

«En balansekunstner for familier»

- Helsepersonells erfaringer med foreldre og barn
innlagt til rusbehandling

Karianne Belsvik

VID vitenskapelige høgskole

Oslo

Masteroppgave

Master i helsefremmende relasjonsarbeid

Antall ord: 26325

15.05.2023

Forord

Master i helsefremmende relasjonsarbeid har vært en lang reise for meg. Den startet i 2013, med videreutdanning i tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge. Med flere års opphold underveis, fylt med spennende menneskemøter privat og i en givende jobb, fortsatte ferden. Reisen har hatt et mangfoldig innhold: Kunnskap, utvikling, inspirasjon, energi og glede. Den har også vært frustrerende, energikrevende og til tider altoppslukende.

Det er mange som fortjener en stor takk. Takk til alle dere dyktige, kunnskapsrike, reflekterte og ikke minst pratsomme kollegaer og tidligere kollegaer som har vært deltakere i studien. Dere har bidratt til at jeg har fått et enda større engasjement og respekt for alle de flotte menneskene vi møter i vårt arbeid med gravide og familier i rusbehandling. Dere delte åpent om personlige og faglige erfaringer i fokusgruppeintervjuene. For et komplekst, spennende, givende og utfordrende felt vi jobber i. Det er en balansekunst!

Takk til min arbeidsgiver, som støtter og verdsetter faglig og personlig. Jeg er så takknemlig for at jeg fikk denne muligheten.

Takk til min veileder Marit Helene Hem, professor ved VID vitenskapelig høgskole og forskningssjef ved NTNU Samfunnsforskning. Jeg hadde ikke klart dette uten din faglighet, motivasjon, støtte og ditt engasjement. Veiledningene med deg har inspirert meg til videre jobbing i alle prosessene.

En stor takk til familie, venner og medstudenter i disse årene. Dere har bidratt med uvurderlig støtte, ord til oppmuntring og trøst, kloke spørsmål og innspill, latter og sosiale treffpunkt. Uten gruppe 3 hadde jeg ikke kommet i mål!

Filip og Sofie, mine fine. Dere er fantastiske! Dette har egentlig blitt et fellesprosjekt over flere år. For det hadde ikke gått uten dere. Det har tatt en del av tiden vår <3

Fredrik; min beste distraksjon og lader <3 Endelig får vi tid sammen uten studier

Fredrikstad, 15.05.23

Karianne Belsvik

Sammendrag

Bakgrunn:

Rusmiddelproblemer har mange negative konsekvenser, også for de som er nære pårørende og barn. Mange rusavhengige blir innlagt til tverrfaglig spesialisert rusbehandling sammen med barna sine. For familiene vil dette innebære at de mottar både rusbehandling og familiebehandling det året de er innlagt. Behandlernes rolle befinner seg i en konstant posisjon mellom ansvar for å gi individuell hjelp/ behandling til foreldre og barn, og kontroll for å sikre at barnet har god nok omsorgssituasjon.

Hensikt:

Formålet med studien er å utforske erfaringer ansatte har med familier innlagt til kombinert rus- og familiebehandling, og hvilken forståelse behandlerne har av å ha en dobbeltrolle i behandlingen. Studien utforsker hvordan det er for de ansatte å skulle hjelpe familien innlagt til behandling og samtidig kontrollere at omsorgssituasjonen er god nok for barnet.

Metode:

Studien har et kvalitativt design, forankret i fenomenologien. Materialet består av tolv fagpersoners beskrivelser av sine opplevelser og erfaringer, som ble gjenkalt under tre forskjellige fokusgruppeintervjuer. Analysemetoden er inspirert av Malteruds systematiske tekstkondensering.

Resultat:

Tre hovedkategorier ble identifisert: De ansatte opplever at relasjonene er sårbare, de ansatte har en dobbeltrolle, og de ansatte vil å stå sammen i det vanskelige. Ni subgrupper ble identifisert: Ikke gå bak ryggen på, å skulle vite hva som er best for andre, å ville de vel, krevende med familier, å være både hjelper og kontrollør, personlig og faglig, rolleavklaring, ha samlet forståelse, og rammer og ressurser er styrende.

Konklusjon:

Resultatene viser at det å ha familier innlagt til behandling kan være både krevende og spennende. Fagpersonene balanserer i et fagfelt som er både individ- og familierettet, i en

dobbelrolle som skal gi både rus- og familiebehandling og hjelp til pasientene, samtidig som de skal kontrollere at omsorgssituasjonen til barnet er god. De ansatte må i sitt arbeid balansere mellom hjelp og kontroll, personlig og faglig, nærhet og distanse, til tider motstridende behov hos voksne og barn, og mellom selvstendig jobbing og team-arbeid.

Nøkkelord: *Rusavhengighet, familieorientert rusbehandling, dobbelrolle, sårbare familier og barnevern.*

Abstract

Background:

Substance abuse problems have many negative consequences, including for those who are close relatives and children. Many addicts are admitted to interdisciplinary specialized addiction treatment together with their children. For the families, this means that they receive both substance abuse treatment and family treatment in the year in which they are admitted. The role of the therapists is in a constant position between responsibility for providing individual help/treatment to parents and children, and control to ensure that the child has a good enough care situation.

Purpose:

The purpose of this study is to explore the experiences of staff with families admitted to combined addiction and family treatment, and the understanding that therapists have of having a dual role in the treatment. The study explores what it is like for the staff to help the family admitted for treatment and at the same time check that the care situation is good enough for the child.

Method:

The study has a qualitative design, rooted in phenomenology. The material consists of twelve health professionals' descriptions of their experiences, which were recalled during three different focus group interviews. The analysis method is inspired by Malterud's systematic text condensation.

Result:

Three main categories were identified: The employees feel that the relationships are vulnerable, the employees have a dual role, and the employees want to stand together in difficult situations. Nine subgroups were identified: Not going behind their backs, knowing what is best for others, wanting them well, demanding with families, being both helper and controller, personal and professional, role clarification, having overall understanding, and frameworks and resources are governing.

Conclusion:

The results show that having families admitted for treatment can be both demanding and exciting. In a field that is both individual- and family-oriented, the professionals balance in a dual role that will provide both substance abuse and family treatment and help to the patients, while at the same time checking that the child's care situation is good. In their work, employees must strike a balance between help and control, personal and professional, closeness and distance, sometimes conflicting needs of adults and children, and between independent work and teamwork.

Keywords: *Drug addiction, family-oriented addiction treatment, dual role, vulnerable families, and child welfare.*

Innholdsfortegnelse

FORORD	II
SAMMENDRAG	III
ABSTRACT	V
1 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN.....	1
1.2 FORMÅL OG PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	2
1.3 VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING	2
1.4 STUDIENS RELEVANS	3
1.5 OPPGAVENS STRUKTUR	5
2 TIDLIGERE FORSKNING	6
2.1 SØKEPROSEDYRE OG VALG AV FORSKNING	6
2.1.1 <i>Barn og foreldre innlagt i behandling</i>	7
2.1.2 <i>Familieorientert behandling og tiltak</i>	9
2.1.3 <i>Barn som pårørende</i>	11
3 TEORETISK RAMME OG KONTEKST	14
3.1 RUS OG AVHENGIGHET	14
3.2 TVERRFAGLIG SPESIALISERT BEHANDLING	16
3.3 LOVVERK OG RETNINGSLINJER	17
3.4 FAMILIELIV	18
3.5 FAMILIEORIENTERT RUSBEHANDLING.....	19
4 METODE	22
4.1 KVALITATIV METODE.....	22
4.2 VITENSKAPSTEORETISK FORSTÅELSESRAMME	23
4.3 FORFORSTÅELSE	24
4.4 FOKUSGRUPPEINTERVJU	24
4.4.1 <i>Utvalg og rekruttering</i>	25
4.4.2 <i>Gruppene</i>	28
4.4.3 <i>Intervjuene</i>	28
4.4.4 <i>Gjennomføring av datainnsamling og bearbeiding av dataene</i>	29
4.5 ANALYSE	31
4.5.1 <i>Transkribering</i>	31
4.5.2 <i>Analysetrinnene</i>	32
4.6 ETISKE OVERVEIELSER.....	34

