendler som svinger på sentralt hold og at dette direkte påvirker arbeidet i poliklinikken. Bjarne sier følgende om denne sammenhengen:

(...) når ulike, hva skal jeg si, statsråder skiftes ut i sentrale myndigheter og sånn da, så forsvinner veldig mye av det som har vært ikke sant, av tenkning og sånt. Og så må man begynne på ny igjen. Så det er litt tungvint sånn sett, synes jeg. (Bjarne, linjenummer 236-238)

Christer utdyper nærmere hvordan rammene kan hemme systemisk arbeid. Han sier det har vært en stor diskusjon på hans arbeidsplass, hvorvidt pårørende skal ha et eget pasienttilbud innenfor spesialisthelsetjenesten. Han sier de pårørende ble tatt ut av prioriteringsveilederen (Helsedirektoratet, 2015) for noen få år siden. Han undrer seg over dette og beskriver det slik:

Og det er veldig underlig, veldig pussig fordi at resten av verden, Europa, Skandinavia, bygger jo voldsomt opp når det gjelder dette med pårørende. De er jo liksom, de er jo der vi var for 30 år siden, 20 år siden. Eh, kolossalt fokus på dette med pårørende, eh.. Nå kan det jo se ut som at det er noen politikere eller folk i direktoratet, departementet eller hvor det måtte være, som på en måte ser ut til å ha glemt historien

da. Så da er vi liksom litt på vei ned igjen, mens resten av verden er på vei opp..
(Christer, linjenummer 352-356)

Bjarne og Elise beskriver at de opplever at det ligger et press i spesialisthelsetjenesten, på å slå sammen rus – og avhengighetspoliklinikken med psykiatrisk poliklinikk (DPS). Slik jeg tolker Elise, opplever hun at det anses som lavere status å jobbe i en tverrfaglig spesialisert rus – og avhengighetspoliklinikk (TSB) framfor i en psykiatrisk poliklinikk (DPS).

Jeg tolker det informantene sier, som at de er engstelige for at deres kompetanse på rus som en familielidelse, kan viskes ut, til fordel for andre kompetanser som er mer fremtredende i en eventuell sammenslåing av disse poliklinikkene. Bjarne beskriver det slik:

(...) akkurat nå så er vi på en måte i en fase hvor eh..ting legges om da, og det er et veldig sånn press fra mange andre, hva skal jeg si..eh..i sykehussystemet vårt da, på å få eh..rus inn i DPS. Nå har vi en egen klinikk, men det ligger veldig sterke ønsker om å få det inn i DPS. (...) For å få hjelp til å takle rusproblemene der. Det er mange som henvises til DPS, det ligger mye rus innpakka der. Det forstår jeg, samtidig som min erfaring er at det lett kan bli sånn at psykiatritenkning eh..tar så mye plass at rusen forsvinner vekk. I behandlingssystemet. Så jeg er litt redd for den utviklingen der da.
(Bjarne, linjenummer 255-262)

Alle informantene forteller at de opplever at det er mulig å tilby flere samtaler til pårørende enn det interne regler tilsier. En informant nevner at det foreligger regler i poliklinikken på at de skal tilby maks seks støttesamtaler til pårørende, og maks ti parsamtaler. Slik jeg oppfatter det, så handler det først og fremst om et begrenset antall samtaler med de pårørende som ikke har egen henvisning. Pårørende med egen henvisning, har pasientrettigheter i motsetning til de uten egen henvisning. Jeg oppfatter det slik at pårørende med egen henvisning, ikke har en begrensning på hvor mange samtaler de kan tilbys. Slik jeg tolker informantene, kan de tilby flere samtaler til pårørende og pasienter, dersom faglig skjønn tilsier det. Christer og Dina sier at det er forankret i ledelsen at de kan gjøre unntak fra maks antall samtaler til pårørende. Dina forteller at pasienter kan gå til samtaler i årevis, dersom faglig skjønn tilsier det, men at det ikke er meningen at man skal holde på med for eksempel parterapi i det uendelige.

4.1.2 Kartlegging, utredning og diagnostisering foretas før systemiske samtaler

Alle informantene forteller at pålagte oppgaver slik som kartlegging, utredning og diagnostisering, kan hindre muligheter for systemiske samtaler. Informantene sier at i første samtale med pasienter så er fokuset på kartlegging. Det dreier seg blant annet om henvisningsbakgrunn, diagnoser, familie, barn, nettverk, medisiner, utdanning, jobb og kartlegging av problemet. De bruker kartleggingsskjemaer i denne fasen. Informasjon som skjemaer ikke klarer å fange opp, løses med å kartlegge på andre måter. Elise sier at dersom hun mener at kartleggingsskjemaer bør vente, så må hun få godkjenning på denne vurderingen av det tverrfaglige teamet. Hun beskriver et krysspress mellom alle krav til kartlegging og diagnostisering av pasienter, og det å møte pasienten systemisk der han/ hun er, før alle skjemaer er fylt ut. Hun forklarer:

(...) er ikke kurset og utdannet.. i de kartleggingsverktøyene. Det er noe som jeg må lære meg og som er litt stressomt for meg. Og som jeg har desto mer fokus på av den grunn da. Det har vært sånn stressfaktor. Nå må jeg få dette med diagnoser på plass, og da kan jeg miste litt oppmerksomhet som er rettet mot familien og familieforholdene (...). (Elise, linjenummer 198-201)

Flertallet av informantene sier at fokuset har endret seg fra system og familier til individ og diagnoser, etter at rus – og avhengighetsbehandlingen ble en del av spesialisthelsetjenesten. Informantene gir uttrykk for at de opplever at den systemiske tilnærmingen er akseptert i poliklinikken, men at utredninger og diagnoser tar mye fokus. Bjarne beskriver det slik: «(...) jeg opplever på en måte at den blir akseptert, men eh.. det er så mye annet som tar fokus. Utredninger av ruspasienters situasjon tar jo fryktelig mye fokus her, ikke sant. Det skal utredes og det skal dokumenteres» (Bjarne, linjenummer 244-246). Slik jeg oppfatter informantene, så er de allikevel tydelige på at det også er viktig å diagnostisere et rus- og avhengighetsproblem, fordi det har innvirkning på når, og om det er hensiktsmessig å ta pårørende med inn i familiesamtaler med pasienten tilstede.

4.1.3 Krav til produksjon reduserer antall familiesamtaler og eksterne møter

Alle informantene beskriver et krav til produksjon og antall konsultasjoner per uke som de må oppfylle. De beskriver antall konsultasjoner per uke, som en pålagt oppgave de må forholde seg til og gjøre det beste ut av. Informantene gir uttrykk for at kravet om antall konsultasjoner per uke, reduserer antall samtaler med barn og familier, samt deltakelse på eksterne møter. Det er imidlertid noen nyanserte forskjeller på hvordan informantene opplever dette produksjonskravet. Alle informantene snakker om at samtaler og møter med flere, tar ekstra tid og ressurser. Dina sier at familiesamtaler fort kan ta 1,5 time, mens individuelle samtaler kan ta 45 minutter. I tillegg sier hun at samtaler med barn og familier innebærer mer forberedelser og etterarbeid. Når de er to terapeuter inne i terapirommet ved familiesamtaler, så tar dette både tid og ressurser fra to istedenfor en terapeut. Elise snakker om at terapeutene bruker tid uten å få tellende konsultasjon. Elise beskriver at hun synes det er synd de mister familiefokuset, til fordel for fokuset på produksjon. Hun forteller:

Så da får vi, konsultasjon, samme konsultasjon enten det er bare paret som kommer eller paret med barnet. Og det betyr at det er den som intervjuer familien som får poenget. Og de som sitter i reflekterende team får ikke noe poeng (...) De bruker tiden uten å få noe tellende konsultasjonstall da. (Elise, linjenummer 166-170)

Elise snakker om at reiser ut av kontoret, på eksterne møter, tar ekstra tid og ressurser. Det kan være lang reisevei til eksterne møter med nettverket til den enkelte pasient, og det igjen fører til færre konsultasjoner den dagen. Det blir med andre ord mindre produksjon den dagen. Hun utdyper: «(...) skal du på et ansvarsgruppemøte så må du ut av huset da. Å, skal du reise ganske langt så går det ikke en time, men kanskje tre for å få det konsultasjonstallet» (Elise, linjenummer 255-256). Elise, slik jeg oppfatter henne, forteller at dette er med på å gjøre deltakelse på eksterne møter, mindre populært blant hennes kollegaer.

4.1.4 Andre kompetanseområder styrkes før det systemiske

Informantene gir uttrykk for at de skulle ønske at den systemiske kompetansen ble bedre ivaretatt. Slik jeg forstår det handler det om at de skulle ønske det ble lettere å få økonomisk dekning til videreutdanning, kursing, og veiledning innen faget. Slik de beskriver det, så ytes

det først og fremst gratis kompetanseheving og de må ofte selv være de som bidrar til å undervise om emnet. Informantene gir uttrykk for at de har en opplevelse av at det først og fremst er andre kompetanser ved poliklinikken som ivaretas. Slik jeg tolker informantene, så opplever de at systemisk kompetanse kan bli sett på som litt smalt og sært, og at andre kompetanser dermed får mere oppmerksomhet. Christer sier det slik: «(...) det metodiske fokuset i form av intern undervisning og innenfor hva som blir prioritert innenfor masterstudier, forskning og så videre, har jo hele tiden lett for å falle inn i det individualpsykologiske perspektiv» (Christer, linjenummer 219-221).

Elise sier at systemisk kompetanse ikke er tema i poliklinikken. Hun sier det ikke er tema å sørge for at ansatte har familieterapiutdanning eller systemisk fokus. Hun sier det slik:

Det har ikke vært snakk om at vi må få folk inn på Diakonhjemmet for eksempel.. Det er traumeterapi, og det er de forskjellige utredningene, og det er eh.. Jeg har glemt hva det heter. Ting får nye navn. Men altså det er tilnærminger til individualterapi, det er det.. (Elise, linjenummer 206-208)

Alle informantene forteller at de må være pådrivere selv for å få kurs og veiledning. De sier de må minne på at man skal drive med familieorientert rus – og avhengighetsbehandling i poliklinikken. Christer oppsummerer det slik:

Men det er ikke bare et sånt spørsmål om hva andre burde ha gjort, det er jo også for min egen del også, jeg kan jo være mer på banen og tydeligere. Så det er jo et samspill mellom oss alle. (Christer, linjenummer 600-602)

Slik jeg oppfatter Christer så undres han over at det brukes lite penger på å opprettholde systemisk kompetanse i poliklinikken, når de samtidig har et høyt fokus på familieorientert rus – og avhengighetsbehandling. Han undres over hvordan dette henger sammen. Dina bekrefter at det ikke brukes mye penger på ivaretagelse av systemisk kompetanse, men hun fokuserer på at ivaretagelse også kan skje kostnadsfritt. Elise ser en sammenheng mellom graden av systemisk fokus i poliklinikken og satsning på systemisk kompetanse. Hun ser også sitt ansvar oppi dette, som pådriver. Hun sier det slik:

Det er jo ikke den som har hovedfokus, får størst anseelse.. Men den er akseptert, men det kreves.. for å for å bli god til det, så må man ha fokus på det. Og må trenger noen, trenger å bli minnet minne seg selv om det ha noe work-shops, noe faglig påfyll kanskje en veileder som kommer inn en periode (...) Jeg blir sittende nå å tenke jeg skulle vel ha mast mer om det. Og jobba for å få det. Også har ikke hatt overskudd til det. Eh.. Ja, så man må man må huske på det og ha overskudd til det, for det er nok ikke det som er lettest å få. Kurs eller veiledning i systemisk, systemteori, eller systemisk arbeid. (Elise, linjenummer 278-286)

Slik jeg tolker informantene, så ytes det betraktelig mindre økonomisk stønad til ivaretagelse av den systemiske kompetansen, framfor andre kompetanser i poliklinikken. Imidlertid ser informantene også sitt eget ansvar oppi dette, som pådrivere for å få mere kurs og utdanning innen systemisk arbeid og familierapi.

4.2 Kollegafelleskapets betydning for utøvelsen av det systemiske arbeidet

Alle informantene beskriver at det er viktig hvilket fokus lederen har, i forhold til om det tilrettelegges for systemisk arbeid. Det samme gjelder kollegafellesskapets betydning for å holde det systemiske fokuset oppe. Alle informantene sier de er få familierapeuter ansatt i poliklinikken, og at de er en del av en tverrfaglig spesialisert rus – og avhengighetsbehandling (TSB). Å jobbe tverrfaglig innebærer en del utfordringer.