4.7 RELIABILITET, VALIDITET OG OVERFØRBARHET	35
4.7 METODISKE OVERVEIELSER	37
5 PRESENTASJON AV RESULTATER	39
5.1 DE ANSATTE OPPLER AT RELASJONENE ER SÅRBARE	39
5.1.1 «Pasienten skal kunne stole på at jeg er ærlig om det jeg ser»	40
5.1.2 «Jeg skal hjelpe mennesker i en krise, som kanskje ikke engang vet hva de trenger hjelp til»	42
5.1.3 «Jeg skal stå her, trygg og stødig, uansett hvordan det går»	45
5.2 DE ANSATTE HAR EN DOBBELTROLLE	47
5.2.1 «Det krever mye tid og ansvar å skulle jobbe med både rus- og foreldrerolle med pasienter innlagt med barn»	47
5.2.2 «Det er en balansekunst å skulle både hjelpe og kontrollere samtidig»	49
5.2.3 «Jeg blir jo så glad i disse familiene, men må prøve skille på det faglige og egne følelser»	51
5.3 DE ANSATTE VIL STÅ SAMMEN I DET VANSKELIGE	53
5.3.1 «Vi må stå i hver vår rolle, men også sammen som et team»	53
5.3.2 «Vi kan godt være uenige, men må være samstemte overfor familiene»	55
5.3.3 «Vi har prosedyrer og retningslinjer, men det er mye rom for å tenke selv»	57
5.4 OPPSUMMERING AV RESULTATER	60
6 DRØFTING	62
6.1 DE ANSATTE OPPLER AT RELASJONENE ER SÅRBARE	62
6.2 DE ANSATTE HAR EN DOBBELTROLLE	66
6.3 DE ANSATTE VIL STÅ SAMMEN I DET VANSKELIGE	70
6.4 AVSLUTNING AV DRØFTING	73
7 AVSLUTNING	74
7.1 KONKLUSJON	74
7.2 AVSLUTTENDE KOMMENTARER	75
7.3 IMPLIKASJONER FOR VIDERE FORSKNING	75
REFERANSELISTE:	77
VEDLEGG A: INFORMASJONSSKRIV	82
VEDLEGG B: SAMTYKKESKJEMA	86
VEDLEGG C: INTERVJUGUIDE	87
VEDLEGG D: GODKJENNING FRA NSD	90

1 Innledning

En balansekunstner er i overført betydning en «person som inntar mellomstandpunkter og greier å bevare et godt forhold til to eller flere stridende parter» (Det norske akademis ordbok, 2023). Gjennom denne studien belyser jeg fagpersoners balansekunst i sitt arbeid med familier innlagt til rusbehandling. I dette kapittelet innleder jeg oppgaven med å fortelle om bakgrunn, formål og valg av tema og problemstilling, studiens relevans og presenterer oppgavens struktur.

1.1 Bakgrunn

Rusavhengighet er utbredt i det norske samfunnet, og det forekommer i alle deler av befolkningen Helsedirektoratet, 2014, s. 8. Rusmiddelproblemer kan skape store utfordringer for samfunnet, helsetjenesten og individet. Flere kan ha psykisk og somatisk lidelse i tillegg, og det kan føre til relasjons- og familieproblemer, redusert livskvalitet, økt dødelighet, sykefravær og uføre (Biong & Ytrehus, 2018).

Det er usikkert hvor mange barn i Norge som har det vanskelig på grunn av foreldres rusmiddelmisbruk. Arbeids- og sosialdepartementet skriver i en rapport i 2005 at det kan dreie seg om så mange som 200 000 barn. Tall fra Statens institutt for rusmiddelforskning har beregnet at 50-150000 barn i Norge lever med foreldre som er avhengige av rusmidler (Solbakken et al., 2005). I en rapport fra Folkehelseinstituttet fra 2011 presenteres det at 90 000 barn i Norge har minst en forelder som misbruker alkohol og 410 000 norske barn av foreldre med psykisk lidelse. I 2004 var 161 barn innlagt sammen med foreldre i rusbehandling. Sirius-rapporten presenterer 11 behandlingstiltak som gir tilbud både til foreldre og barn. Det påpekes at under 50 prosent av disse institusjonene kartlegger barna spesielt (Solbakken et al., 2005, s. 7). Det er to institusjoner i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Norge hvor barna har pasientstatus. Det har ikke lyktes å finne en rapport av nyere dato med statistikk over inneliggende barn i TSB. Etter gjentatte systematiske søk i ulike databaser har det heller ikke lyktes å finne så mye forskning av nyere dato innenfor fagfeltet som omhandler inneliggende barn i rusbehandling, noe som i enda

større grad gjør studien aktuell for alle som jobber med sårbare barn og familier. Det vil ikke kun gjelde tverrfaglig spesialisert rusbehandling, men ha overføringsverdi til andre fagområder som barnevern, sosialt arbeid og psykisk helsearbeid.

1.2 Formål og presentasjon av problemstilling

Formålet med studien er å utforske erfaringer helsepersonell i TSB har med familier innlagt til kombinert rus- og familiebehandling, og hvilken forståelse behandlerne har av å ha en dobbeltrolle i behandlingen. Dobbeltrolle vil i denne sammenhengen si å både hjelpe familien innlagt til behandling og kontrollere at omsorgssituasjonen er god nok for barnet. Studien belyser praksisen rundt familiene på institusjonen, hvilke faktorer som utpeker seg i det kliniske arbeidet og hvordan behandlingen påvirker endringsarbeidet til pasientene. Videre vil refleksjonene og drøftingene i fokusgruppene skape en åpenhet mellom deltakerne i deres egne opplevelser og erfaringer. Basert på formålet er problemstillingen:

«Hvilke erfaringer har helsepersonell i TSB med familier innlagt til rusbehandling, og hvilken forståelse har de av sin dobbeltrolle i familiearbeidet?»

1.3 Valg av tema og problemstilling

Jeg har siden 1997 både tatt grunnutdanning som førskolelærer, arbeidet som pedagog og støttepedagog, tatt flere videreutdanninger og sertifiseringer innen feltet barn og familier og har mange års erfaring fra arbeid med sårbare familier. Gjennom arbeidet har jeg fått mulighet til å delta på ulike konferanser og kurs innen tematikk om rus, avhengighet, terapi og risikofamilier.

Det endelige utgangspunktet for masterprosjektet er egen erfaring fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling, der gravide og familier med barn er innlagt på en døgninstitusjon sammen med enslige og par uten barn. Både foreldre og barn har pasientstatus, med pasientrettigheter og individuelle behandlere. For familiene vil dette innebære at de mottar både rusbehandling og familiebehandling det året de er innlagt. Gjennom mitt arbeid har jeg

erfaring fra flere saker der det har vært stor bekymring knyttet til barnets omsorgssituasjon. I disse sakene har vi vært flere behandlere som har jobbet sammen med behandlingen for familiene, samtidig som andre ansatte fra institusjonen har vært involvert i arbeidet. Det har vært tett samarbeid med barneverntjenester, og i mange tilfeller også blitt sendt skriftlige bekymringsmeldinger. Det er barnevernet som gjør den endelige beslutningen av hva som er barnets beste. Det tette samarbeidet gjør at foreldrene ser på ansatte ved institusjonen som barnevernets forlengede arm, og det er mye utrygghet og ofte liten tillit til hjelperne. I de mest alvorlige sakene der det blir besluttet omsorgsovertakelse får ansatte ved institusjonen ikke gi informasjon om dette til foreldrene i forkant. En del informasjon blir gitt mellom partene uten at foreldrene vet dette. Barnevernet vurderer i mange saker at dette er til barnets beste, fordi konsekvenser for eksempel kan være at foreldrene stikker av med barnet eller at det oppstår store konflikter i hjemmet. utfordringer i dette arbeidet er at behandlere skal jobbe som vanlig videre med familiene frem til omsorgsovertakelse. De skal være på oppfølging hjemme hos familien, veilede og ikke kunne svare på foreldrenes spørsmål om egen bekymring for hvordan veien videre vil bli for dem.

I prosjektet har jeg ønsket å utforske hvordan relasjoner og behandling påvirkes av at behandlere er både hjelpere og kontrollører i sitt arbeid. Jeg har ønsket å utforske hvordan det er å være hjelper for foreldre og barn innlagt til behandling, og samtidig være kontrollør for barnas omsorgssituasjon. De ansatte skal gjøre kontinuerlige vurderinger på hva som er barnets beste det år de er innlagt til behandling.

1.4 Studiens relevans

Dette er en studie fra en institusjon i spesialisthelsetjenesten og familieorientert rusbehandling, hvor gravide er innlagt og spe- og småbarn som pårørende blir innlagt med deres foreldre i foreldrenes rusbehandling. Familiebehandlingen legger vekt på en prosess hvor foreldrene får jobbet med sitt rusproblem og egne vansker knyttet til hverdagsfungering, økonomi, nettverk og psykisk og fysisk helse. Samtidig jobbes det med at foreldrene får styrket foreldrerollen gjennom samspillsveiledning og miljøterapeutiske tiltak. Familiebehandlingen vektlegger relasjonen mellom behandlere og familiene, og barnets

behandling går gjennom foreldrene. Situasjonen er komplisert for foreldrene, som har et rusmiddelproblem samtidig som de skal være omsorgspersoner for barna. De vil stå overfor både behandlere og samarbeidspartnere, for eksempel barneverntjenesten, som kan hevde at omsorgen er mangelfull, og de kan ta initiativ til å frata foreldrene den daglige omsorgen for barna. For de fleste foreldre oppleves dette som en stor trussel og det skaper utrygghet under innleggelsen. Frykten for å bli fratatt barna er for mange en viktig motivasjonsfaktor for å gå inn i institusjonsbehandling.

Personer med rusproblemer har ofte sammensatte levekårsproblemer. Mange har problemer med både somatisk og psykisk sykdom. Behovene for hjelp til for eksempel å få et egnet sted å bo, økonomi og til å mestre hverdagen er godt dokumentert og ligger til grunn for flere offentlige dokumenter, strategier og veiledere (Helsedirektoratet, 2014; Meld. St. 30, 2011-2012; Prop 15 s, 2015-2016,). Mennesker med rusproblemer er i stor grad blant de fattigste, mest marginaliserte og minst inkluderte i samfunnet (Meld. St. 30, 2011-2012, s. 7). Familier som kommer til rus- og familiebehandling vil ha utfordringer innenfor mange områder i livet, og vil ha behov for langvarig oppfølging av hjelpeapparatet. Ett av målene i Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) er at alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse. Hensikten er at personer som har eller har hatt rusproblemer, skal kunne delta i samfunnet og ha bedre livskvalitet. WHO sier at innenfor helsefremming er helse definert som «evnen til å kunne leve et økonomisk og sosialt produktivt liv» (referert i Haugan & Rannestad, 2016, s. 280). Denne studien har søkelys på fagpersoners erfaring med arbeid med høyrisikofamilier som er innlagt til behandling. For at familiene ved utskrivelse skal oppleve at de fortsatt er en familie, har det som skal være på plass for å håndtere en hverdag, foreldrene er rusfrie og barna har gode oppvekstvilkår, vil de ansattes møter med disse familiene i behandling være viktig. Denne oppgaven vil vise på hvilke måter de ansatte blir viktige i dette arbeidet. På denne måten er studien relevant for masterstudiet helsefremmende relasjonsarbeid.

1.5 Oppgavens struktur

- I kapittel 1 har jeg en innledning til oppgaven. Jeg beskriver bakgrunn for valg av tema og problemstilling, og studiens relevans.
- I kapittel 2 redegjør jeg for søkeprosedyre og tidligere forskning jeg har funnet relevant for denne studien.
- I kapittel 3 redegjør jeg for studiens kontekst og teoretiske rammeverk.
- I kapittel 4 beskriver jeg studiens metodiske tilnærming og analytiske fremgangsmåte.
- I kapittel 5 legger jeg frem resultater fra studien. Disse er delt inn i kapitler og underkapitler.
- I kapittel 6 drøfter jeg resultatene opp mot forskning og teori som er redegjort for i kapittel 2 og 3.
- I kapittel 7 har jeg en avslutning av oppgaven, med konklusjon og implikasjoner for videre forskning.
- Vedlagt ligger litteraturliste med oversikt over litteratur som jeg har anvendt i oppgaven, informasjonsskriv, samtykkeskjema, intervju mal og godkjenning fra NSD.

2 Tidligere forskning

I dette kapitlet gjør jeg rede for søkeprosedyre og valg av relevant forskning som kilder i denne studien. Aktuell og relevant forskning vil bli presentert i underkapitler.

2.1 Søkeprosedyre og valg av forskning

Søkeprosessen startet med brede søk som ga veldig mange artikler som omhandlet ulike retninger innen temaet mitt. Etter hvert spisset jeg søkene i større grad gjennom å bruke forskjellige databaser og ulike kombinasjoner av søkeord. Ved bruk av ulike databaser som Google Scholar, PubMed, Academic Search Elite, Oria og Idunn, samt aktuelt lovverk og retningslinjer, har jeg funnet forskning og litteratur som er anvendt i studien. Jeg har brukt norske søkeord som "rusbehandling", "tverrfaglig spesialisert behandling", "familiebehandling", "dobbelrolle", "familieorientert rusbehandling", "relasjoner", "terapeutisk relasjon", "rusmiddellidelser", "rusavhengighet", "sårbare familier", "barnevern". Engelske søkeord har vært "drug treatment", "substance abuse treatment", "family treatment", "dual role", "interdisciplinary specialized treatment", "therapeutic alliance", "relations", "social work", "parenting", "child maltreatment", "child welfare", "dual treatment". I de systematiske søkene kombinerte jeg ulike ord og utelatte noen ord. Eksempler er: «rusmiddelavhengighet» AND «familiebehandling» og «child maltreatment» OR «child welfare». Jeg filtrerte søkene på studier, fagfelleverderte artikler og av nyere dato. Jeg fant også relevant litteratur som bøker, artikler og studier gjennom snøballmetoden. Det vil si at jeg fulgte referanselister og tilsvarende artikler og studier som var linket til en annen. I utgangspunktet søkte jeg etter nyere forskning, men fant litteratur og forskning av eldre dato som viste seg relevant. Sirius-rapporten er et eksempel på eldre og relevant litteratur (Solbakken et al., 2005). Det er mer informasjon om denne rapporten i kapittel 2.1.1.

Gjennom systematiske søk i ulike databaser har det vært noe utfordrende å finne nyere forskning innenfor tematikk «barn innlagt med foreldre i rusbehandling» og «rus- og familiebehandling». Reupert og Maybery (2014) har i forskning funnet at selv om familieorientert tilnærming har vist seg å være bra for foreldre og barn, er det sporadisk bruk av denne tilnærmingen. Jeg ble gjennom denne prosessen med søk etter forskning også

opptatt av tematikken i offentlige dokumenter, lovverk, retningslinjer og rapporter. Det er lite å finne på barn som er innlagt med foreldre, men barn som pårørende er det derimot mer forskning på. Solbakken et al. (2005) kan vise til resultater i SIRUS- rapporten der det påpekes at tematikken har vært lite presentert i offentlige plan- og styringsdokumenter for rusmiddelfeltet. Lindgaard (2012) viser til at selv om det er anerkjent og vitenskapelig forankret at familien lider av rusproblemer, er det fortsatt begrenset kunnskap og erfaring i forhold til behandling på feltet (s. 19). Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) viser til at tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) er et forskningssvakt område, og bare i begrenset grad er det foretatt forskning om effekten av ulike behandlingsformer. Det påpekes at det er behov for å øke kunnskapen om effekten av de tiltak og den behandling som tilbys personer med rusproblemer (Prop 15 s, 2015-2016,, s. 31). For å belyse problemstillingen og finne forskning som kan belyse resultatene fra datamaterialet, har jeg valgt å utvide søk til å dreie seg om tre kategorier: 1) Barn og foreldre som er innlagt sammen i behandling, 2) Familieorientert behandling og tiltak rettet mot familier og 3) Barn som pårørende. Gjennom å utvide søkene til disse tre kategoriene fant jeg forskning som belyser arbeid med familier fra tverrfaglig helsepersonell- og foreldreperspektiv. Det er nyttig for å kunne se det helhetlige og komplekse bildet som familieorientert rusbehandling er.

2.1.1 Barn og foreldre innlagt i behandling

Forskning som presenteres i dette kapittelet har jeg valgt fordi det omhandler samme tematikk som problemstillingen og er relevant for denne studien.

Solbakken, Lauritzen & Lund (2005) har skrevet en rapport (Sirus-rapporten) på bakgrunn av et prosjekt, på oppdrag fra Barne- og familiedepartementet, og omhandler tilbud til barn som er innlagt med foreldre i rusbehandling. Målet med prosjektet var å få en større kunnskap om hvilken hjelp barn med rusmiddelbrukende foreldre tilbys i Norge. Gjennom prosjektet ble det funnet en generelt høy forekomst av funksjonsvansker som kunne ha forbindelse med rusmiddeleksponering under svangerskapet og med belastninger i de første leveårene. Resultater fra prosjektet viser at det er stor grad av generell fagkompetanse i institusjonene, men behovet for spesifikke opplæringstiltak i observasjon og utredning av barns utviklingskader og relasjonsvansker er uttalte. Resultater viser at det

ikke er kontinuitet i oppfølgingen fra barnevernet mens familiene er innlagt, kun hvis det oppstår kriser. Rapporten påpeker avslutningsvis at dilemmaene ved å inkludere barn i voksnes rusmiddelbehandling bør ha løpende oppmerksomhet.

Paulsen (2017) har gjennomført en studie innenfor helse- og sosialtjenester. Formålet med denne studien var å undersøke foreldres erfaringer med å være på et barn- og familiesenter. Det var tre overordnede funn i denne studien 1) opplevelsen av veien inn, 2) opplevelsen av å være «under lupen» over tid og 3) opplevelsen av å være i spenningsfeltet mellom krenkelse og bekreftelse. Resultatene viser betydningen av anerkjennelse under oppholdet for foreldrene. Resultatene gir også innsikt i foreldrenes erfaringer, knyttet til mangel på anerkjennelse og en følelse av å bli tingliggjort. Funnene viser at foreldre hadde behov for å føle seg velkommen, motta god informasjon og se meningen med oppholdet. Foreldrene opplevde det vanskelig å bli observert og overvåket, gå i usikkerhet på grunn av lite tilbakemeldinger og hele tiden måtte vise at de var gode nok foreldre. Opplevelsene satte seg kroppslig i foreldrene og de følte seg overkjørt. For foreldrene var tid en viktig faktor under oppholdet og resultater viste at relasjonens viktighet hadde flere sider. Flere følte seg ivaretatt og respektert, og opplevde at de ansatte var åpne og fleksible. Andre kunne oppleve de faste ansatte som mindre engasjerte og mer rigide. I møte med vikarer opplevde familiene seg friere, og de kunne snakke om vanlige ting uten at alt skulle analyseres.