4.2.1 Lederen har betydning for at det tilrettelegges for systemisk arbeid

Alle informantene beskriver at lederen har stor betydning for om det legges til rette for systemisk arbeid i poliklinikken. De sier at systemisk tilnærming er akseptert i ledelsen, men det er forskjellig hvordan informantene opplever sin leder og hvor stort fokus det systemiske arbeidet har. Jeg oppfatter Christer og Dina som tydelige på at de har en leder, som har stort familiefokus og aktivt støtter det systemiske arbeidet. Christer beskriver at den systemiske tilnærmingen er hundre prosent akseptert, da den er forankret ideologisk i ledelsen. Christer sier det slik:

Jeg opplever jo innenfor sånn som på denne poliklinikken, så opplever jeg at det er en total full frihet til å tenke hm.. tenke.. bruk av systemiske modeller. Ikke bare at vi har mulighet til det, men vi oppfordres til det. Vi anser jo, jeg tenker at vi anser at vi driver familieorientert rusbehandling. Det er det vi driver med. (Christer, linjenummer 112-115)

Elise forteller at systemisk tilnærming ikke har hovedfokus i poliklinikken. Jeg oppfatter at hun sier at den systemiske tilnærmingen ikke har størst anseelse blant kollegaene. Hun sier det slik:

Det er individfokus og produksjonskrav og eh.. å, jeg tenker at ...at den tanken at systemisk arbeid er viktig hvis man, den bør være forankret i ledelsen. For at det.. skal bli lett å få det til. Hvis det ikke er forankret i ledelsen, så blir det litt sånn motstrøms.. (Elise, linjenummer 297-299)

Slik jeg tolker informantene, så virker det som om Bjarne og Elise skulle ønske de hadde en ledelse som tilrettela mer for systemisk arbeid. De har lang erfaring fra fagfeltet og beskriver at det var bedre tilrettelagt for systemisk arbeid, før de ble endel av spesialisthelsetjenesten. Alle informantene beskriver at det er viktig at systemisk arbeid er forankret i ledelsen.

4.2.2 Felles fagmiljø er viktig for at det systemiske fokuset opprettholdes

Alle informantene snakker om at det er viktig at man har et fagmiljø som holder det systemiske fokuset oppe. Familieterapeutene har felles utdanning og felles fagspråk, men de er få ansatte på hver poliklinikk. Informantene er opptatt av at det å ha flere familieterapeuter ansatt er med på å opprettholde systemisk fokus. Bjarne oppsummerer det slik:

Du kan vel si at det er vel, det at vi har vært, noen her som har jobbet med familien, og har vært veldig bevist på akkurat det. Jeg vil si at det er kollegafellesskapet som har fremmet dette mest, og at vi har ivret på å få litt undervisning om det her på stedet, og søkt om å få komme til steder hvor vi får litt påfyll. (Bjarne, linjenummer 207-210)

Dina beskriver det slik:

Så vi er jo, har jo et systemisk fokus og jobber jo mye med.. med familier alle sammen. Så det er vel vi som er som har fokus på det og.. Det kan jo være andre som tenker tankene, og så har vi en leder (...) som også har et systemisk fokus. (Dina, linjenummer 445-447)

Jeg oppfatter at Elise er tydelig på at systemisk tenkning og familierterapi, bør ha større plass i poliklinikken. Hun sier at det er noen ansatte som fremmer systemisk familiearbeid, men at det bør være flere som tenker slik og snakker det” språket”. Hun forteller:

Så er det det systemiske familiearbeidet, og det er folk her som ser at det er viktig, og ønsker å holde på med det (...) Og det fremmer det jo (...) Det er noen som er toneangivende som.. (...) .. som bidrar til å opprettholde det. Og det skal være et tilbud (...) ... til familien, for da skiller vi ikke pårørende og pasienten, da. (Elise, linjenummer 264-273)

Alle informantene, slik jeg tolker dem, beskriver at det systemiske fokuset opprettholdes av noen kollegaer som er ekstra opptatt av temaet, eller har den systemiske fagbakgrunnen. Jeg opplever også at informantene er tydelige på at det systemiske familiearbeidet kunne vært mere i fokus i kollegafelleskapet enn det er i dag.

4.2.3 Ulike profesjoner med ulikt fokus kan gjøre det utfordrende å jobbe systemisk

Alle informantene jobber i tverrfaglige team og samarbeider med kollegaer fra ulike profesjoner. En del dokumenter, som familierapeutene har skrevet, må godkjennes i tverrfaglige teammøter av spesialister med annen utdanningsbakgrunn. Informantene forteller at det å jobbe i tverrfaglige team kan være utfordrende, da det er forskjellig hvilket fokus kollegaene har. Informantene sier at det blant annet er personavhengig, hvorvidt systemisk arbeid er i fokus blant kollegaene. Bjarne oppsummerer det slik:

(...) fordi det er jo veldig personavhengig dette her ikke sant. Og det er nok noen som.. som er veldig, hva skal jeg si, har øyne for å jobbe med hele familien. Mens mange tenker, spesielt de som jobber med ungdom som er rusmisbrukere, de tenker at de kommer fra veldig dysfunksjonelle familier, hvor ungdommene har vært utsatt for eh.. ja.. overgrep og dysfunksjonell oppvekst, med rus og vold og eh.. mange ting som gjør at det er liksom ikke, det er ikke godt for rusmisbrukeren å få med sin familie heller. Det er på en måte også en viss tenkning hos noen. (Bjarne, linjenummer 186-192)

Christer forteller at det er personer som jobber ved poliklinikken som har et annet syn enn å tenke hele familien i behandling. Christer er tydelig på at dersom det ansettes mange individualpsykologer, som mangler familieperspektivet, så vil det være hemmende for systemisk arbeid. Samtidig beskriver han at tverrfaglighet også gir muligheter til å lære av hverandre. Jeg opplever at han er opptatt av å få fram at forskjeller må anerkjennes.

Jeg oppfatter at Elise sier at systemisk tenkning og arbeid har lavere status, og derfor ikke blir prioritert. Hun sier at individfokuset er større enn det systemiske fokuset i kollegafelleskapet. Hun sier det har blitt sånn med årene. Hun utdyper: «Det systemiske fokus det må man jobbe med for å opprettholde, og holde varmt (...) Og jeg tenker at det vi har ikke helt det (...) Det blir vannet ut tenker jeg av også det individfokuset» (Elise, linjenummer 92-96). Elise forteller også at hun ser en sammenheng mellom lite fokus på systemisk arbeid, som igjen fører til færre samtaler med barn og familier, fordi man føler seg urutinert.

Det kan hende at vi har høy terskel for å snakke med barn, og jo sjeldnere vi gjør det jo høyere blir jo den terskelen egentlig. Ikke sant? Vi føler oss urutinerte på det, og usikre og.. og dermed så blir det ikke det vi har så mye fokus på. Jeg tenker at det ligger litt i det å.. (Elise, linjenummer 157-159)

Dina beskriver en opplevelse av å bli sett på som annerledes blant kollegaene med annen fagbakgrunn: «Det tror jeg er ganske sånn vi er vel ganske sære vi som holder på med sånt» (Dina, linjenummer 438). Slik jeg tolker informantene, så er det utfordrende å jobbe tverrfaglig, og samtidig ivareta det systemiske fokuset. Det er flere faktorer som spiller inn,

ikke bare at det er ulike profesjoner som jobber sammen med ulikt fagfokus, men de beskriver også at det er personavhengig hvorvidt systemisk er i fokus eller ikke.

4.3 Familieterapeutene opplever systemisk frihet i terapirommet

Alle informantene forteller at de opplever frihet til å bruke systemisk tilnærming i terapisaamtalene. Informantene kommer også med eksempler der par – og familiesamtaler ikke er hensiktsmessig eller er vanskelig å gjennomføre. I tillegg reflekterer informantene over hvordan systemisk tenkning er blitt en del av dem. Jeg forstår det slik at systemisk tenkning er blitt en holdning og væremåte, i møte med pasienter og pårørende.

4.3.1 Familieterapeutene har frihet til å velge systemisk tilnærming i terapisaamtalene

Alle informantene, slik jeg tolker dem, har stor frihet til å bruke den tilnærmingen de ønsker i terapeutiske samtaler. Informantene er opptatt av at pasientene og pårørende trenger kunnskap om rus – og avhengighet ut ifra et systemisk perspektiv. Informantene, slik jeg tolker dem, er opptatt av å gi pasienter og pårørende ansvar for sine egne liv, fordi ansvar gir mulighet til endring. Informantene er tydelige på at de hjelper pasienter og pårørende med å fokusere på sin egen bedringsprosess. Bjarne forteller:

(...) de trenger kunnskaper, for å forstå hva rusmisbruk er for noe. Hvordan det påvirker, eh.. for uten den type kunnskap så vil det være litt sånn fastlåst (...) Det er at de får nye typer verktøy og det er viktig for at de skal eh.. være litt sånn fri til å handle på en ny måte.. Fordi de føler seg veldig låst, de som kommer her. (Bjarne, linjenummer 346-351)

Bjarne, Christer og Dina bruker en del systemiske illustrasjoner på tavle i rommet, og dette er en tilnærming de får god tilbakemelding på fra pasienter og pårørende. Jeg oppfatter at informantene beskriver problemet sirkulært ved å bruke illustrasjon på tavle, og at det blir en visuell hjelp til å forstå og huske tema i samtalen. Bjarne sier det slik:

Og pårørende de trenger noen illustrasjoner, fordi når de kommer ut herifra, så husker de kanskje ikke så mye av det vi snakket om. Men denne tegningen sitter i hodet når de går herifra. Så det er ikke få som kommer ut i samtaleforløpet, og sier at: den tegningen der, den skjønte jeg med en gang. Den hjalp meg til å skjønne hva jeg skal gjøre. Så vi trenger ikke å gi så mye råd, men vi kan tegne opp, egentlig.. (Bjarne, linjenummer 453-457)

Informantene, beskriver en takknemlighet og ydmykhet i samtalene de har med pasienter og pårørende. De får lov å ta del i familiesystemet og bli inkludert i sårbare og intime familiehemmeligheter. Dina sier at fordelen med at det er rus i familier, er at da må man snakke sammen på en annen måte enn før. Hun sier de er opplært til å lindre smerte, men det å få smerten i familier frem, kan være utslagsgivende for forandring. Dina beskriver at hun blant annet bruker narrativ tilnærming i samtaler, for å få fram andre viktige historier og stemmer:

Og de aller fleste som kommer hit, de ønsker å ha inn familien sin. Enten det er pårørende eller rusavhengige. Det er veldig få som ikke vil det. Så er det jo noen pasienter som ikke har ...eh som ikke har familie eller de kommer hit og sier det at de har ingen.. og da pleier jeg å bruke en narrativ tilnærming, å prøve en mulighet til å få frem de andre, de andre historiene. Hvem var det som var viktig for deg da du var liten, er det.. kanskje en kamerat, var det, eller kanskje en tante i Bodø, eller hvem er det som var der for deg? Så kan det plutselig åpne seg en ny mulighet for ett nettverk da. (Dina, linjenummer 203-208)

Jeg oppfatter at informantene kan bruke ulike innfallsvinkler i terapi, alt ettersom hva som passer, og at det ikke er viktig hva det kalles. Bjarne utdyper dette nærmere:

Ut i fra erfaring så tenker vi at, vi har liksom prøvd oss frem på en måte på forskjellige ting, og da er det sånn at du inkorporerer det i din egen måte å være på som terapeut, og det betyr at du svitsjer veldig mye mellom ulike innfallsvinkler, alt etter hva du føler passer inn. Det betyr at vi tenker ikke så mye på om det er systemisk eller ikke.

Vi tenker at er dette nyttig, eller ikke nyttig for vedkommende? (Bjarne, linjenummer 158-162)

Informantene gir alle uttrykk for å ha en felles ideologi som ligger til grunn for hvordan de møter pasienter og pårørende. Christer sier det slik: «(...) sånn systemisk tenkning handler jo om at et problem eksisterer i et system» (Christer, linjenummer 127-128). Slik jeg tolker dem, er de tydelige på at rus – og avhengighet er et familieproblem, og ikke et individuelt problem.

Alle informantene, presenterer til pasientene i de første samtalene, at det finnes et tilbud om par – og familiesamtaler. Det er imidlertid noen forskjeller på hvordan dette tilbudet er organisert. Dina sier at hun kan jobbe systemisk på en strukturert måte over tid på poliklinikken – at det er satt i system. Hun sier hun snakker med alle barn uansett alder. Christer beskriver at det er umulig for han å tenke rus – og avhengighetsbehandling, uten å trekke inn pårørende og nettverk. Han sier at han kan velge å snakke med hele familien selv, eller dele opp behandlingen med en annen terapeut som for eksempel snakker med de pårørende. Informantene er tydelige på at de har stor frihet til å velge systemisk tilnærming i terapisaftalene.

4.3.2 Systemisk terapi har begrensninger i en rus – og avhengighetspoliklinikk

Alle informantene beskriver situasjoner, der systemisk tilnærming ikke er hensiktsmessig eller er vanskelig å gjennomføre. Jeg oppfatter at informantene er tydelig på at der det er snakk om et aktivt og alvorlig rus – og avhengighetsproblem, så er det ikke hensiktsmessig med familiesamtaler som en del av behandlingen av pasienten. De sier imidlertid at det er viktig å få med familien i et par samtaler helt fra starten av behandlingen, for å kartlegge problemet ytterligere. Etter at problemet er nærmere kartlagt, sier informantene at de deler opp behandlingen, slik at pasienten får egen behandling og pårørende får egne samtaler. Christer oppsummerer det slik:

Så på sett og vis så kan man tenke at i starten så har vi familien sammen, det er ganske naturlig, så splitter vi opp en periode hvis problemet er så stort, så føres de sammen.