Wiig et al. (2018) har gjennomført en studie som undersøker ansattes muligheter og utfordringer av dobbeltbehandling av barn og foreldre i en døgninstitusjon. Foreldrene skal lære seg å leve uten rusmidler, og barna trenger et forutsigbart og strukturert miljø med foreldre som er sensitive og tilgjengelige. Resultatene fra studien viser at de ansatte hadde vanskeligheter med å kombinere foreldrenes og barnas behov. De opplevde at de var nødt til å prioritere den rusavhengige forelderens eller barnets velvære. Et annet alternativ og en løsning kunne være å støtte foreldrene i hverdag, rutiner og omsorg. Dette kunne hjelpe foreldrene til å bli mer bevisste på barnet, samspillet med barnet og regulering av egne følelser. Resultatene viser også at ansatte beskriver arbeidet med familiene som følelsesmessig utfordrende.

Neger og Prinz (2015) har gjennomført en litteraturstudie av 21 studier som hadde som formål å gjennomgå utfallsstudier som testet dobbeltbehandling av rusmisbruk og foreldreskap. Foreldres rusmisbruk er et alvorlig problem som påvirker trivsel for barn og familier. Foreldres rusmisbruk og samtidig en marginal foreldrekompetanse er anerkjent som et stort folkehelseproblem. En oppsummering av teoretiske begreper om sammenhenger mellom rusmisbruk og foreldreskap danner et grunnlag for gjennomgangen. Resultatene fra dobbeltbehandlingsstudiene var generelt positive med hensyn til reduksjon av foreldres rusmiddelbruk og bedring av foreldrerollen. Resultater fra RCTene indikerte at kombinert rusbehandling og foreldreintervensjon forbedret foreldrerollen i motsetning til kun rusbehandling.

2.1.2 Familieorientert behandling og tiltak

Forskning innenfor familieorientert behandling og andre tiltak har relevans for denne studien fordi den retter seg mot arbeid med brukere og familier. Erfaringer og kompetanse innenfor dette feltet har overføringsverdi til arbeid med pasienter og familier inne på en institusjon.

Lindgaard (2006) har skrevet en rapport på grunnlag av en systematisk litteraturgjennomgang av vitenskapelig litteratur om metoder og effekter i forhold til «familieorientert alkoholbehandling». Formålet med rapporten var å belyse hvilke effekter familiebehandling har på alkoholavhengige, familien og barna. Det vises til i rapporten at det, på grunn av begrenset forskning på feltet, er lite litteratur som beskriver metoder og undersøker effekten av behandling rettet mot barn. Det er imidlertid noe dokumentasjon på effekt og resultater som gir opphav til videre forskning på området. Ut i fra resultatene antas det at behandling som har positiv innvirkning på familien/relasjonen også er egnet til å ha en positiv innvirkning på barnas situasjon. Det presiseres at foreldrenes engasjement, samt positive forventninger og tilfredshet i forhold til behandlingen, har betydning for barnas nytte av behandlingen. Basert på litteraturgjennomgangen konkluderes det med at det generelt er et godt grunnlag for å dokumentere familierettet arbeid i rusbehandling.

Homme (2011) har gjennomført en studie i familieterapi og systemisk praksis. Formålet var å undersøke betydningen av barnevernsarbeiderens personlige og private

erfaringer og profesjonell praksis i møte med familien. Resultater fra studien viser fem overordnede temaer: «All erfaring samlet er like viktig», «å kjenne på tårene», «selvfølgelig er det personavhengig», «du er ikke venn med familien» og «språk er makt».

Barnevernsarbeideren har mye erfaring fra livet og bruker denne bevisst og ubevisst i sin profesjonelle rolle på jobb. Erfaringen har gitt kunnskap, bevissthet og trygghet inn i møter med familiene. Det å ha et følelsesmessig engasjement er på godt og vondt, og resultatene viser at dette er en viktig faktor i relasjonsbyggingen. Å kjenne på tårene viser til at de ansatte lar følelser være en del av de i jobben, men at de ikke lar de ta overhånd. De ansatte mener at følelser gir gode møter med familiene. Resultatene viser også at barnevernsarbeideren bruker både personlig erfaring og teoretisk kunnskap i jobben, som vil gjøre jobben personavhengig. Videre viser resultater at de ansatte er observante på etikk, moral og respekt i jobben med sårbare mennesker, og den makten de har i utøvelsen.

Whittaker et al. (2016) har gjennomført en studie av familietiltak for barn og familier som er berørt av foreldres rusmiddelmissbruk. Studien påpeker at det er lite kunnskap og forskning om familietiltak til rusavhengige foreldre med barn, særlig innenfor universelle helsetjenester. Denne studien hadde som mål å utforske hvordan helsepersonell i Skottland engasjerer seg i dette arbeidet. Tre tilbakevendende temaer var sentrale i studien: den problematiske karakteren til rusmiddelbrukende foreldre, kliniske utfordringer med å leve opp til idealene om profesjonell praksis og den bredere konteksten som dagens praksis styres i. Fagfolk uttrykte ambivalens over deres foreldrestøtterolle, angst over ansvar for å gripe inn i lite motiverte familier påvirket av ruslidelser og bekymring over lite ressurser og mangel på organisatorisk støtte. Likevel ble strategier og muligheter for å gi foreldrestøtte anerkjent, og det var enighet om behovet for ytterligere ferdighetstrening. Det overordnede temaet som samlet diskusjonene, var «omsorgsbyrden» som disse familiene utgjør for helsepersonell.

Brekke et al. (2017) har gjennomført en studie der formålet var å utforske og beskrive atferd og egenskaper hos profesjonelle hjelpere som støtter tilfriskning, slik personer med sammenfallende lidelser opplever. Analysen ga fire kategorier av recovery-støttende atferd og egenskaper hos profesjonelle hjelpere: Bygge tillit gjennom håp og kjærlig omtanke, engasjement, ærlighet og forventning, handling og mot. Tjenestene bør gi rom for

fleksibilitet og kontinuitet, og opplæringen bør anerkjenne viktigheten av å etablere tillit for å nå ut til denne gruppen.

Reupert og Maybery (2014) har gjennomført en studie av fagpersoner i Australia som retter søkelys på ansattes perspektiver når de arbeider med familier hvor en av foreldrene har en psykisk lidelse og/eller ruslidelse. Resultater viser til den komplekse situasjonen med utfordringer innad i familien, utfordringer i samarbeidet mellom ulike instanser og utfordringer knyttet til utskifting av ansatte. Det å jobbe med familien med klart definerte og felles mål, fokusere på familiens styrker og ansatte med ferdigheter i å håndtere de noen ganger konkurrerende behovene til barn og foreldre, viste seg å være vellykket.

2.1.3 Barn som pårørende

Det er mye søkelys på barn som pårørende, både innenfor forskning og innlemmet i lovverk. Arbeid med barn som pårørende har overføringsverdi til tematikken i denne studien, og vil gi relevant og nyttig kunnskap til arbeid som gjøres med foreldre og barn i behandling.

Multisenterstudien, skrevet av Ruud et al (2015), er en utforskende tverrsnittstudie med et stort utvalg familier fra fem helseforetak, støttet av Helsedirektoratet. Prosjektets mål var å gi kunnskap om situasjonen for barn med foreldre som er pasienter i spesialisthelsetjenesten. Prosjektet setter søkelys på barnas og foreldrenes egne beskrivelser av sin situasjon og erfaringer. Videre ble det undersøkt hvordan sykdom og lidelser virker inn på dagligliv og helse, hvilke utfordringer de opplever, hvilken hjelp de har mottatt som barn og foreldre og hvordan de har opplevd denne hjelpen. Forfatterne undersøkte også hvor godt spesialisthelsetjenesten er i stand til å identifisere barn og vurdere deres behov, og i hvilken grad bestemmelsene i helselovgivningen om barn som pårørende er implementert. Resultater fra studien er blant annet at sykdom og ruslidelse påvirker hele familien i stor grad. Behovene for informasjon og tilpasset hjelp er store, men i stor grad udekkede. Lovendringen i 2010 har ikke i tilstrekkelig grad ført til de planlagte endringene. Det påpekes at det er behov for flere tiltak, organisatorisk, kunnskapsmessig, holdningsmessig og økonomisk. Spesialisthelsetjenesten følger bare delvis opp loven om barn som pårørende. Resultater viser at det er mangelfull kartlegging og dokumentasjon og udekkede behov når det gjelder henvisninger og informasjon til barn. Resultater viser at helsepersonell i

spesialisthelsetjenesten har begrenset kompetanse i familiefokusert praksis, og mangler fortsatt kompetanse om hvordan foreldres sykdom påvirker barna.

Hjelmseth og Aune (2018) har gjennomført en studie der formålet var å få kunnskap om hvordan helsepersonell med ansvar for barn som pårørende opplever arbeidet med å identifisere behov og igangsette tiltak hos for familien. Et av hovedfunnene i studien var at spesialisthelsetjenesten bare delvis følger opp loven om barn som pårørende. Det manglet tydelig presisering av hvor mye tid de skulle sette av til pårørendearbeid, de barneansvarlige hadde ingen reduksjon av andre arbeidsoppgaver og personell følte seg usikre på hva som var forventet av omfang av arbeidet. De opplevde ofte også at foreldrene vegret seg for å snakke om foreldrerollen og kunne bagatellisere hvordan rusproblemene påvirket barna.