Det er vel sånn jeg tenker om det da. (Christer, linjenummer 154-156)

Bjarne utdyper dette nærmere:

Ja, du kan si at..eh..Siden rusmisbrukeren da eh trenger noe helt annet eh..enn systemisk tenking da for å si det sånn, så eh..er det jo sånn at eh..jeg tenker at, de trenger andre typer innfallsvinkler med terapeuter, enten innleggelse eller poliklinisk. Og vi tenker vel at i en startfase, helt startfase så er det viktig å få med familien for å kartlegge virkeligheten, for den fortrenses veldig ofte da fra rusmisbrukeren. (Bjarne, linjenummer 141-145)

Jeg oppfatter at Dina sier at det er utfordrende å jobbe systemisk med flere i familien inne i rommet, der det er høy konflikt i familien eller fare for aggresjon og vold. Dina beskriver det slik: «Så skammen og aggresjonen, det det kan gjøre at dette kan bli ganske farlig da (...) Vi vet liksom ikke.. vi vet ikke helt hva utfallet av samtalen kan bli» (Dina, linjenummer 233-240). Dina sier også at det er utfordrende å jobbe systemisk, der pasienten eller den pårørende står i fare for å miste jobb, løyve/ autorisasjon eller status/ fasade, dersom rusproblemet blir offentlig. Hun sier at disse familiene ofte ønsker at rusproblemet skal forbli en hemmelighet, og det blir da vanskelig med endring i systemet. Dina beskriver det som at familiene da har en tilleggsproblematikk. Hun poengterer også at dette varierer ut i fra hvor familiene bor. Hun sier at rusproblemer i en liten bygd er mere synlig, sammenliknet med større mulighet for anonymitet i større byer.

Slik jeg tolker informantene, så er de enige i hvorvidt systemisk tilnærming er hensiktsmessig eller ikke i en samtale. Jeg opplever ikke at de ser på disse begrensningene som et problem, men at de er tydelige på når systemisk tilnærming og familiesamtaler er adekvat tilnærming og når det ikke er det.

4.3.3 Systemisk tenkning er blitt en del av familierapeutene – en holdning i praksis.

Alle informantene har lang erfaring som familierapeuter og beskriver at den systemiske kompetansen er blitt en del av hvem de definerer seg til å være. Alle informantene, slik jeg tolker dem, mener at systemisk tenkning har blitt en holdning og væremåte. Elise sier det slik:

Det blir jo sånn at når jeg har hatt det fokuset, eller hatt det inne mange år, så blir jeg, blir man litt blind på hva det er ikke sant. Det er integrert og det er bare sånn man tenker uten å sette navn på det og.. Ja.. Det går på refleks, det bare er sånn. (Elise, linjenummer 390-392)

Bjarne beskriver denne holdningen slik:

(...) det er ikke så veldig bevisst for meg hva som er systemisk og ikke systemisk. Eh.. men veldig mye av det jeg holder på med det er jo det som ligger i bunnen for mange ting. Så det henger jo sammen, disse tingene her, så eh.. når du har jobba en del år i bransjen, så slipper du taket på disse teoriene og alt det der, og så prøver du å være deg selv. Det er vel det det handler om egentlig. (Bjarne, linjenummer 470-474)

Slik jeg tolker informantene, er de opptatt av at alt henger sammen med tidligere erfaringer og opplevelser. Det er ikke tilfeldigheter som gjorde at de ble familieterapeuter. Christer beskriver det slik:

(...) alt handler om en sammenheng eller om egne erfaringer og oppvekst. Hvem du møter i voksenlivet, hvem andre du møter i yrkeslivet og så videre, så dette, men jeg var nok ganske tidlig klar over at familieterapi ville bli en vei, det tror jeg. Det var nok etterhvert et mål i seg selv. (Christer, linjenummer 78-81)

Informantene har både lang erfaring som familieterapeuter, og bred erfaring fra flere fagområder. Dette opplever jeg at de beskriver som en styrke i møte med pasienter, pårørende og samarbeidspartnere. Jeg tolker det slik, at informantene sier at de har systemisk fokus i de fleste sammenhenger, og ser hvordan ting henger sammen mellom fortid og nåtid, på ulike nivåer.

4.4 Gode tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende, gir familieterapeutene energi til å fortsette med systemisk arbeid

Alle informantene beskriver at de får gode tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende på systemisk tilnærming i samtalene. Informantene gir uttrykk for at disse tilbakemeldingene gir dem energi og motivasjon til å fortsette med systemisk arbeid. I tillegg oppleves tilbakemeldingene viktige, fordi det både bekrefter og styrker det systemiske arbeidet.

4.4.1 Pårørendesamtaler bidrar til endring av rus – og avhengighetsproblemet

Alle informantene sier at de får gode tilbakemeldinger på systemisk tilnærming fra pårørende. Slik jeg tolker informantene, er denne tilbakemeldingen svært viktig for at informantene kan fortsette med systemisk tilnærming. Det blir et gjensidig samspill mellom terapeutene og de pårørende, som bekrefter og styrker den systemiske tilnærmingen. Dette samspillet bekrefter systemisk arbeid, både på et personlig – og faglig nivå. Christer sier det slik:

(...) det det gjør med meg det er jo det er jo kraft til å gå videre og fortsette. Hvis jeg skulle si noe helt personlig. Så gir det jo meg motivasjon (...) Vi ser folk får det bedre med seg selv, med sin familie, med sin opprinnelsesfamilie, med sine barn (...) Det er jo sånn personlig så er vel det den viktigste effekten av det, også er det jo viktig sånn faglig effekt i det. At vi ser at antagelig er vi fortsatt på sporet. (Christer, linjenummer 545-553)

Informantene sier at det er viktig at de pårørende blir innlemmet i behandlingen til den henviste pasient. De får tilbakemeldinger fra pårørende som sier at de ikke hadde klart seg uten samtalene på poliklinikken. Christer gir et eksempel på tilbakemelding fra pårørende:

(...) for første gang i hele mitt liv, var det noen som var interessert i å høre hvordan jeg hadde det. Eh..Mm. Det kan være tilbakemeldinger som at jeg hele livet mitt har jeg hørt at jeg ikke var noe verdt, som barn, jeg gifta meg og fikk samme situasjon med en alkoholisert ektefelle, jeg var ikke noe verdt. Eh..Kunne ikke stole, være trygg på meg selv, ikke sant.. Når jeg kom inn i dette rommet her, så var det et menneske som for

aller første gang virkelig var opptatt av hvordan jeg hadde det. (Christer, linjenummer 531-536)

Christer gir også et annet eksempel på tilbakemelding fra pårørende, som jeg oppfatter som en bekreftelse på systemisk arbeid:

(...) mange pårørende som ser at: jeg har jo faktisk bidratt til at sønnen min har kunnet holde ruslivet sitt gående i 10 år.. jeg har jo faktisk finansiert ruslivet hans (...) For at denne galskapen skal kunne fortsette. Men det som skjer når de slutter med dette da, og tør å gå inn i dette, tør å kjenne etter, og gjøre en forandring og eh, det de gjør, så ser de jo at det skjer en forandring hos sitt barn.. og vi har tusenvis av eksempler gjennom mange år. Og det skjer.. (Christer, linjenummer 568-575)

Slik jeg tolker informantene, så er alle opptatt av at pårørende må innlemmes mer i behandlingen. Det er imidlertid forskjellig hvordan informantene opplever at dette tilrettelegges for i den enkelte poliklinikk. Det som er likt, er at informantene opplever gode tilbakemeldinger fra pårørende, og dette er svært betydningsfullt for familieterapeutene både personlig og faglig. Informantene sier at det handler om at pårørende skal forstå rus – og avhengighetsproblemet ut ifra et systemisk perspektiv. Ut ifra et slikt perspektiv blir det lettere å forstå det gjensidige samspillet i relasjoner som kan være med på å opprettholde problemet. Informantene, slik jeg tolker dem, er tydelig på at det ligger uante muligheter til endring av problemet, ved å samtale med hele familien.

4.4.2 Familiens tilstedeværelse i terapirommet, skaper en utvidelse av pasientens problemforståelse

Informantene får gode tilbakemeldinger på den systemiske tilnærmingen, fra pasienter med et rus – og avhengighetsproblem. Informantene er tydelige på at hele familien må bli hørt, i rus – og avhengighetsbehandlingen. Pasientene gir uttrykk for at de forstår problemets alvor, når de hører pårørende fortelle om sine opplevelser i samtalene på poliklinikken. Christer gir et eksempel på tilbakemelding fra pasienter der familien har vært med inn i samtalene:

Ja det er ofte sånne tilbakemeldinger som at jeg hadde ikke overlevd, uten at vi hadde blitt tatt med. Vi hadde ikke klart oss som familie. Eh, det at.. for rus, at ektefellen er med inn, gjorde at jeg så tydelig at det var alvorlig på en helt annen måte (...).

(Christer, linjenummer 519-521)

Informantene kan også i individuelle samtaler med pasienter, benytte systemiske tilnærminger med fokus på å få fram familiens stemmer inn i rommet. Det er ikke alltid familie eller nettverk kan delta i samtale. Informantene, slik jeg tolker dem, har da muligheten til å «befolke» rommet med andre viktige personer i pasientens liv. Det handler om å se problemet ut ifra et systemisk perspektiv. Informantene beskriver at pasientene får en utvidet forståelse av rus – og avhengighetsproblemet, som noe utover diagnosen i seg selv. Elise gir et eksempel på tilbakemelding fra en pasient, som hun har snakket med individuelt, ut ifra et systemisk perspektiv:

(...) vi har snakket om familiesituasjonen hennes nå, for den er utfordrende, og også opplevelsene i hennes opprinnelsesfamilie, og hun synes det var veldig godt, og hun følte seg veldig møtt og tatt på alvor ... når jeg hadde fokus på det. (Elise, linjenummer 308-310)

Informantene, slik jeg tolker dem, beskriver at det er helt nødvendig å ha et systemisk fokus i samtale med pasientene. Enten i individuelle samtaler med pasientene, eller i familiesamtaler. Det handler om å se rus – og avhengighetsproblemet ut ifra et systemisk perspektiv, med fokus på å få flere stemmer inn i rommet. Det handler om å få en utvidelse av problemforståelsen, som gir en bredere forståelse av problemets omfang. Det handler ikke bare om en diagnose knyttet til en pasient, men om hvordan dette rus – og avhengighetsproblemet har ringvirkninger utover den ene pasienten.

4.5 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg presentert funn som jeg har analysert meg frem til, ved hjelp av IPA (Dallos & Vetere, 2005; Smith et al., 2009). Samtlige informanter opplever at

spesialisthelsetjenestens oppgaver og poliklinikkens rammer påvirker det systemiske arbeidet. Alt fra lovregulerte oppgaver og krav om produksjon til hvilke kompetanser som ivaretas i poliklinikken. Det er dette som legger føringer og rammer for muligheten til systemisk arbeid.

Alle informantene er tydelig på at det er viktig at systemisk tilnærming er akseptert hos leder og i kollegafellesskapet. Dette tilrettelegger for at familieterapeutene kan jobbe systemisk, og er med på å opprettholde et systemisk fokus. Det å snakke samme fagspråk er med på å holde det systemiske fokuset oppe. Informantene gir uttrykk for at det systemiske fokuset opprettholdes av noen kollegaer som har den systemiske fagbakgrunnen eller som er ekstra opptatt av temaet. Det at det er kollegaer med ulike profesjoner og ulikt fokus i TSB, kan imidlertid gjøre det utfordrende å jobbe systemisk.

Informantene gir uttrykk for at de har frihet til å velge systemisk tilnærming i samtalene. De er tydelig på når det er hensiktsmessig med par – og familiesamtaler og når det ikke er det. Alle informantene har lang erfaring som familieterapeut. De beskriver at systemisk tenkning er blitt en del av dem, og at de ikke egentlig er så opptatt av hvilken tilnærming som brukes, men at de er åpne og fleksible i samtalene.

Det gis gode tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende på den systemiske tilnærmingen. Jeg oppfatter det slik at dette gir informantene energi og motivasjon til å fortsette med det systemiske arbeidet. I tillegg oppleves tilbakemeldingene viktige, fordi det legitimerer den systemiske tilnærmingen. Tilbakemeldingene både bekrefter og styrker det systemiske arbeidet.

5 Diskusjon

Jeg vil i dette kapitlet drøfte funnene knyttet opp mot studiens problemstilling og ut ifra relevant teori og forskning beskrevet i kapittel 2. Jeg vil først diskutere funnene hver for seg, for så å se på noen av dem i lys av hverandre. Til slutt vil jeg redegjøre for implikasjoner for praksis og videre forskning, samt styrker og svakheter ved studien. Jeg har valgt å dele opp diskusjonen i fire deler, en del for hvert funn. Dette for at det skal være mere oversiktlig i presentasjonen selv om funnene henger sammen som en helhet.