Kalsås et al. (2020) har gjennomført en studie der formålet med studien var å utforske hvordan fagpersoner ved en institusjon erfarte involvering av pårørende og nettverk i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hovedresultatene var at en solid behandlingsstruktur for familieinvolvering står sentralt i familierettet arbeid, vesentlige positive effekter for både pasient, pårørende og behandler tilskrives familieorientert behandlingsfokus og nye dilemmaer oppstår som en konsekvens av vektlegging av familierettet arbeid. Deltakerne i fokusgruppene beskrev at familieinvolvering var viktig for behandlingen og var av betydning for relasjoner innad i familien og for fagpersonenes rolle som terapeuter. De beskrev også at familiebehandlingen noen ganger var en forutsetning for å få til endring. Involveringen gav mer informasjon om situasjonen og forståelsen ble mer helhetlig. De kunne også si at involveringen fører til økt ansvar og er ressurskrevende.

Humerfelt (2014) sin artikkel dreier seg om hva helsepersonell mener er av betydning for å lykkes med å identifisere omsorgssituasjonen til barn som har foreldre med rus- og psykiske problemer og som har behov for oppfølging. Resultatene fra studien viser at det er nødvendig å styrke kompetansen til helsepersonell for at de skal kunne kartlegge og utforske barnets omsorgssituasjon. De må i utforskingen håndtere foreldrenes og barnets strategier, relasjonen til foreldrene og distanse til eget foreldreskap. Det er viktig med søkelys på egen overidentifisering, men også formulere det som er tabubelagt. Myndigheter, helse- og

sosialvirksomheter og utdanningsinstitusjoner må bidra til et kompetanseløft, slik at helsepersonell styrkes i sin handlingskraft.

3 Teoretisk ramme og kontekst

Rusproblemer kan være sammensatt og komplekst. Mitt teoretiske utgangspunkt vil gi et bilde av denne kompleksiteten, ved bruk av teori og forskning som belyser rusens konsekvenser for individet, samfunnet og familien. Det teoretiske grunnlaget kan gi leseren og meg selv som forsker et grunnlag som sier noe om helsepersonell og behandler sin forståelsesramme i forhold til rusavhengighet og foreldreskap.

3.1 Rus og avhengighet

I faglige sammenhenger snakker man om ulike former for rus og misbruk og grensene for hva som er bruk, misbruk eller avhengighet er ikke alltid lett å skille. De ulike begrepene er knyttet til ulike forholdet ved bruken av rusmidler. Alt inntak av illegale rusmidler defineres som rusmiddelmissbruk. Det er en faglig enighet om at skadelig bruk og avhengighet refererer til et helseproblem (Biong & Ytrehus, 2018, s. 15). I Norge benytter helsevesenet den internasjonale sykdomsklassifikasjonen ICD- 10 til å diagnostisere rusproblemer, som skiller mellom skadelig bruk og avhengighet. I følge ICD- 10 defineres avhengighet som «et spektrum av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener der bruken av en substans eller substansklasse får en mye høyere prioritet for en gitt person enn annen atferd som tidligere var av stor verdi» (Lossius, 2021, s. 26). Rusmiddelavhengighet kjennetegnes av at brukeren har et sterkt ønske om å innta rusmiddelet og har vansker med å kontrollere bruken. Rusmiddelbruken opprettholdes til tross for skadelige konsekvenser, og brukeren prioriterer rusmiddelinntak foran andre aktiviteter og forpliktelser (Folkehelseinstituttet, 2014). Insel (2003) sier at rus kan utkonkurrere og erstatte behovet for gode og nære relasjoner til andre. Mange rusavhengige klarer ikke å la være å ruse seg til tross for at konsekvensene kan føre til omsorgsovertakelse av barna eller skader nære personer (gjengitt i Lossius, 2021, s. 24). Rusmidler kan påvirke følelsesreguleringen og øke følelser som sinne, tristhet og glede, og dempe følelser som angst og uro. De kan også regulere behovet for nærhet eller distanse, og fylle et emosjonelt tomrom og dempe psykiske og fysiske smerter (Lossius, 2021, s. 25).

World Health Organization (referert i Wangensteen et al., 2023) og norske helsemyndigheter (Helsedirektoratet, 2016) har en tilnæringsmåte til rusavhengighet som en biopsykososial lidelse. Denne tilnæringsmåten inkluderer flere fagdisipliner og åpner for en individuell tilnærming i møte med hver enkelt person og familie. Rusproblemer utvikles og opprettholdes i en forståelse av at biologiske, psykologiske, relasjonelle, sosiale, kulturelle og politiske forhold inkluderes. Det viser til en reflektert tilnærming til rusproblemene, og egne moralske holdninger og fordommer bør ikke påvirke hvordan vi møter pasientene. Vi må møte familiene med en hjelpsom og støttende holdning som skaper relasjoner, kommunikasjon og samarbeid (Wangensteen et al., 2023, s. 40).

Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) gir oversikt over hovedutfordringene innenfor rusfeltet og legger både kortsiktige og langsiktige strategier for å møte dem. Det påpekes i planen at rus- og psykisk helsefeltet er et satsingsområde for regjeringen (Prop 15 s, 2015-2016,, s. 5), og at rusmiddelpolitikken er forankret i et bredt folkehelsearbeid og helse- og omsorgstjenester skal møte rusproblemer med tidlig innsats, riktig behandling og god oppfølging (ibid, s. 27). Opptappingsplanen påpeker viktigheten av å se rusmiddelbrukets konsekvenser for samspillet i en familie og for barnets psykososiale helsetilstand. Videre vises det til at barn som har foreldre med rusproblemer har vesentlig høyere sannsynlighet for selv å utvikle rusproblemer. Det oppfordres til at «det må settes inn virksomme hjelpetiltak for å bryte den sosiale arven. Tidlig hjelp vil gjøre at barna og foreldrene får hjelp til å forebygge omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep» (ibid, s. 18).

Rusmiddellidelser og psykiske lidelser henger ofte sammen. Opptil 90 prosent av pasientene som får behandling for en rusmiddellidelse, har én eller flere psykiske lidelser. Rusmiddelproblemer er også svært utbredt blant pasienter med psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, 2014). Personer med rusmiddellidelser har ofte også kroppslig (somatisk eller fysisk) sykdom. Dette kan skyldes de skadelige virkningene av rusmiddelbruken. Personer med rusmiddellidelser har generelt mindre utdanning og inntekt, og er oftere uten lønnet arbeid enn befolkningen generelt. De bor oftere alene, og noe oftere i større byer (ibid). Det er mange forhold som påvirkes av rusavhengighet og som må arbeides med under rusbehandlingen. Det er en stor utfordring for institusjonen å forholde

seg til alle disse problemområdene, og samtidig holde en overordnet oppmerksomhet på barnas situasjon og behov (Solbakken et al., 2005, s. 72).

3.2 Tverrfaglig spesialisert behandling

Endringer som skal til for å oppnå økt livskvalitet og et rusfritt liv er en tidkrevende prosess. I Norge tilbys ulike former for behandling av rusmiddelavhengighet som del av det offentlige helsevesenet ved tilkjennelse av pasientrettigheter i TSB (Helsedirektoratet, 2015).

Veilederen «Sammen om mestring» (2014) viser til at metoder og tilnæringsmåter som tilbys i behandling bør være kunnskapsbaserte. Metodevalget bør tilpasses den enkelte pasient sin situasjon, behov og ønsker. Det er flere faktorer som påvirker behandlingsresultater. Det kan være relasjonen mellom pasient og ansatt, pasientens opplevelse av bedringsmuligheter og viktige hendelser i pasientens liv. Det kan også være organisatoriske faktorer som knytter seg til tjenestetilbudets tilgjengelighet, kontinuitet og individuell tilpasning. Videre påpekes det at behandling og oppfølging av pasienten bør inneha et familieperspektiv som sikrer god ivaretagelse av hele familien og involvering av pårørende (Helsedirektoratet, 2014, s. 67).

Med rusreformen ble behandlingstilbudet til personer med rusmiddellidelser, somatikk og psykisk helsevern en del av spesialisthelsetjenesten. Personer med rusmiddellidelser fikk som følge av dette pasientrettigheter (Biong & Ytrehus, 2018, s. 142). Behandlingstilbudene i TSB er individfokuserte og gis ut ifra at individet har pasientrettighet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1b). De fire regionale helseforetakene har ansvar for at det finnes et nødvendig behandlingstilbud for personer med rusmiddelproblemer/ avhengighetsdiagnose i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018). Innenfor spesialisthelsetjenesten er det 200.000 pasienter i somatikk, 29.000 i psykisk helsevern og 5.000 i TSB som er foreldre til barn under 18 år (Ruud et al., 2015, s. 9). Et behandlingsforløp vil gjerne starte med kartlegging og utredning i poliklinikk, for å avklare behandlingsbehov, pasientens forventninger til behandlingen, utfordringer og ressurser. Man vil se på rusmiddelbruk, psykisk og somatisk helse, pasientens sosiale situasjon og funksjon i hverdagen (Folkehelseinstituttet, 2014). Tverrfaglig og spesialisert behandling betyr at både helsefaglige og sosialfaglige perspektiver skal vektlegges i utredningen og behandlingen.