5.1 Spesialisthelsetjenestens rammer legger føringer for det systemiske arbeidet

Informantene i studien beskriver at de arbeider innenfor en spesialisthelsetjeneste – kontekst, som de beskriver at legger føringer for det systemiske arbeidet på ulikt vis. Jeg opplever allikevel at de beskriver konteksten de er en del av, ut ifra en sirkulær forståelsesramme, som er i tråd med det Gregory Bateson (1972) beskriver om sirkularitet og kontekst. Informantene gir uttrykk for at de må forholde seg til ulike paradigmer i sitt arbeide. Thomas Kuhn kan sies å være opphavsmannen til begrepet paradigme, som han beskrev som en virkelighetsforståelse som vitenskap må holde seg innenfor (Kuhn, 2002).

5.1.1 Å arbeide innenfor ulike paradigmer og forståelsesrammer

Alle informantene i studien beskriver at det at de jobber i spesialisthelsetjenesten, legger en del føringer for utøvelsen av det systemiske arbeidet. De arbeider innenfor et lovverk og reglement som må følges. Informantene er tydelige på at de alle har noen oppgaver som de må gjennomføre, innenfor en tidsperiode, eller innenfor et visst antall konsultasjoner med den enkelte pasient. Det handler først og fremst om at pasientene som henvises til rus – og avhengighetspoliklinikken skal kartlegges, utredes og diagnostiseres. Jeg mener at Christer sitt utsagn er et nøkkelutsagn som oppsummerer det fokuset som er på kartlegging og diagnostisering som gjøres i begynnelsen av behandlingsforløpet: «Uansett så tror jeg det viktigste er å kunne ganske presist diagnostisere et rusproblem, for det er jo ruspoliklinikkens

oppgave. Kartlegging, diagnostisere og behandle et rusproblem» (Christer, linjenummer 142-144). Her oppfatter jeg at Christer beskriver den lineære årsak – virkning forståelsen (Jensen, 2009) som ligger til grunn for diagnosesetting etter ICD – 10 i poliklinikken (Direktoratet for e- helse, 2018). Selv om den lineære forklaringsmodellen ligger til grunn for diagnosesetting, så er alle informantene tydelige på at rus – og avhengighet er et familieproblem. Dette tenker jeg forklarer tydelig at de må forholde seg til ulike paradigmer i sitt arbeide i spesialisthelsetjenesten (Jensen, 2009). Jeg undres om familieterapeutenes mestring av denne balansen mellom en lineær og sirkulær forståelsesramme, egentlig er motstridende, eller om det kan sees på som både – og kompetanse i en rus – og avhengighetspoliklinikk - kontekst. Familieterapeutene må hele tiden tilpasse sitt arbeide i dette flytende landskapet mellom ulike paradigmer. Rolf Sundet beskriver i sin artikkel fra 2017 at han er kritisk til at diagnosefokuset er blitt for stort, og særlig ved behandlingsstart i dagens psykiske helsevern. Han beskriver at det er behov for et diagnosefritt tilbud, i det minste som et supplement til dagens behandling (Sundet, 2017). Jeg tenker at dette kan være i tråd med det informantene beskriver, når de snakker om hvordan de jobbet før rusreformen i 2004 (Sosialdepartementet, 2003). Informantene beskriver at de da kunne jobbe mere forebyggende og at diagnostisering ikke var et krav for å få samtaler og behandling. Bjarne beskrev at de før rusreformen i 2004, snakket med mange barn og familier på flere arenaer. Thomas Kuhn (2002) beskriver i sin bok, at vitenskapelige revolusjoner skjer, når vitenskap ikke kan forklares innenfor et eksisterende paradigme. Jeg undres om vitenskapelig revolusjon kan skje, når det er to paradigmer som lever side om side.

Rolf Sundet hevder i sin artikkel fra 2015, at det er behov for en ny epistemologidebatt vedrørende psykisk helsevern. Bakgrunnen for dette, handler om at han stiller seg kritisk til ukritisk bruk av evidensbaserte metoder i psykisk helsevern (Sundet, 2015). Han foreslår at dialogisk og narrativ tilnærming kan være gode tilnærminger, der evidensbaserte metoder ikke fungerer (Sundet, 2015). Jeg tenker at dette både – og synet er en aktuell debatt som vil bli enda mer fremtredende ettersom ny kunnskap stadig bringes frem. Tor- Johan Ekeland (2009) problematiserer hva evidensen er for evidensbasert praksis. Han beskriver at forskningsinnsatsen innen praksis på rusfeltet, er mangelfull (Ekeland, 2009). Ekeland (2009) forfekter at forskningen bør bringes nærmere praksis og praksisens forutsetninger, samtidig

som praksis må bringes nærmere forskningen. Forskningen må med andre ord være relevant for praksis (Ekeland, 2009).

En av informantene beskriver dette kravet om å utrede og sette en diagnose, som et press som påvirker denne personen i jobben. For å få satt en diagnose, må informantene fylle ut ulike kartleggingsskjemaer sammen med pasientene. Dina beskriver denne kartleggingsfasen som en måte å bli kjent med pasientene på, da de også kartlegger sosiale forhold, økonomi, utdanning og liknende. Hun beskriver denne fasen som en start på selve terapien, da mange historier dukker opp når fokus er på sammenhenger i levd liv. Jeg undrer meg over hvilke historier pasienter presenterer i de første samtalene med en ukjent terapeut, sammenliknet med hva som ville kommet fram etter en lengre tid med å bli kjent først. Greta Marie Skau (2013) skriver en del om makten som ligger i skjemaer og spørsmål som stilles i begynnelsen av en klient – hjelper relasjon. Det ligger makt i det å bli spurt ut ifra spørreskjemaer, kontra det å få lov til å forklare seg i sitt eget tempo om sitt eget liv (Skau, 2013). Elise beskriver at hun ved flere anledninger har opplevd at fokuset og tiden som brukes i begynnelsen av behandlingsforløpet på kartleggingsskjemaer, har hindret henne i å møte den andre der han/hun er. Jeg tenker at dette handler om det Anderson (2003) beskriver om det å være ikke – vitende i et møte med den andre. Harlene Anderson (2003) og Tom Andersen (2005) var begge opptatt av å la den andre få fortelle fritt, og uten å bli presset til å snakke om noe. Ved å ha en åpen dialog, kan betydningsfull informasjon komme etterhvert i den andres tempo. Samtidig opplever jeg at det Elise snakker om, handler om det å ha muligheten til å stille åpne spørsmål. Således vil spørreskjemaer være mer lukkede spørsmål, og det vil legge en agenda på tema i samtalen (Skau, 2013).

Elise forteller at dersom hun vurderer at skjemaer bør ventes med, så må hun få godkjenning av spesialist i TSB – tverrfaglig spesialisert behandling. Det er ikke alltid hun får en slik godkjenning, da det ofte er avhengig av relasjonene til de som sitter i TSB. Hun beskriver et krysspress som hun stadig må manøvrere seg fram i, og hele tiden passe på å holde det systemiske fokuset oppe. Jeg tenker dette er i tråd med det Michel Foucault (1980, 2001) beskriver om makt som alltid tilstede i relasjoner. Makt finnes i kraft av relasjoner innad i hierarkiske organisasjoner (Foucault 1980, 2001). Spesialisthelsetjenesten er tydelig hierarkisk oppbygd, ved at det må en spesialistutdannet lege eller psykolog til, for at

diagnoser kan settes og epikriser kan godkjennes. TSB innebærer ulike yrkesgrupper, men den som har det overordnede ansvaret for diagnoser og epikriser, er uansett spesialisten. Makten kommer således til uttrykk i form av hvilken profesjon man innehar. Jeg undres om TSB har den tverrfaglige funksjonen den opprinnelig var ment å ha, eller om det kan bli et alibi for at tverrfaglig spesialisert behandling ytes. Foucault (1980, 2001) var med sine maktanalyser opptatt av at for at makt skal eksistere, så må det finnes motmakt. Dette vil i så fall være et argument som taler for at det i TSB finnes muligheter til motmakt. Weber (1971) var opptatt av at det i begrepet makt, ligger muligheter til få gjennomslag for meninger. Således kan man si at det i TSB, ligger muligheter for at familierapeutene kan få gjennomslag for sine forslag. Elise beskriver en slik situasjon i TSB, der hun med faglige begrunnelser ville tale for at hun skulle avvente utredning og diagnostisering, vedrørende en pasient.

5.1.2 Hva er kostnadseffektiv behandling? Individuell kontra familieorientert behandling

Diagnoser gis etter det psykiatriske diagnosesystemet ICD – 10 (Direktoratet for e- helse, 2018), som igjen gir rett til økonomisk refusjon for den behandlende institusjon. Ansatte i spesialisthelsetjenesten må sørge for at de har et visst antall pasient - konsultasjoner i løpet av en uke. Informantene beskriver at de får refusjon for individuelle samtaler med en pasient, men ikke for samtaler med flere pasienter, og heller ikke for samtaler med flere terapeuter tilstede. Informantene beskriver at samtaler med flere terapeuter til stede fortsatt er mulig, men det er sjeldent det gjøres i praksis. Elise sier at det før rusreformen i 2004 (Sosialdepartementet, 2003), var mer fokus på å benytte reflekterende team slik Tom Andersen (2005) presenterte det. I reflekterende team, kunne flere terapeuter reflektere høyt om det de hadde hørt i samtalen, mens pasienten satt i en lyttende posisjon (Andersen, 2005). Deretter kunne pasienten få mulighet til å samtale med en terapeut om det som ble reflektert høyt fra de andre terapeutene. Dette ble også kalt samtale om samtalen (Andersen, 2005). Elise sier at det er sjeldent det gjøres nå, og mener det henger sammen med at flere terapeuter innebærer bruk av ressurser som de ikke får refusjon for. Dina sier at familiesamtaler ofte tar lengre tid enn en time med hensyn til forberedelser, etterarbeid og selve samtalen. Hun sier det handler om at det er flere personer involvert i samtalen, og at det da er flere å ta hensyn til

i arbeidet. I tillegg tar reisevei til og fra nettverksmøter mye tid, uten at refusjon gis for denne reisetiden. Informantene beskriver at dette er med på å gjøre at samtaler med familien og nettverk nedprioriteres. Informantene er tydelig på at kontekst er med på å forklare deres arbeidssituasjon, samtidig opplever jeg at informantene allikevel er så opptatt av det systemiske perspektivet, at de i relativt stor grad gjennomfører familie og nettverkssamtaler, selv om de da får en større arbeidsmengde. Jeg tenker at dette sier noe om at de har en så stor tro på den systemiske tenkningen, at det blir umulig å la rammene ødelegge for deres muligheter. Anne Schanche Selbekk beskriver i sin doktorgradsavhandling (2016) at det er et stort gap mellom teori og praksis, når det kommer til systemisk arbeid innen rusfeltet. Selbekk (2016) beskriver at det foreligger nok forskning som viser at familieorientert rus – og avhengighetsbehandling er effektiv behandling, og således kostnadseffektiv behandling (Morgan et al., 2012), men det gjøres i liten grad i praksis. Dette vil jeg si er i tråd med det informantene beskriver i sin arbeidshverdag, samtidig som jeg også opplever at de etterstreber familiesamtaler.

Jeg opplever at informantene beskriver denne sammenhengen mellom krav til konsultasjoner og antall familie – og nettverksamtaler, ut ifra en sirkulær forståelsesramme (Bateson, 1972). Elise sier at når de sjelden har samtaler med barna, så får de mindre erfaring, som igjen gjør familieterapeutene usikre. Dette kan føre til at samtaler med barna nedprioriteres. Jeg oppfatter det som at hun beskriver det som en ond sirkel som det er vanskelig å endre på, så lenge økonomiske rammer hele tiden er noe terapeutene må forholde seg til. Samtidig så er Elise tydelig på at hun burde vært mer aktiv for å holde kompetansen ved like. Alle informantene er tydelig på at de er en del av et stort system, men at de også har muligheter innenfor spesialisthelsetjenestens rammer. Økonomisk refusjon gis uansett om det er samtaler med barn, familie eller nettverk, og således så er mulighetene der. Men informantene beskriver liten tid som et problem i denne sammenhengen. Tid er ressurser, påpeker Elise. Jeg opplever at informantene har en narrativ teoretisk fremstilling av tid, som et eksternalisert problem (White & Epston 1990; White, 2006). Jeg tenker at dårlig tid blir en felles problemstilling. De har mulighetene, men innenfor visse rammer. Jeg tenker at det her er snakk om makt som ligger i de økonomiske rammene som informantene jobber innenfor. Foucault (1980, 2001) var opptatt av at det innenfor hierarkisk makt, også finnes muligheter til vekst og endring. Jeg opplever at informantene beskriver at de tilpasser seg dette

krysspreset, ved å tenke løsninger innenfor rammene. Jeg undres allikevel på om denne tilpassingen, kan være med på å fordekke problemet. Eller er det slik at denne tilpassingen er løsninger innad i systemet, og som dermed endrer systemet i seg selv? Watzlawick et al. (1980) sitt syn på hvordan problemer oppstår, opprettholdes og løses, tenker jeg kan være nyttige refleksjoner rundt dette aspektet. Deres teori om første ordens forandring handler om at endring skjer inne i et gitt system, som selv forblir uforandret (Watzlawick et al., 1980). Andre ordens forandring handler om at endring, når den inntreffer, forandrer systemet selv (Watzlawick et al., 1980). Informantene er tydelig på at de skulle ønske at de hadde større muligheter til å jobbe systemisk med familier og nettverk. De prøver å holde det systemiske fokuset oppe, men opplever at det er vanskelig i et så stort system som spesialisthelsetjenesten er. Jeg tenker at en kan si at de gjør mer av det samme inne i systemet, men systemet forblir uforandret.

5.1.3 Den systemiske kompetansen

Informantene beskriver at de er få familieterapeuter ansatt, og at det er andre kompetanser som ivaretas framfor den systemiske. Helsedirektoratets veileder om pårørende i helse – og omsorgstjenesten (2018), sier at pårørende har krav på informasjon og veiledning, vedrørende pasienters sykdom og behandling. Det står imidlertid ikke noe konkret om omfang, når og hvordan dette skal skje. Retningslinjene kan da bli vage, og lett få mindre fokus, til fordel for fokuset på andre lovpålagte oppgaver som er mer konkrete. Informantene beskriver imidlertid at de selv kan være mer aktive for å holde det systemiske fokuset oppe i poliklinikken. To av informantene beskriver at de har holdt internundervisning om systemisk arbeid. Elise sier at hun selv kan være mer aktiv for å holde det systemiske fokuset oppe, og at det å være med i denne studien som informant, gjør henne mer klar over sine egne påvirkningsmuligheter. Jeg opplever at informantene beskriver situasjonen de er i, ut ifra en sirkulær forståelsesramme, ved at alt henger sammen (Bateson, 1972). Vi blir til i relasjon til andre og kommuniserer med hverandre i en gjensidig samhandling. Vi er i kontinuerlig endring og ingenting er noe i seg selv, men alltid i relasjon til noe annet (Bateson, 1972).

5.2 Kollegafellesskapets betydning for utøvelsen av det systemiske arbeidet

Alle informantene er tydelig på at relasjonene de er en del av og kommuniserer med i spesialisthelsetjenesten, har betydning for utøvelsen av det systemiske arbeidet.

5.2.1 Relasjonenes betydning – makt/ motmakt

Alle informantene er tydelig på at hvilket fokus lederen har, er av stor betydning for hvilke muligheter den enkelte familieterapeut har til å jobbe systemisk. En informant sier at de har en leder med et sterkt familiefokus som påvirker hele poliklinikken, og som får følger langt utover poliklinikken. En annen informant beskriver at lederen ikke har systemisk fokus og at dette påvirker det systemiske arbeidet i poliklinikken i stor grad. Den samme informanten beskriver at så lenge leder ikke har systemisk fokus, så legger det store føringer på hva som er tema i de tverrfaglige behandlingsmøtene, og hvilke arbeidsoppgaver det fokuseres mest på. Dette påvirker også i stor grad hvilke kurs som prioriteres og ikke. Når leder ikke har det systemiske fokuset, så påvirker det de ansatte som heller ikke da prioriterer familiefokusert rus – og avhengighetsbehandling. Alle informantene beskriver lederens fokus som nærmest avgjørende for om det systemiske arbeidet er i fokus og kan legges til rette for i det daglige. Jeg tenker at informantene her tillegger lederen en stor makt, ut ifra en lineær forståelsesramme (Jensen, 2009). Skau (2013) skriver om assymetrisk makt i relasjoner og knytter det til hierarkiske forhold. Det kan sies å være motsatt av likeverdige relasjoner. Spesialisthelsetjenesten er hierarkisk oppbygd, og leder har overordnet ansvar for sin enhet. Jeg opplever at informantene beskriver en opplevelse av både positiv og negativ makt som ligger i en assymetrisk relasjon mellom leder og ansatt (Skau, 2013). Mens en leder bruker makten positivt, så bruker en annen leder makten negativt, ut ifra den enkelte informants perspektiv. Dette tenker jeg er i tråd med det Weber (1971) beskriver om makt som et nøytralt begrep som gir en mulighet til å få gjennomslag for sine meninger. Foucault (1980, 2001) var opptatt av at makt eksisterer kun fordi det finnes motmakt. Som følge av dette vil informantene da representere en motmakt til lederens maktutøvelse. Elise har et utsagn som oppsummerer dette med lederens betydning og som jeg anser som nøkkelutsagn i denne sammenhengen: «For til syvende og sist så handler det om ledelsen, det må på en måte forankres i ledelsen, som avgjør hvem som får kurs og hvor, og hvor pengene skal brukes»

(Elise, linjenummer 377-378). Elise sitt utsagn kan forstås som en lineær forklaringsmodell (Jensen, 2009) på hvorfor et fenomen er slik det er, men samtidig så forklarer alle informantene også at de selv kan være mer aktive pådrivere, for å få gjennomslag for det systemiske arbeidet i større grad. De kommer med forslag til hvordan de kan være mer aktive pådrivere, og jeg tenker at de gir uttrykk for en motmakt som de er i stand til å gjennomføre. Jeg opplever at de både har en lineær og sirkulær forståelse av hvordan det systemiske fokuset kan ivaretas i poliklinikken (Bateson, 1972; Jensen, 2009). De erkjenner at makten er tilstede i form av den hierarkiske oppbyggingen i organisasjonen, men samtidig så ser de også sin egen motmakt som en mulighet til gjennomslag for systemiske betraktninger (Foucault, 1980, 2001; Weber, 1971).

5.2.2 Et multivers av sannheter

Alle informantene beskriver betydningen av å ha andre kollegaer med systemisk fokus. De beskriver at fellesskap av gjensidig forståelse blant kollegaer, er med på å holde det systemiske fokuset oppe. En informant forteller at det er svært utfordrende å få gjennomslag for systemiske betraktninger i TSB – møtene, fordi slike betraktninger drukner i alt fokuset som er på utredning, kartlegging og diagnostisering. De er ulike profesjoner i TSB og det er ofte ulikt fokus i behandlingstilnærmingen. Informantene gir uttrykk for at det er av stor betydning om spesialisten, som har det overordnede ansvaret for diagnostisering og epikriser i TSB møtene, har et systemisk fokus. Her tenker jeg at informantene beskriver utfordringer knyttet til det å samarbeide med ulike profesjoner i TSB, ut ifra en lineær forståelsesramme (Jensen, 2009). Det er ulikheten i profesjonene som gjør at samhandlingen blir vanskelig.

Imidlertid opplever jeg også at de setter pris på den gjensidigheten som inngår i et tverrfaglig samarbeid. Også i forhold til den kollegiale samhandlingen med de andre ansatte, så opplever jeg at informantene beskriver dette ut ifra en sirkulær forståelsesramme (Bateson, 1972), som inkluderer flere aspekter ved den andre. Kollegaer er mer enn sin profesjon. Christer beskriver TBS – møtene som en mulighet til å få hjelp på de områder han ikke er god på, og en mulighet til å komme med innspill der noen trenger systemiske betraktninger. Denne gjensidigheten beskriver også en annen informant, som påpeker at den som støtter det systemiske fokuset mest i TSB, faktisk er spesialisten som har hovedansvaret for

diagnostiseringen. Jeg tenker at informantene på mange måter forklarer at det finnes flere sannheter, og ikke bare en (Jensen, 2009). Det handler egentlig ikke om hvilken profesjon man har, men det handler om hvem som snakker med hvem til enhver tid. Dette tenker jeg er i tråd med Harlene Anderson (2003) sine betraktninger som handler om at mening skapes i språket og at vi blir til i språket.

5.3 Familieterapeutene opplever systemisk frihet i terapirommet

Informantene beskriver at de opplever stor frihet til å benytte ulike systemiske tilnærminger i samtaler med pasienter og pårørende.

5.3.1 Terapeuten som en ikke – vitende spesialist?

Alle informantene beskriver at de opplever en frihet til å jobbe systemisk i samtaler med pasientene. Informantene gir uttrykk for at de kan bruke hvilken tilnærming de ønsker inne i terapirommet. Dina har et utsagn som jeg anser som et nøkkelutsagn som oppsummerer denne muligheten: «Og hvordan vi jobber her inne, det er det jo ingen som vet, skulle jeg til å si. Om det er systemisk, eller narrativt eller hva det er..» (Dina, linjenummer 261-262). Jeg tenker at dette handler om en unik mulighet til å møte pasienten der han/ hun er, og i tråd med det Harlene Anderson (2003) beskriver som en ikke- vitende holdning. Anderson (2003) var opptatt av at mening skapes i språket, og at vi aldri helt kan vite utfallet av en samtale vil bli. Jeg tenker at dette er i tråd med den sirkulære forståelsen av hvordan vi kontinuerlig kommuniserer i relasjon til andre og ut ifra den enkelte kontekst (Bateson, 1972). Anderson (2003) var opptatt av likeverdighet i relasjonen mellom en hjelper og klient, ved at terapeuten etterstreber å være ikke – vitende. Anderson (2003) mente imidlertid ikke at det var det samme som at terapeuten ikke vet noe. Hun mente at terapeuten uansett var ekspert på prosess (Anderson, 2003). Jeg tenker at det informantene beskriver, også kan handle om en positiv makt til å hjelpe, i kraft av at terapeuten kan sies å være en ekspert på prosess og tilbyder av hjelp. Dette forteller Skau (2013) om når hun hevder at for at den profesjonelle skal ha mulighet til å hjelpe, så med det ligge en viss form for makt til å hjelpe. Jeg tenker det er interessant at informantene i utgangspunktet har en unik mulighet til å møte pasientene med

en ikke – vitende holdning inne i terapirommet (Anderson, 2003), og samtidig være bevisst den makten som ligger i den assymetriske maktrelasjonen som Skau (2013) mener finnes i relasjonen mellom terapeut og pasient.

5.3.2 Kommunikasjon – informasjon – forandring

Alle informantene sier at de pårørende trenger kunnskap om rus – og avhengighet, for å få makt til å komme ut av en fastlåst situasjon. De beskriver at kunnskap om rus – og avhengighet som en sykdom og behandling ut ifra et systemisk perspektiv, gir de pårørende makt til å handle og ta valg for seg selv. Dette støttes av forskning som jeg oppfatter at viser at kunnskap er en viktig faktor for bedringsprosesser innen rus – og avhengighetsproblematikk (Birkeland & Weimand, 2015; Selbekk, 2016). Informantene forteller at den kunnskapen som gis til pasientene og deres familier, ofte er nøkkelen til endring. Når pasienter og deres familier forstår rus – og avhengighetsproblematikken ut ifra et systemisk perspektiv, så vil det gi de noen nye verktøy til å handle på en annen måte enn det de hittil har gjort. Og dette tenker jeg er i tråd med det Watzlawick et al. (1980) beskriver som andre ordens forandring av systemet. Det samsvarer med den sirkulære forståelsen av hvordan et problem oppstår, opprettholdes og løses, ved at en aktør gjør noe annet og det igjen påvirker hele systemet (Bateson, 1972).

Informantene beskriver at de er tydelig på at de bringer kunnskap inn i terapirommet, som en slags spesialist på tema. Samtidig opplever jeg at informantene også er tydelig på at familierapeuten blir en del av subsystemet i familien, samtidig som begge parter tilhører hver sine system igjen (Hårtveit & Jensen, 2004; Minuchin et al., 2010). De berøres av historiene som fortelles, og det blir en gjensidig dialog med pasientene og deres pårørende, omkring disse historiene. Dette tenker jeg er i tråd med det Michael White (2009) snakket om vedrørende narrativ praksis. Hvordan problemhistorier kan utvides til å bli nyfortellende historier, som gir nye muligheter for endring i relasjoner (White, 2006, 2009).

Jeg opplever at informantene først forteller en historie, om at det skjer en kunnskapsformidling fra de som spesialister til pasienter og pårørende. Men ved nærmere

utforsking av hvordan dette skjer, så forteller informantene at de bruker systemiske illustrasjoner og at det hele tiden foregår en dialog mellom terapeut og pasient og deres pårørende. I denne dialogen opplever jeg at de sier de har mulighet til å bruke ulike systemiske tilnærminger, og at det egentlig ikke bare er en kunnskapsformidling som skjer. Dette tenker jeg er i tråd med Bateson (1972) sin kommunikasjonsteori, som handler om at alt kommuniserer. Informasjon blir informasjon, når den gjør en forskjell (Bateson, 1972). Kunnskapen som pårørende sier de trenger, vil kun bli meningsfylt, fordi det gjør en forskjell. For at kunnskapen som formidles skal fremstå som nyttig informasjon for pårørende, så handler det om relasjonen og kommunikasjonen som utspiller seg i terapirommet. Det er en sirkulær gjensidighet som skjer (Bateson, 1972). Informantene understreker også at det er en gjensidighet i kommunikasjonen, som oppstår i disse relasjonene, og som gjør at endring finner sted. Det handler om å tune seg inn på den andre, og være observant på den nonverbale og verbale kommunikasjonen som stadig skjer (Bateson, 1972).