Personalet må bestå av ansatte med medisinsk-, psykolog- og sosialfaglig kompetanse (Biong & Ytrehus, 2018, s. 142). I følge Helsepersonelloven (1999b, §48-49) er alle med autorisasjon eller lisens å regne som helsepersonell, som sykepleiere og vernepleiere. Alle ansatte i tverrfaglig spesialisert behandling som driver med pasientrettet arbeid betraktes som helsepersonell. Det kan omfatte yrkesgrupper som sosionom og barnevernspedagog (Biong & Ytrehus, 2018, s. 143).

3.3 Lovverk og retningslinjer

Barn som lever sammen med en foresatt som har en psykisk lidelse eller et rusmiddelproblem, er risikoutsatt. Helse- og omsorgspersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med rusmiddelavhengighet kan ha som følge av forelderens tilstand. Når det er grunn til å tro at barn blir utsatt for alvorlig omsorgssvikt, skal helse- og omsorgspersonell uten hinder av taushetsplikt, gi opplysninger til kommunens barneverntjeneste (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 2-1; Helsedirektoratet, 2014, s. 17; Helsepersonelloven, 1999a, § 33; 1999c, § 10a). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 2-1 omhandler retten til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. § 2-1 annet ledd fastslår at «spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når faglig forsvarlighet krever at en pasient som har en slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp». De regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon framgår av Spesialisthelsetjenesteloven (1999) § 2-1a. Lovendringer i Helsepersonelloven og Spesialisthelsetjenesteloven trådte i kraft i januar 2010. Helsepersonelloven § 10a og Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a er de mest sentrale når det gjelder barn som pårørende. Formålet med disse lovbestemmelsene er «å sikre at barna blir fanget opp tidlig, og at det blir satt i gang prosesser som setter barn og foreldre i bedre stand til å mestre situasjonen» og «å forebygge problemer hos barn og foreldre» (Helsedirektoratet, 2010, s. 81). Lovene er ment å utfylle hverandre slik at barnets interesser blir ivaretatt når deres foreldre mottar helsehjelp. Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) viser at feltet er styrket med økende bevilgninger. Et av hovedmålene i planen er at alle med rusmiddelproblemer skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat. Opptappingsplanen skal bidra til en forbedret, forsterket, tverrsektoriell og samordnet innsats overfor mennesker med i ferd

med å utvikle rusproblemer og for personer med alvorlig rusavhengighet, samt deres pårørende. Barn som er pårørende til personer med rusmiddelproblemer, er en spesielt sårbar gruppe. Det spesifiseres i opptrappingsplanen at hjelpeapparatet må både ivareta foreldrenes situasjon, samtidig som barnas egne behov må ses og følges opp (Prop 15 s, 2015-2016,). En helhetlig forståelse og behandling knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer er viktig (Biong & Ytrehus, 2018, p. 67).

Barneverntjenesten er som regel involvert før innleggelse av familien (Solbakken et al., 2005, s. 19). Barneverntjenesten kan se på innleggelsen i rus- og familiebehandling som et tiltak som skal prøves ut før mer alvorlige tiltak blir vurdert, jfr. Lov om barnevern §§ 4-12 og 4-4. Fokus vil være barnets omsorgssituasjon under behandlingstiden. Rus- og familiebehandling i institusjon vil innebære behandling for rusavhengigheten og elementer av omsorgsvurdering. Barneverntjenesten kan gjøre vurdering etter Barnevernsloven (2021) § 4-3 mens familien er innlagt, og bruke opplysninger fra institusjonen som grunnlag for sin vurdering (Magnussen, 2006). Lovparagrafene i Helsepersonelloven (1999) § 33, Opplysningsplikt til barnevernet, viser helsepersonell sin opplysningsplikt og ansvar når de yter helsehjelp. Helsepersonell må være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barnevernet og være nøye på å se barnets behov.

3.4 Familieliv

Rusmiddelproblemer har mange negative konsekvenser, også for de som er nære pårørende. Belastningen kan føre til dårligere levekår, svekket familiedynamikk og økt fokus på den som har rusmiddelproblemer, på bekostning av andre familiemedlemmer. Å vokse opp med en forelder som har problemer med rusmidler, øker risikoen for dårlig psykisk helse, egne rusmiddelproblemer senere og tidlig død (Ruud et al., 2015, s. 67) og foreldrenes rusproblemer påvirker et barns atferd og fysiske, emosjonelle, intellektuelle og sosiale utvikling (Killén & Olofsson, 2003, s 59). Det er estimert at 8,3 prosent eller om lag 90 000 norske barn har minst en forelder som tilfredsstillende de diagnostiske kriteriene for en alkoholbrukslidelse, mens om lag 3 prosent av norske barn har en forelder med alvorlig grad av skadelig bruk (Folkehelseinstituttet, 2014).

Rusproblemer kan føre til at grunnleggende foreldreferdigheter svekkes og barna kan utsettes for omsorgssvikt (Killén, 2015, s. 12). Det kan føre til at foreldrene er mindre oppmerksomme og sensitive overfor barnas signaler og behov. De kan ha vansker med å sette egne behov til side for å ivareta barnas behov. De kan ha vansker med følelsesregulering og lav impuls kontroll, som påvirker hvordan de møter barna (Wangensteen et al., 2023, s. 64), og det kan for mange være krevende å ivareta rutiner, daglige gjøremål og ha en trygg og forutsigbar hverdag (ibid, s. 73-74). Rusavhengighet kan føre til forandringer i hjernen som kan gi konsentrasjonsproblemer, svekket evne til planlegging og impulsivitet. Foreldrene kan bli uforutsigbare og gi en inkonsistent oppdragelse. Det som er lov den ene dagen, kan ikke være lov neste dag (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s. 79). Foreldre har stor betydning for barns fysiske, kognitive, emosjonelle og sosiale utvikling. Barn må føle seg elsket, de trenger rutiner i hverdagen, få gode mestringsopplevelser, bli fulgt opp helsemessig og ha foreldre som er til stede fysisk og mentalt (Wangensteen et al., 2023, s. 30). Foreldre som ruser seg har ofte ikke kapasiteten og sensitiviteten til å se, forstå og møte barnets behov. Møter med sårbare familier vil kreve høy grad av bevissthet, kunnskap og sensitivitet om at det finnes ulike måter å være foreldre på (ibid, s. 30-31).

3.5 Familieorientert rusbehandling

I Sirius-rapporten vises det til at det ikke finnes lett tilgjengelig informasjon verken sentralt eller regionalt om behandlingstilbudene til barn innlagt med foreldrene i rusbehandling (Solbakken et al., 2005, s. 26). Det kan være utfordrende både for den rusavhengige, hjelpeapparatet, pårørende og andre å finne frem til relevante behandlingsinstitusjoner hvis en ikke vet om disse fra før. Konsekvensene av dette kan være at alvorlige tiltak, som omsorgsovertakelse, blir besluttet i påvente av at foreldre behandles for rusavhengighet. Opptrappingsplanen for rusfeltet hevder at foreldre som har rusproblemer og ikke kan gi god nok omsorg, som hovedregel ikke skal ha omsorg for barn (Prop 15 s, 2015-2016,, s. 34). En innleggelse i rus- og familiebehandling vil kunne gi muligheter for at barna kan vokse opp hos sine foreldre. Formålene med en innleggelse av hele familien er komplekse og sammensatte, og henvisende instans, familien, øvrig hjelpeapparat og institusjonen kan ha ulike intensjoner og forventninger til oppholdet. Dette innebærer at det kreves høy

kompetanse i tiltakene og et systematisk og profesjonelt utrednings- og kartleggingsarbeid. Barneperspektivet må kunne sikres og ivaretas dersom det oppstår motstridende interesser mellom barn og foreldre (Solbakken et al., 2005, s. 18-19). Institusjoner har mange faglige begrunnelser for å ta inn gravide og barn. Begrunnelser som kan være aktuelle kan være at det er for å forebygge ruspåvirkning og skader på fosteret, hindre unødig atskillelse mellom foreldre og barn og fremme tilknytning til foreldrene. Videre er det ønskelig å utrede og avdekke hjelpebehov hos barna, styrke foreldrekompetanse og forebygge overføring av foreldrenes problemer til neste generasjon. For å gjøre gode og faglige vurderinger rundt barns omsorgssituasjon, er det behov for differensierte behandlingstilbud som kan gjøre helhetsvurderinger. Helhetsvurderingene må baseres på somatiske og psykososiale undersøkelser (Killén & Olofsson, 2003, s. 98). I denne helhetsvurderingen vurderes det enkelte barns behov, mors og fars ressurser og utfordringer, samspillet i familien, familiens nettverk og alle risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer tas i betraktning (ibid, s. 161).