5.3.3 Strukturell tilnærming til systemet - diskurser

Informantene er tydelige på at familiesamtaler ikke er hensiktsmessig eller adekvat behandling, i de tilfeller der det er snakk om alvorlig rus – og avhengighet. Det er i slike tilfeller jeg opplever at de ser en mening i det å sette en diagnose. Når det er snakk om en alvorlig rus – og avhengighetsdiagnose, er de tydelige på at de deler opp behandlingen, slik at den henviste pasienten og de pårørende får hver sine behandlingstilbud. Jeg tenker at dette kan handle om en rådende diskurs om at pasienten som er henvist med et alvorlig rus – og avhengighetsproblem, innehar visse egenskaper eller at det er visse fellestrekk knyttet til det alvorlige problemet. Jørgensen og Phillips (1999, s. 9) beskriver diskurs som: «en bestemt måte at tale om og forstå verden (eller et udsnit af verden) på». Diskurs kan sies å være en forenkling av virkeligheten, og en slik forenkling kan være med på å definere hvem som har makt. Foucault (1972) snakket om diskurs som en del av maktens mange «ansikter». En informant beskriver kjennetegn ved alvorlig rus -og avhengighet, som at pasienten kan være manipulerende, truende og voldelig. Det kan virke som at det er visse normative hensyn informantene må ta, når de velger bort familiesamtaler og velger oppdelt behandling. På mange måter kan dette ligne på en lineær årsak virkning forståelse (Jensen, 2009) av rus – og

avhengighetsproblemet som en individuell lidelse som må behandles individuelt, og som kan være skadelig ved familiesamtaler.

Samtidig er informantene tydelige på at det i starten av behandlingsforløpet, kan være hensiktsmessig med familiesamtaler, for å få fram alles opplevelse av problemet. Christer begrunner det med at problemets konsekvenser blir mer synlig, når de pårørende forteller sin opplevelse, mens pasienten hører på. Samtidig sier informantene at de må ta hensyn til at de pårørende ikke må bli skadelidende, fordi det kan oppstå negative sanksjoner i etterkant av en slik åpen dialog. De beskriver også at pårørende kan ha sterke følelsesutbrudd som direkte kan være skadelig for pasientens bedringsprosess. Jeg opplever at informantene hele tiden er bevisst sitt ansvar for at alle parter ivaretas. Jeg tenker at informantene her blir mer styrende terapeuter i prosessen, og bestemmer når det er adekvat med familiesamtaler og ikke. Informantene beskriver at de er tydelige med pasienten og de pårørende om hvilke roller de har i systemet, og hvilke valg de har ut ifra de rollene de har i familien. Dette tenker jeg handler om at terapeuten i slike tilfeller, går inn i en mer styrende rolle som terapeut, mer lik den strukturelle terapeutrollen som Minuchin et al. (2010) beskriver. En strukturell terapeut kan sies å ha en styrende rolle i samtalen og tar kontroll. Jeg oppfatter at den strukturelle terapeuten er tydelig på når og hvordan samtalene skal foregå. Likeledes hvem som har hvilken rolle i familiesystemet og i det terapeutiske systemet. En informant beskriver at han kan ha familiesamtaler igjen, etter at rus – og avhengighetsproblemet er mer under kontroll. Dette tenker jeg også er i tråd med hvordan en strukturell terapeut vil forholde seg til systemet. Det finnes klare hierarkiske grenser innad i familien, og terapeuten skal hjelpe familien med å gjenopprette balansen innad i systemet (Minuchin et al., 2010). Selv om Minuchin et al. (2010) snakket om terapeuten som en forandringsagent, så vil endring ikke skje uten samarbeid fra familiemedlemmene. Den strukturelle terapeuten må uansett alliere seg med familiemedlemmene, og tilpasse seg dem (Minuchin et al., 2010).

5.3.4 Systemisk tenkning – en holdning og det å være en del av en større sammenheng

Informantene beskriver alle at systemisk tenkning er blitt en del av dem. De beskriver det som en holdning; en måte å tenke og være på. Christer beskriver at hans rolle som familierapeut i dag, er avhengig av tidligere erfaringer, oppvekst, og kulturbakgrunn. Han sier at det nok ikke

var tilfeldig at han endte opp med å arbeide som terapeut. Det Christer setter ord på her, tenker jeg handler om det Bateson (1972) beskriver som at alt henger sammen med alt. Vi kan ikke fri oss fra konteksten og relasjonene som vi er en del av. Det er ikke noe som er noe i seg selv (Bateson, 1972). Vi er en del av en større sammenheng og mening oppstår når vi kommuniserer med hverandre. Da ingenting er konstant, så betyr det at vi er i en kontinuerlig endring (Bateson, 1972). Dette igjen vil påvirke det systemet vi er en del av. Dette handler om Bateson (1972) sitt økologiske syn på oss som en del av en større sammenheng, og det gir mening når Christer beskriver bakgrunnen for at han jobber som familieterapeut i dag.

5.4 Gode tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende, gir familieterapeutene energi til å fortsette med systemisk arbeid

Alle informantene beskriver gode tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende, på det systemiske arbeidet. Informantene er tydelige på at denne tilbakemeldingen gir de energi og motivasjon til å fortsette med systemisk tilnærming i samtalene. Jeg oppfatter at dette handler om betydningen av den gjensidige kommunikasjonen, som hele tiden skjer i relasjonen mellom terapeut og pasient og deres pårørende.

5.4.1 Kunnskap om rus – og avhengighet fører til endring av hele systemet

Informantene beskriver at de har fått mange tilbakemeldinger fra pårørende, om at kunnskap om rus- og avhengighet, gir de pårørende en ny forståelse som igjen bidrar til endring av rus- og avhengighetsproblemet. Dette tenker jeg kan handle om andre ordens forandringen som Watzlawick et al. (1980) beskriver. Christer forteller at mange av de pårørende sier at de aldri har opplevd å bli lyttet til tidligere, og at samtalene i poliklinikken, har vært livreddende for dem og for hele familien. En informant beskriver en tilbakemelding fra en kvinnelig pårørende, som hadde sagt at kunnskapen hadde gitt henne styrke, til å fokusere på seg selv og sine barns behov, samt bryte ut av forholdet til sin «alkoholiserte» og «voldelige» ektemann. Informantene beskriver at slike tilbakemeldinger bekrefter den systemiske tilnærmingen. Jeg tenker at dette er i tråd med forskning, som jeg oppfatter at viser, at kunnskap er en viktig faktor i bedringsprosesser innen rus – og avhengighetsproblematikk

(Birkeland & Weimand, 2015; Selbekk, 2016). Christer har et utsagn som jeg opplever er et nøkkelutsagn i denne sammenhengen:

Eh, og det er ganske tøft fordi at det er mange pårørende som ser at: jeg har jo faktisk bidratt til at sønnen min har kunnet holde ruslivet sitt gående i 10 år.. jeg har jo faktisk finansiert ruslivet hans (...) For at denne galskapen skal kunne fortsette. Men det som skjer når de slutter med dette da, og tør å gå inn i dette, tør å kjenne etter, og gjøre en forandring og eh, det de gjør, så ser de jo at det skjer en forandring hos sitt barn.. og vi har tusenvis av eksempler gjennom mange år. Og det skjer.. (Christer, linjenummer 568-575)

Jeg tenker at det Christer beskriver i sitatet, handler om det å bli møtt og lyttet til. Den kunnskapen som familieterapeutene sier at de gir til pasientene, handler kanskje vel så mye om det at de møter den pårørende der de er og tar dem på alvor. Bjarne sier at de skal ikke holde folk for narr, og ikke holde tilbake kunnskap som kan hjelpe. Han henviser til Michael White og narrativ teori og praksis, når han snakker om dette (White, 2006, 2009). Jeg tenker at det han sier noe om, er at familieterapeutene i kraft av sin posisjon, har en mulighet til å hjelpe mer aktivt. Hvis den hjelpesøkende trenger kunnskap for å øke sin makt til å komme ut av en fastlåst situasjon, så tenker jeg at familieterapeutens kunnskap skal deles. Det kan tenkes at det her ikke vil være tilstrekkelig å være en ikke – vitende terapeut. Anderson (2003) nyanserte begrepet ikke – vitende, ved å forklare at det ikke var det samme som at terapeuten ikke vet noe. Terapeuten skal ta tydelig stilling til saker der det er snakk om for eksempel vold eller overgrep (Anderson, 2003). Jeg tenker at det i utgangspunktet ikke er noe enten – eller. Det handler om å tune seg inn på situasjonen her og nå, og samarbeide med den andre, og bruke de tilnærmingene som passer.

5.4.2 Flere stemmer inne i rommet – utvidelse av historien - narrativ tilnærming

Alle informantene sier at det er viktig at pasientens familie og nettverk innlemmes i behandlingen, og de sier at tilbakemeldingene fra pasientene også tilsier dette. Ikke bare det å snakke om hva andre familiemedlemmer ville ha sagt, men faktisk at de er fysisk tilstede i rommet. Narrativ tilnærming ivaretar dette aspektet med å bringe andres stemmer inn i

rommet (White, 2006, 2009). Det handler om at problemhistorien etterhvert blir utvidet til å bli en ny historie, som gir ny giv eller en mestingsopplevelse (White, 2006). Christer har et nøkkelutsagn som beskriver hvor viktig det er for pasienten, at de pårørende innlemmes i behandlingen:

Ja det er ofte sånne tilbakemeldinger som at jeg hadde ikke overlevd, uten at vi hadde blitt tatt med. Vi hadde ikke klart oss som familie. Eh, det at .. for rus, at ektefellen er med inn, gjorde at jeg så tydelig at det var alvorlig på en helt annen måte (...).

(Christer, linjenummer 519-521)

Det jeg tenker Christer formidler med dette utsagnet, er at for at endring skal skje, så må vi vite hvordan andre opplever problemet. Vi kan ikke vite noe uten at det kommuniseres. Vi må lytte til andres stemmer. Jeg tenker dette utsagnet igjen illustrerer viktigheten av at vi aldri kan vite hva den andre tenker, før det kommuniseres. Og når historiene kommuniseres, blir problemhistorien utvidet til en ny historie (White, 2006, 2009). Elise beskriver at hun har fått tilbakemeldinger fra pasienter, om at systemiske samtaler om pasientens familie, har gitt pasienten et større perspektiv på rus -og avhengighetsproblemet. Det har bidratt til at skammen over å ha en diagnose ikke er så stor, fordi problemhistorien utvides. På denne måten kan pasientens muligheter og styrke til å gjøre noe med problemet bli større.

5.5 Oppsummering

Målet med denne studien har vært å undersøke ulike familieterapeuters opplevelse av hvilke muligheter og begrensninger de har til å jobbe systemisk, i en rus -og avhengighetspoliklinikk. Jeg opplever at informantene er tydelige på at det at de er en del av en spesialisthelsetjeneste - kontekst, er noe som påvirker det systemiske arbeidet i relativt stor grad. Informantene beskriver at de før rusreformen i 2004 (Sosialdepartementet, 2003), hadde mer tid og mulighet til systemisk arbeid. Jeg oppfatter at de både benytter lineære og sirkulære forståelsesmodeller (Bateson, 1972; Jensen, 2009), når de skal forklare hvilke muligheter og begrensninger de har til å jobbe systemisk. Imidlertid er alle informantene opptatt av sin egen rolle som påvirker og pådriver av å fremme systemisk arbeid i

spesialisthelsetjenesten. Jeg opplever at de alle snakker om begrenset tid, som et felles problem. Dette er noe de beskriver som utfordrende, men som de allikevel er tydelige på at ikke skal hindre de i å jobbe systemisk. Totalt sett oppfatter jeg at informantene beskriver at de innenfor spesialisthelsetjenestens rammer, fortsatt har muligheter til å jobbe systemisk i dag.

5.6 Implikasjoner for praksis

Denne studien gir et innblikk i hvordan fire informanter opplever det å jobbe systemisk i ulike rus -og avhengighetspoliklinikker i Norge. Studien kan være et bidrag eller en tilbakemelding til familieterapifeltet, i forhold til hvordan det kan oppleves å jobbe systemisk i dagens rus – og avhengighetspoliklinikker.

Morgan et al. (2012) og Selbekk (2016) viser til at familieorientert rus – og avhengighetsbehandling er en både behandlingseffektiv og kostnadseffektiv tilnærming til behandling. Allikevel ser det ut til at det er et stort gap mellom teori og praksis (Selbekk, 2016). Jeg tenker at denne studien vil vise hvordan det oppleves i praksis fra fire familieterapeuters perspektiv. Funn fra studien kan benyttes til å se nærmere på praksis som utføres i de enkelte rus – og avhengighetspoliklinikker. Studien kan være med på å belyse hvor nyttig systemisk terapi kan være i en rus -og avhengighetspoliklinikk. Jeg tenker at studien kan være med på å få mer kunnskap om familieterapeutenes rolle og profesjon i en slik kontekst.

Jeg tenker også at studien vil gi en informasjon til pasienter og pårørende om det systemiske arbeidet som praktiseres i en rus – og avhengighetspoliklinikk, og ikke minst bakgrunnen for dette arbeidet. Men først og fremst håper jeg at studien har klart å bringe fram informantenes stemmer, som betydningsfulle stemmer i en aktuell debatt om familieterapeutenes rolle i en spesialisthelsetjeneste.

5.7 Implikasjoner for forskning

Det kan virke som det i praksis legges relativt lite til rette for familieorientert rus – og avhengighetsbehandling i poliklinikkene. Det kunne derfor vært interessant å undersøke dette nærmere. I forlengelsen av dette kunne man undersøkt nærmere hvordan en familieorientert rus – og avhengighetsbehandling best kunne tilbys og ivaretas i poliklinikkene. Det kunne videre vært interessant å se nærmere på en systematisering av det systemiske arbeidet i rus – og avhengighetspoliklinikkene. Akershus universitetssykehus HF et al. (2015) anbefaler for eksempel en rapportering av antall barne – og familiesamtaler som gjennomføres i rus – og avhengighetspoliklinikker, som et tiltak for å kvalitetssikre at lover og regler følges.

I løpet av denne studien har jeg undret meg om rus – og avhengighetspoliklinikker, er tilstrekkelig tilrettelagt for systemisk arbeid. Jeg tenker at det ville vært interessant å undersøke og sammenlikne hvordan systemisk arbeid oppleves, ved flere rus – og avhengighetspoliklinikker i landet. Er det for eksempel slik at det er forskjeller på organiseringen av systemisk arbeid i poliklinikker på sykehus og poliklinikker ved ideelle stiftelser? Kan det tenkes at en ny reform må til eller at en endring innad i systemet må til, i forhold til å gi det systemiske perspektivet større plass i den medisinske modellen som er så fremtredende innen psykisk helsevern? Dette kunne det vært interessant å forske nærmere på.

5.8 Styrker og svakheter ved studien

Jeg har valgt å gjøre en kvalitativ studie, og brukt IPA (Smith et al., 2009) som analysemetode. Bruk av denne metoden innebærer fra tre til seks informanter, og jeg har benyttet intervju av fire informanter som utgangspunkt for min studie. Hvis jeg skal være kritisk til min studie, så kan jeg trekke frem at utvalget kunne vært større, selv om det ikke har vært min intensjon å generalisere. Den enkeltes opplevelse vil uansett aldri kunne generaliseres, da det alltid er den enes genuine opplevelse av virkeligheten, og aldri et uttrykk for andres opplevelser. Informantene uttalte seg forskjellig, men jeg fant allikevel noen hovedfunn som de synes å enes om. Disse hovedfunn med underfunn er således mine punktueringer, trukket ut fra intervjuene. Diskusjonen av funnene, er mine vurderinger og en annen forsker ville sannsynligvis fokusert på andre aspekter.

6 Avsluttende kommentar

Dette kapitlet inneholder avsluttende kommentarer, oppsummering av funn og refleksjoner jeg har gjort meg i løpet av denne forskningsprosessen.

Jeg har i denne studien undersøkt hvordan familieterapeuter opplever det å jobbe systemisk i en rus – og avhengighetspoliklinikk. Min problemstilling var: «Hvilke muligheter og begrensninger, til å jobbe systemisk, opplever familieterapeuter i en rus – og avhengighetspoliklinikk?». Følgende forskningsspørsmål belyste problemstillingen:

- 1) Hvilke muligheter opplever familieterapeuter i en rus – og avhengighetspoliklinikk, at de har til å bruke systemiske tilnærminger i samtaler?
- 2) Hvilke begrensninger opplever familieterapeuter i en rus – og avhengighetspoliklinikk, at de har til å bruke systemiske tilnærminger i samtaler?

Funn fra studien har vist at informantene opplever at spesialisthelsetjenestens oppgaver og poliklinikkens rammer påvirker mulighetene til å jobbe systemisk. Alt fra lovregulerte oppgaver og krav om produksjon, til hvilke kompetanser som ivaretas i poliklinikken. Informantene er tydelige på at det er viktig at systemisk arbeid er forankret i ledelsen, og akseptert av kollegaer. Det å snakke samme fagspråk er med på å holde det systemiske fokuset oppe. Informantene har alle lang erfaring som familieterapeut i en rus – og avhengighetspoliklinikk, og de beskriver systemisk tenkning som en integrert del av dem. De er tydelig på når par – og familiesamtaler er hensiktsmessig, og når det eventuelt ikke er det. De forteller at de opplever en fleksibilitet med hensyn til det systemiske arbeidet. Informantene beskriver at gode tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende, er med på å gi de energi og motivasjon til å fortsette med det systemiske arbeidet. De forteller at tilbakemeldingene både bekrefter og styrker det systemiske arbeidet. Informantene beskriver at dette er med på å legitimere systemisk tilnærming i samtalene.

I løpet av dette forskningsprosjektet har jeg vært så heldig å møte fire familieterapeuter, som har delt sine erfaringer og refleksjoner. Jeg har lyttet til intervjuene gjentatte ganger og lest transkripsjonene i detalj. Jeg husker godt alle samtalene. Det at de åpent har delt sine opplevelser i intervjuene, har gjort meg enda mere nysgjerrig. Jeg startet denne masterprosessen med en nysgjerrighet på temaet. Jeg opplever at samtalene med disse fire

informantene, har ført til et ønske om mere kunnskap om deres opplevelse av det å jobbe systemisk i en rus -og avhengighetspoliklinikk. Således kan man si at studien ikke har ført til et endelig svar, men heller skapt flere og andre spørsmål. Jeg tenker at dette er i tråd med et sosialkonstruksjonistisk syn på kunnskap og verden (Gergen & Gergen, 2005; Gergen, 2010). Vi blir til i møte med den andre og mening skapes i språket, i den sosiale interaksjonen mellom mennesker som samhandler. Alle samtalene med hver informant var ulike, og ga meg forskjellige opplevelser. Det finnes med andre ord flere sannheter, og funn fra denne studien er bare noen sannheter blant mange.

Litteraturliste

- Akershus universitetssykehus HF, Nordlandssykehuset HF, Helse Stavanger HF, Rogaland A-senter, Sørlandet sykehus HF, Vestre Viken HF, ... BarnsBeste (2015, november). *Barn som pårørende. Resultater fra en multisenterstudie*. IS – 0522. Hentet 8. mai 2018 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1025/Barn%20som%20pårørende-IS-0522.pdf>
- Andersen, T. (2005). *Reflekterende processer. Samtaler og samtaler om samtalerne* (3. utg.). København: Dansk psykologisk forlag
- Anderson, H. (2003). *Samtale, sprog og terapi. Et postmoderne perspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. New York: Ballantine Books.
- Birkeland, B. & Weimand, B.M. (2015, november). *Voksne pårørende til personer med rusmiddelproblemer. En kvalitativ levekårsstudie. «Det gjennomsyrrer jo hele livet»*. IS-2399. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 8. mai 2018 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1026/Voksne%20pårørende%20til%20personer%20med%20rusmiddelproblemer-IS-2399.pdf>
- Birkeland, B., Weimand, B.M., Ruud, T., Høie, M.M. & Vederhus, J.-K. (2017, 30. august). Perceived quality of life in partners of patients undergoing treatment in somatic health, mental health, or substance use disorder units: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2017, 15(172). <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0750-5>
- Dallos, R. & Vetere, A. (2005). *Researching Psychotherapy and Counselling*. Berkshire, England: Open University Press.
- Direktoratet for e- helse. (2018, januar). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2018*. IE – 1019. Oslo: Direktoratet for e- helse. Hentet 10. mai 2018 fra <https://ehelse.no/Documents/Helsefaglig%20kodeverk/ICD-10%20-%202018.pdf>
- Drag, S. (2018, 13. februar). Det er ingen som har spurt hvordan jeg har det (intervju med Bente Birkeland). *ROP - Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse*. Hentet 8. mai 2018 fra <https://rop.no/aktuelt/det-er-ingen-som-har-spurt-hvordan-jeg-har-det/>
- Ekeland, T.-J. (2009). Hva er evidensen for evidensbasert praksis? I H. Grimen & L. I. Terum (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 145-168). Oslo: Abstrakt forlag.

- Fekjær, H.O. (2016). *Rus. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Foucault, M. (1972). *The Archaeology of knowledge and the discourse on language*. New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1980). Colin Gordon (Red.): *Power/knowledge. Selected interviews and other writings 1972-1977 by Michel Foucault*. England: The Harvester Press
- Foucault, M. (2001). James D. Faubion (Red.): *Power. Essential works of Foucault 1954-1984. Volume Three*. England: Allen Lane, The Penguin Press.
- Gergen, K. J. & Gergen, M. (2005). *Social konstruktion – ind i samtalen*. København: Dansk psykologisk forlag.
- Gergen, K. J. (2010). *En invitation til social konstruktion* (2. utg.). København: Forlaget Mindspace
- Hansen, F. A. (2012). *Familieorientert rusmiddelbehandling*. Skien: Blå Kors Forlag.
- Helsedirektoratet. (2012, mars). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP - lidelser*. IS – 1948. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 8. mai 2018 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015, 2. november). *Prioriteringsveileder – tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*. Hentet 8. mai 2018 fra [https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Tverrfaglig%20spesialisert%20rusbehandling%20\(TSB\).pdf](https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Tverrfaglig%20spesialisert%20rusbehandling%20(TSB).pdf)
- Helsedirektoratet. (2018, 17. januar). *Veileder om pårørende i helse – og omsorgstjenesten*. IS – 2587. Hentet 8. mai 2018 fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Pårørendeveileder.pdf>
- Helsepersonelloven. (2018, 1. januar). Lov om helsepersonell m.v. Hentet 10. mai 2018 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Holmgren, A. (2010). *Terapifortellinger. Narrativ terapi i praksis*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag
- Hårtveit, H. og Jensen, P. (2004). *Familien – pluss èn. Innføring i familierapi* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Jensen, P. (2009). *Ansikt til ansikt. Kommunikasjons – og familieperspektivet i helse – og sosialarbeid* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt forlag
- Johnsen, A. & Torsteinsson, V.W. (2012). *Lærebok i familierapi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jørgensen, M.W. & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Kalsås, Ø. R. (2016). *Det handler om å få folk til å møtes. En undersøkelse av pårørendeorientert praksis i rusbehandling*. (Mastergradsavhandling, VID Vitenskapelige Høgskole, Master i familierapi og systemisk praksis). Hentet 10. mai 2018 fra <http://hdl.handle.net/11250/2411100>
- Krogh, T. (2014). *Hermeneutikk. Om å forstå og fortolke* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kuhn, T. S. (2002). *Vitenskapelige revolusjoners struktur*. Oslo: Spartacus Forlag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode. En innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Lorås, P.L. (2016). *The map of competences in systemic therapy*. (Doktorgradsavhandling, Universitetet i Øst London sammen med Tavistock Clinic). Hentet 10. mai 2018 fra <http://hdl.handle.net/10552/5868>
- Lossius, K. (Red.). (2012). *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lundby, G. (1998). *Historier og terapi. Om narrativer, konstruksjonisme og nyskriving av historier*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Minuchin, S., Nichols, M.P. & Lee, W.-Y. (2010). *Vurdering af familier og par. Fra symptom til system – en firetrinnsmodel i to sessioner*. København: Dansk psykologisk forlag.
- Morgan, T.B., Crane, D.R., Moore, A.M. & Egget, D. L. (2012). The cost of treating substance use disorders: individual versus family therapy. *Journal of Family Therapy*, 2012, 35(1), s. 2-23. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2012.00589.x>

- Schjødt, B. & Egeland, T.A. (1989). *Fra systemteori til familierapi*. Oslo: Tano.
- Selbekk, A. S. (2016). *Troubled families and individualised solutions? An ontological, discursive and interactionist analysis of families' involvement in alcohol and other drug treatment* (Doktorgradsavhandling, Universitetet i Stavanger, Det samfunnsvitenskapelige fakultet). Hentet 10. mai 2018 fra <http://hdl.handle.net/11250/2394285>
- Skau, G. M. (2013). *Mellom makt og hjelp* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Smith, J.A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. London: Sage Publications.
- Sosialdepartementet. (2003, 4. april). *Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* (Ot.prp. nr. 54 2002-2003). Hentet 10. mai 2018 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/8f0fef0ce5b44d99bf97cca564141490/no/pdfs/ot_p200220030054000dddpdfs.pdf
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2018, 1. januar). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Hentet 10. mai 2018 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>
- Sundet, R. (2015). Kunnskap i evidensens tid – mot en kunnskapsforståelse for praktiserende familierapeuter. *Fokus på familien*, 2015, 43(01), s. 6-24.
- Sundet, R. (2017, 9. oktober). Diagnostikk som selvpåført blindhet: Et kompetanseproblem i psykisk helsevern? *Forskning*. Hentet 8. mai 2018 fra <https://forskning.no/blogg/psykisk-helse-og-rus/diagnostikk-som-selvpaafort-blindhet-et-kompetanseproblem-i-psykisk>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ulleberg, I. & Jensen, P. (2017). *Systemisk veiledning i profesjonell praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Von Sydow, K., Beher, S., Schweitzer, J. & Retzlaff, R. (2010). The efficacy of systemic therapy with adult patients: A meta- content analysis of 38 randomized controlled trials. *Family Process*, 2010, 49(4), s. 457-485. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2010.01334.x>
- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1980). *Forandring. Prinsipper for hvordan problemer oppstår og hvordan de løses*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Weber, M. (1971). *Makt og byråkrati*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: W.W. Norton & Company.
- White, M. (2006). *Narrativ teori*. København: Hans Reitzels Forlag.
- White, M. (2009). *Kart over narrativ praksis*. Oslo: Pax Forlag
- Øfsti, A.K.S. (2010). *Parterapi. Kjærlighet, intimitet og samliv i en brytningstid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ølgaard, B. (2004). *Kommunikation og økomentale systemer* (3. utg.). København: Akademisk Forlag.