Institusjonenes begrunnelser for inntak avspeiles i tilbudet til barna. Dette varierer fra rene omsorgstilbud, hvor barna ikke antas å ha særskilte behov, til omfattende tiltak hvor de defineres som pasienter og har egen individuell behandlingsplan (Solbakken et al., 2005, s. 9). Innleggessituasjonen er bestemt av foreldrenes rusmiddelproblemer og behov for behandling, og ikke primært av barnas egne vansker. Foreldrenes behandlingsbehov kan utgjøre store utfordringer i forhold til å ivareta barna i tilstrekkelig grad (ibid, s. 71). Fagpersonene som møter familiene har et ansvar for å skape en best mulig samarbeidsrelasjon og kommunikasjonen er ivaretagende, anerkjennende og direkte (Wangensteen et al., 2023, s. 80). Familien har behov for behandlingsopphold over lengre varighet og oppfølging over tid. Uansett hvor godt det går med foreldrene og rusavhengigheten, vil det være behov for en handlingsplan i tilfelle tilbakefall (Killén & Olofsson, 2003, s. 164; Sjøvold & Furuholmen, 2015, s. 81). Det er avgjørende i arbeid med de innlagte familiene å ha forståelse for relasjoner. Det forutsetter emosjonell tilgjengelighet og empati, respekt og aksept. Foreldrenes relasjonskompetanse påvirkes av deres oppvekst, livserfaringer, traumer, samliv, arbeidserfaringer, rushistorie, psykiske lidelser og livssituasjon (Killén, 2010, s. 56). Behandlingsalliansen kjennetegner relasjonen mellom pasient og ansatt, hvor de to har etablert en felles forståelse av hva det skal arbeides med, og hvordan det skal gjøres. En god relasjon hviler på tillit, samhandling, trygghet,

troverdighet og likeverd. Behandlingsalliansen er ikke et mål, men er et virkemiddel for å nå et mål (Helsedirektoratet, 2014, s. 68). Relasjonen mellom hjelper og pasient har vist seg viktig også i rusbehandling og har en viktig rolle når det gjelder å forutse et godt resultat av behandlingsoppholdet. En forutsetning for å lykkes i arbeid med familier i rusbehandling er at de profesjonelle etablerer relasjoner hvor foreldrene føler seg respektert og godt ivaretatt (Killén & Olofsson, 2003, s. 164).

4 Metode

I metode- kapittelet redegjør jeg for og begrunner valg av metode og tilnærming til problemstillingen. Jeg vil vise til hvordan studien ble gjennomført, og hvordan datamaterialet ble bearbeidet. Studien har et kvalitativt design med bruk av fokusgrupper og en induktiv tilnærming til analyse. Kvalitativ metode er valgt fordi metoden egner seg for å undersøke menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, motiver og holdninger. Kvalitativ metode kan bidra til å presentere mangfold, nyanser, subjektive erfaringer og ulik oppfattelse av felles opplevelser (Malterud, 2017, s. 31). Kvalitativ metode ble vurdert å være hensiktsmessig forskningsdesign for å beskrive erfaringer, og svar på følgende problemstilling:

«Hvilke erfaringer har fagpersoner i TSB med familier med barn innlagt til rusbehandling, og hvilken forståelse har de av sin dobbeltrolle i familiearbeidet?»

4.1 Kvalitativ metode

Med kvalitativ forskningsmetode utvikles vitenskapelig kunnskap. Kvalitativ metode benyttes ofte i studier hvor forskere er opptatt av å forstå eller å beskrive menneskers oppfatning av verden og hvilke relasjoner som er betydningsfulle for oss (Johannessen et al., 2016; Malterud, 2017). Kvalitativ metode er fleksibel, og utformingen av prosjektet vil kunne endres underveis i undersøkelsesprosessen (Thagaard, 2018, s. 16). I denne studien utforskes fagpersoners erfaringer med familier i rusbehandling, og forståelsen deres av å være i en dobbeltrolle. Det vurderes nyttig å benytte kvalitativ metode. Kvalitativ tilnærming gir grunnlag for fordypning i analyser av disse fenomenene og kontekstene (ibid). I mitt forskningsprosjekt er deltakerne nære kollegaer som jeg samarbeider daglig med i arbeidet rundt gravide og familier. Thagaard (2018) viser til at «kvalitative studier som er basert på arbeid i felten, er preget av nærhet og sensitivitet i relasjon til kildene» (s. 16). Denne nærheten vil påvirke forskningsprosessen min i ulik grad, både i forforståelsen, under utvelgelsen av deltakere, gjennomføringen av intervjuene og analysen.

4.2 Vitenskapsteoretisk forståelsesramme

Epistemologi, læren om viten og hvordan vi kan oppnå kunnskap og erkjennelse, også kalt erkjennelsesteori, ligger til grunn i all forskning. Vitenskapsteori stiller spørsmål rundt hva det er vi kan vite om verden og hvordan, og hva som er kunnskapsgrunnlaget til å kunne forklare noe som helst (Thomassen, 2006). I denne studien utgjør fenomenologi det teoretiske ståstedet. Det fenomenologiske vitenskapssynet søker å oppnå en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer, og det er forskerens refleksjoner over egne erfaringer som danner utgangspunktet for forskningen (Thagaard, 2018)s.

Fenomenologi sier oss noe om en interesse for «å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelse at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter» (Kvale et al., 2009) s. Problemstillingen for denne studien har bakgrunn i egen arbeidssituasjon som er; erfaring med rus- og familiebehandling for gravide og familier i spesialisthelsetjenesten.

Forskningssituasjonen har gjort at jeg gjennom hele prosessen har forsøkt å ikke la min forforståelse farge innholdet og tolkningen av perspektivene til deltakerne. Det ble viktig for meg at det var deres stemmer som skulle komme frem i det empiriske materialet. Hensikten med en fenomenologisk holdning er at kunnskapen man allerede har, ikke skal komme i veien for ny kunnskapsutvikling (Thoresen et al., 2020, s. 36). I kvalitativ forskning søker vi en forståelse av sosiale fenomener, enten ved en nær kontakt med deltakere i felten, ved intervju eller observasjon, eller ved analyse av tekster og visuelle uttrykksformer (Thagaard, 2018, s. 15). Bruken av fokusgrupper i denne studien ga en kombinasjon av flere synsvinkler. Videre kunne temaet studeres og beskrives på flere måter som alle var sanne ut fra sine egne forutsetninger. De ulike teoriene fra fokusgruppene ga til sammen et perspektiv som gjorde kunnskapen flerdimensjonal og innholdsrik (Aadland, 2011). De felles erfaringene deltakerne i studien har rundt fenomener innenfor kombinert rus- og familiebehandling og dobbeltrolle, har gitt grunnlag til studien for å utvikle en generell forståelse av å stå i dette arbeidet (Thagaard, 2018).

4.3 Forforståelse

Forforståelse er alt det jeg som forsker bringer med meg inn i forskningsprosjektet, som påvirker innsamling, lesing og tolkning av data (Malterud, 2017, s. 44). Forforståelse kan være både en styrke og en svakhet i et forskningsprosjekt, og den kan overskygge eller åpne opp for empirien underveis. Forskeren må ha et aktivt og bevisst forhold til sin forforståelse i forkant og underveis gjennom hele prosjektet (ibid). Egne erfaringer fra å ha arbeidet snart 8 år med rus- og familiebehandling i spesialisthelsetjenesten har gitt meg en forforståelse av at det er utfordrende å inneha dobbeltrolle i arbeidet med familier. På den ene siden skal vi som behandler hjelpe voksne pasienter til å bli rusfri, bedre foreldrekompentansen og generelt endre mye av livet de er kjent med fra før. På den andre siden skal vi kontrollere at barnet blir ivaretatt og at omsorgssituasjonen er god nok. Det blir en skvis mellom å være en hjelper og kontrollør. Jeg opplever at behandlere i noen situasjoner uttrykker faglig utrygghet i beslutninger, og saker blir snakket om i gangene i lang tid. Min opplevelse er at arbeidet med familier påvirker de ansatte både faglig, personlig og emosjonelt. Min forforståelse har påvirket valg av tema, innfallsvinklene og i noe grad spørsmålsstillingen i fokusgruppeintervjuene. Jeg var bevisst på dette og forsøkte i så liten grad som mulig å kommentere det deltakerne drøftet og stilte kun spørsmål når jeg syntes det var nødvendig. Med stor nysgjerrighet og åpenhet, samt engasjement og god veiledning, håper jeg at jeg har klart å plassere forforståelsen min tilstrekkelig til side. Studien har lært meg mye, og jeg har fått innblikk i andre faktorer og nye perspektiver enn hva jeg hadde i begynnelsen av prosjektet.