Vedlegg

Vedlegg 1: Invitasjon til deltagelse i undersøkelsen

Forespørsel om deltagelse i forskningsstudie

” Familieterapi i en rus – og avhengighetspoliklinikk ”

Bakgrunn og formål

Denne forespørselen gjelder deltagelse i en kvalitativ forskningsstudie der hensikten er å utforske erfaringer om hvordan familieterapeuter i en rus – og avhengighetspoliklinikk opplever det å jobbe systemisk i samtaler med pasienter. Hensikten er å se nærmere på det systemiske perspektivet, innenfor en sykehuskontekst. Sykehussystemet er i kontinuerlig endring, og jeg anser det som viktig å bringe frem familieterapeutens stemme innen denne konteksten.

Det er ulike tema jeg ønsker å finne ut av. Temaene er valgt for å begrense forskningen. Jeg ønsker å utforske hva den enkelte familieterapeut legger i begrepene familieterapi og systemisk praksis. I tillegg ønsker jeg å utforske, på hvilken måte den enkelte faktisk utøver dette i samtaler med pasientene, og refleksjoner rundt hvordan systemisk praksis kan benyttes i samtaler innenfor en sykehuskontekst.

Jeg skal intervju familieterapeuter ut i fra en semistrukturert intervjuguide. Et slikt intervju omhandler det at vi fortolker mening om fenomener, ut i fra kontekst og i relasjon til hverandre. Jeg er opptatt av den enkeltes opplevelser og tanker, om det fenomenet jeg skal forske på.

Jeg ønsker å rekruttere familieterapeuter fra ulike rus – og avhengighetspoliklinikker. For å oppnå kontakt med mulige informanter går henvendelse først via klinikkleder. Klinikkleder vil ikke få informasjon om hvem som tilslutt takker ja til å intervjues. Dette vil være anonymt.

De som spørres om å delta i studiet, må være utdannet familieterapeuter, og ha jobbet sammenhengende i minimum 2 år.

Hva innebærer studien?

Jeg skal intervju 4 familieterapeuter for å få belyst deres erfaringer. Det vil bli brukt lydopptaker under intervjuene, som senere skal transkriberes (skrives ut skriftlig). Intervjuene gjennomføres i perioden august – desember 2017.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt, jfr. Personopplysningsloven og Datatilsynets retningslinjer. Dette innebærer blant annet taushetsplikt. Den eneste som har tilgang til materialet, er meg som forsker. Min veileder Erna Henriette Dahl Tyskø, vil kunne lese transkribert materiale som vil være anonymisert. Hun får ikke tilgang til personopplysninger. Forskningsstudien skal etter planen avsluttes mai – 2018. Innen 30.09.2018, vil personopplysninger, lydopptak og transkribert materiale slettes.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst trekke samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du på samtykke erklæringen nederst i dette skrivet. Har du spørsmål til studien, eller senere ønsker å trekke deg, ta kontakt med forsker Christine Ødegård på mail chrode@online.no eller mobil (...).

Personvern

Informasjon som lagres skal kun brukes slik det er beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysninger behandles uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. Personopplysninger vil bli oppbevart forsvarlig etter retningslinjer, og nedlåst for å ivareta konfidensialitet.

NSD - Norsk senter for forskningsdata AS har godkjent studien.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Det er kun undertegnede som har adgang til informasjonen og som kan finne tilbake til deg. Det er ikke mulig å identifisere deg i resultatene av studien.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert på deg, og kan kreve korrigerende av eventuelle feilopplysninger. Dersom du trekker deg fra studien kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger. Du kan når som helst trekke deg uten at det stilles spørsmål ved det.

Økonomi

Studien er min masteroppgave ved VID, og har ingen ekstern finansiering.

Deltagelse i studien

Dersom du ønsker å delta i studien, undertegner du samtykkeerklæringen.

Du har rett til å få informasjon om prosjektets utfall/resultat.

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, sted og dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert av forsker Christine Ødegård, sted og dato)

Kontaktinfo.

Forsker:

Christine Ødegård

Mail: chrode@online.no

Mobil: (...)

Veileder:

Erna Henriette Dahl Tyskø

Mail: ernahenriette@hotmail.com

Mobil: +47 41 68 31 75

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg bekrefter å ha mottatt informasjon om forskningsstudien ” *Familieterapi i en rus – og avhengighetspoliklinikk*”.

Jeg er innforstått med at deltakelse i forskningsprosjektet er frivillig. Jeg vet at jeg kan trekke meg når som helst, uten å oppgi noen spesiell grunn og helt fram til masteroppgaven er publisert. Jeg vet at masteroppgaven er den skriftlige fremstillingen av forskningsprosjektet.

Jeg er kjent med at informasjonen jeg gir, vil bli behandlet konfidensielt. Jeg vet også at informasjonen jeg gir vil bli slettet, etter at masteroppgaven er publisert og sensur foreligger.

Jeg samtykker til at uttalelser fra intervjuene kan refereres (siteres) i masteroppgaven, og i eventuelle artikler og presentasjoner vedrørende masteroppgaven.

Jeg er villig til å delta i studien.

Navn:

Sted og dato:

Telefon / mobil:

Mail:

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide

Innledning:

Introdusere meg og fortelle kort om min faglige bakgrunn. Informere om studien og gjenta rammer for intervjuet.

Jeg er nysgjerrig på hvordan familieterapeuter i en rus – og avhengighetspoliklinikk opplever det å jobbe systemisk i samtaler med pasienter. Problemstillingen jeg ønsker å utforske er: ”Hvilke muligheter og begrensninger, til å jobbe systemisk, opplever familieterapeuter i en rus – og avhengighetspoliklinikk?”

Muligheter og begrensninger til systemisk arbeid i en rus og avhengighetspoliklinikk

- Hvilke muligheter opplever du at du har til å bruke systemiske tilnæringer i samtaler?
- Har du gjort deg noen tanker om når disse mulighetene trer frem?
- Hvilke begrensninger opplever du å møte ved bruk av systemiske tilnæringer i samtaler?
- Har du gjort deg noen tanker om når disse begrensningene trer frem?
- Hva ved ditt arbeidssted fremmer systemisk arbeid?
- Hva ved ditt arbeidssted hemmer systemisk arbeid?

Ansattmedvirkning

- Hvilke opplevelser har du i forhold til om den systemiske tilnærmingen oppleves som akseptert på din arbeidsplass?
- Hvordan ivaretar man den systemiske kompetansen på din arbeidsplass?

Brukermedvirkning

- I hvilken grad opplever du at den systemiske tilnærmingen er tilpasset pasientens utfordringer?
- Hvilke tilbakemeldinger gir pasientene på den systemiske tilnærmingen?

Avslutning

- Har du blitt opptatt av noe under intervjuet som du vil utdype mer?
- Har du noen tanker om temaet som du ønsker å tilføye?

Helt til slutt åpne opp for eventuelle spørsmål om studien, og sette av tid til å snakke om hvordan det var for informanten å delta i intervjuet.

Vedlegg 4: Eksempel på analyse av transkripsjon

<p>En pasient blir henvist av lege. Informant informerer da alltid om familieteam, og at partner og barn også kan få tilbud. Det er ikke alltid de takker ja til parsamtaler, selv om terapeut synes det kunne vært nyttig (X, 116-122).</p> <p>Snakker både med pårørende til den som ruser seg og er henvist, samt at pårørende kan bli henvist til egen behandling med egen journalføring (X, 127-134).</p>	<p>I: Ja altså det som.. skjer ganske ofte når jeg sitter med en pasient her, og folk kommer jo.. Det kommer en legehenvist individualpasient. Og da er det ikke så sjeldent at jeg.. Jeg informerer jo alltid om at vi har familieteam og at det å ha med en ektefelle, samboer, også barn er et tilbud, og det hender jeg minner om det. Jeg tenker at her hadde det vært godt å ha familien eller partneren med. Og noen ganger så.. er det en interesse for det, andre ganger så er det ikke det. Sier det at nei, de bryr seg ikke, og, eller de har ikke tid til det, det blir ikke hensiktsmessig, tror ikke det passer riktig enda.. Sånn at ... Ja. Det er ikke alltid det blir parsamtaler selv om jeg synes det nok kunne vært veldig nyttig.</p> <p>F: Ja</p> <p>I: Men det er et tilbud.. og det tilbudet kan jeg gi, og da kan vi booke folk inn til familiesamtaler med reflekterende team, og når folk først vil ha det, så pleier vi å ha sånn cirka en samtale i måneden da. Parallelt med individualbehandlingen.</p> <p>F: Betyr det at de pårørende kan få, bli henvist også selv eller?</p> <p>I: Ja men når vi har par eller familiesamtaler, så holder det at den, den identifiserte pasienten er henvist</p> <p>F: Ja. Ok</p> <p>I: Men man kan også få pårørendesamtaler ...</p> <p>F: Her?</p>	<p>Informerer om at pårørende kan få tilbud.</p> <p>Spesialisthelsetjenestens oppgaver og poliklinikkens rammer. Lover, regler, retningslinjer, prioriteringsveileder, pårørendeveileder.</p> <p>Systemteori</p> <p>Kommunikasjonsteori</p> <p>FOUCAULT – MAKTT:</p> <p>MAKT – den legehenviste pasienten kan si nei til at hans eller hennes pårørende kan få samtaler.</p> <p>MOTMAKT – Fortsatt kan pårørende henvises for egen del, med egen journalføring (Taushetsplikt).</p>
--	---	---

<p>Tilbud om kurs til pårørende (X, 134-136).</p> <p>Først kartlegge rusproblemet og psykisk tilstand. Deretter diagnostisere, en hoveddiagnose, evt. bidiagnose. Deretter fritt for å ha det systemiske blikket og fokusere på familie (X, 139-147).</p> <p>Har systemisk fokus i terapisamtalene og nettverksmøtene (X, 147-151).</p>	<p>I: Så det, folk kan komme sånn til individualsamtaler, pårørende..</p> <p>F: Men da må de ha egen henvisning?</p> <p>I: Egen henvisning ja.. og da fører vi egen journal på de, også er det pårørendekurs..</p> <p>F: Ja..</p> <p>I: Det blir litt kurs. Temaer og prosess i de kursene.</p> <p>F: Ja.. Vil du si litte granne mer om mulighetene du har til å bruke systemisk tilnærming her, i individualsamtaler, eller med flere.</p> <p>I: Ja Det er, altså jeg skal jo.. gjøre en ruskartlegging, så jeg skal sette en rusdiagnose.. Jeg skal gjøre en kartlegging av psykisk tilstand, psykiske problemer, med kartleggingsverktøyet Mini. Eller jeg kan gjøre en screening, også utdype der jeg får noe napp på screeningen. Og hvis det blir mye napp på den, så skal det gjøres en videre kartlegging. Ikke sant. En utdyping av de tingene. Hvis det ikke er det, så.. Ja.. Så er det.. Så er det deretter fritt for å ha det systemiske blikket da. Men jeg må passe på at ruskartleggingen og den kartleggingen av psykiske problemer sånn på individet blir gjort.</p> <p>F: Ja..</p> <p>I: Så jeg har hoveddiagnose, evt bidiagnose. Jeg kan begrunne at jeg ikke har det, hvis jeg ikke har det. Men så kan jeg, kan jo jeg i samtalene her fokusere på familie.</p>	<p>Egne kurs til pårørende med deling av kunnskap. Kunnskap gir makt? Systemteori Kommunikasjonsteori</p> <p>Kartlegge og diagnostisere – FØR systemisk fokus</p> <p>Lovpålagte oppgaver FØR systemisk arbeid</p> <p>Poliklinikkens rammer – MAKT (Foucault)</p> <p>Foucault – makt:</p> <p>Systemisk fokus i samtaler og nettverksmøter (MOTMAKT)</p> <p>Systemteori/ systemiske tilnærminger</p>
---	--	--

Vedlegg 5: Tilbakemelding fra NSD



Per Lennart Lorås
VID Diakonhjemmet VID vitenskapelig høgskole
Boks 184 Vindern
0319 OSLO

Vår dato: 16.06.2017

Vår ref: 54456 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.05.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

54456	<i>Familieterapi i en rus - og avhengighetsklinikk.</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>VID vitenskapelig høgskole, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Per Lennart Lorås</i>
<i>Student</i>	<i>Christine Ødegård</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering 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/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.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, 30.09.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen
Kjersti Haugstvedt

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74

Vedlegg: Prosjektvurdering

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