4.4 Fokusgruppeintervju

På bakgrunn av valgt problemstilling, den vitenskapsteoretiske forståelsesrammen og kvalitativ metode var fokusgrupper godt egnet som metode for innsamling av materiale. Fokusgrupper kan åpne dører til områder som er lite forsket på, og kan videre gi inspirasjon til videre problemstillinger og forskning (Malterud, 2012). Det vil ikke være et mål å komme frem til løsninger, men heller åpne opp for de forskjellige synspunktene til deltakerne (Kvale et al., 2015). I studien skal fokusgrupper brukes med utgangspunkt i Malterud (2012) og

Kvale et al. (2015) sin kunnskap og forståelse av fokusgrupper som metode. De har en åpen forståelse av hva fokusgrupper kan innebære, og vektlegger fokusgruppen som en fleksibel metode som kan tilpasses det enkelte prosjekt. Fokusgrupper er en relevant forskningsmetode for å utforske fenomener som omhandler felles erfaringer og holdninger i et miljø der flere samhandler (Malterud, 2012, s. 18).

Jeg presenterte studiens tema og problemstilling for alle deltakerne i de tre fokusgruppene. Under samtalene og diskusjonene i disse fokusgruppene kunne deltakerne gi respons på hverandres synspunkter, og gjorde at variasjonene i miljøet ble synliggjort (Thagaard, 2018). For å få en god dialog innad i gruppen, er kommunikasjon avgjørende, og jeg som moderator hadde en sentral rolle for hvilken kunnskap som ble innhentet (Malterud, 2012). Jeg hadde i forkant av samtalene utarbeidet en semistrukturert intervjujal. Denne ble ikke brukt i så stor grad, men tematikken fra malen ble viktig gjennom alle samtalene. Gjennom prosjektet ønsket jeg å utforske fenomener som gjelder felles erfaringer og forståelser fra de ansatte som arbeider sammen på en institusjon med rus- og familiebehandling. Deltakerne var alle behandlere og kollegaer på samme avdeling, og de samarbeider daglig om de samme pasientene og familiene. Samhandlingen mellom deltakerne i gruppene vil være sentral under samtalene (Malterud, 2012, s. 18). Samhandlingen og konteksten av fokusgruppene vil kunne gjøre det lettere for dem å uttrykke synspunkter innenfor tematikk som de vanligvis ikke løfter frem (Kvale et al., 2015). Kvale et al. (2015) mener at gruppesamspillet reduserer moderatorens kontroll over intervjusituasjonen (s. 180), mens Malterud (2012) mener at moderator har en mer styrende rolle enn ved et individuelt intervju. Moderatoren skal sørge for at deltakerne kommer til orde, følge med på gruppedynamikken som kan medvirke til kunnskapsutvekslingen og bidra til å holde fokus på temaet (Malterud, 2012, s. 65-66). Det empiriske materialet vil bestå av tekster fra transkriberte lydopptak fra gruppesamtalene og samhandlingen mellom deltakerne.

4.4.1 Utvalg og rekruttering

Det ble foretatt et strategisk utvalg for å rekruttere deltakere som kunne belyse temaet dobbeltrolle i rus- og familiebehandling. Et strategisk utvalg er basert på å systematisk velge

deltakere som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen for studien (Malterud, 2012; Thagaard, 2018). Utvalget av deltakere er lite siden de er valgt ut fra kun en avdeling ved en institusjon. Når utvalget er lite er det viktig at utvelgelsesprosessen er hensiktsmessig for akkurat denne studien og problemstillingen, slik at analysen gir en forståelse av de fenomenene vi studerer (Thagaard, 2018, s. 59).

Inklusjonskriteriene for valg av deltakere var:

- Jobber eller har jobbet med både rus- og familiebehandling på institusjonen i spesialisthelsetjenesten.
- Minimum ett års erfaring fra den aktuelle avdelingen, der også barna er pasienter.
- Ulike utdanningsretninger for å få tverrfaglig sammensetning av gruppene.
- Jobber klinisk med pasienter.

Eksklusjonskriterier for valg av deltakere var:

- Nyansatte.
- Ansatte i lederposisjoner.

Både pedagoger, sykepleiere, vernepleiere, sosionomer og psykologer har vært representert i fokusgruppene. Ved å inkludere flest mulig studieretninger ville det gi en økt tverrfaglighet i gruppesamtalene og gjennom dette gi studien flere nyanser og perspektiv.

For å kunne svare på problemstillingen var det viktig å velge deltakere som har erfaring med å jobbe med kombinert rus- og familiebehandling ved institusjonen. Deltakerne i studien har tverrfaglig kompetanse og har ulike roller og ansvar i behandlingsforløpet til pasientene. Utvalget og sammensetningen av gruppene er ikke spisset inn mot en bestemt rolle eller stilling, men ansatte som er en del av det helhetlige og kliniske arbeidet rundt gravide og familier på avdelingen er representert. Det er kun kvinner som har deltatt i studien, da det på tidspunktet for utvelgelse ikke var mannlige deltakere som fylte inklusjonskriteriene.

Alle de ansatte ved institusjonen var informert om studien i forkant av at de mottok invitasjon, og var godt forberedt på å bli spurt om deltakelse. Rekrutteringen foregikk ved at jeg leverte et informasjonsskriv og samtykkeskjema i en konvolutt til de deltakerne jeg ønsket å inkludere i studien (Jacobsen, 2015). Det var viktig for meg å påpeke for deltakerne at det var frivillig deltakelse. Siden jeg skulle forske på egen arbeidsplass ble det også viktig for meg å påpeke at deltakelsen heller ikke var forventet fra arbeidsgiver sin side. Deltakerne fikk også informasjon om at de når som helst kunne trekke seg fra deltakelse i studien. Deltakerne ble sikret anonymitet og konfidensialitet i all behandling og presentasjon av studiens resultater. Alle personopplysninger ble avidentifisert og anonymisert ved koding og analyse.

Malterud (2012) presenterer «Information Power» som et annet begrep enn metning som ofte brukes i kvalitative studier. Malterud mener med dette at valg av antall deltakere og antall intervju man bør ha i en studie avhenger av hvor spesifikt og relevant utvalget er for å besvare forskningsspørsmålet. Kvaliteten og mengde informasjon må altså være tilstrekkelig for å belyse problemstillingen. Dette innebærer at man underveis i forskningsprosessen kontinuerlig bør evaluere datamaterialet for å vurdere om man trenger å samle inn mer data for å belyse forskningsspørsmålet. Det er altså kvaliteten på data som vurderer om antall deltakere bør økes (Malterud, 2012, s. 37-44). Alle deltakere ble informert om at jeg etter hvert kanskje ønsket å invitere noen av de til et individuelt intervju, hvis det ble behov for mer utfyllende informasjon. Jeg ønsket å holde dette åpent og vurdere det underveis i prosessen med transkribering, koding og analyse. Jeg inkluderte to ansatte som hadde sluttet ved institusjonen i studien, og inviterte de per e-post. De har begge mange års erfaring fra arbeidet ved avdelingen, og har mange opplevelser fra både krevende og mindre krevende situasjoner i arbeidet. Jeg vurderte at deres samlede kunnskap og erfaring ville bli nyttig inn i studien om spenningsfeltet i kombinert rus- og familiebehandling.

4.4.2 Gruppene

Fra avdelingen på 20 fagpersoner, har jeg som beskrevet tidligere, foretatt en strategisk utvelging av deltakere. Det ble til slutt tre fokusgrupper med til sammen 12 deltakere. Det var to som ble invitert som ikke ønsket å delta, og en måtte avlyse samme dag.

- Gruppe 1 hadde to deltakere, gruppe 2 hadde fire deltakere og gruppe 3 hadde seks deltakere.
- Alle deltakerne var kvinner.
- Alder fra 35 år- 61 år.
- Antall år ved institusjonen: fra 1 år- 15 år.
- Grunnutdanninger: Barnevernspedagog, førskolelærer/barnehagelærer, sosionom, psykolog, vernepleier, sosialpedagog og sykepleier.
- Videreutdanninger: Veiledning, familieterapi, master i systemisk familieterapi, vold i nære relasjoner, pedagogisk prosjektarbeid, psykisk helsearbeid, spesialisering i barne- og ungdomspsykologi, spesialpedagogikk, rusavhengighet & nettverk, rusproblematikk, relasjonsterapeut, tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge

4.4.3 Intervjuene

Det ble utviklet en intervjuguide som la opp til en semistrukturert intervjustil med åpne spørsmål for å oppmuntre til refleksjoner mellom deltakerne. Semistrukturerte intervjuer gir en fleksibel struktur som åpner opp for dybde og forståelse. Det ble også brukt oppfølgende spørsmål på temaer som kunne gi en dypere forståelse av erfaringene deres og klarhet i det de uttrykte. Semistrukturerte intervjuer er preget av åpenhet når det gjelder rekkefølge og formuleringer av spørsmål (Kvale et al., 2015, s. 46). Intervjuguiden ble utformet på bakgrunn av litteratur om tematikken, samt egen erfaring fra arbeidet. Jeg etterstrebet å forme åpne spørsmål, slik at min egen forforståelse skulle påvirke svarene i så liten grad som mulig. Temaer som ble belyst i guiden var:

- Forståelse av begrepene hjelper og kontrollør; spenningsfeltet, dobbeltrolle
- Arbeidets påvirkning på samarbeid, behandling, forhold mellom behandler og pasient
- Styrker og muligheter i arbeidet
- Dilemmaer og utfordringer i arbeidet

4.4.4 Gjennomføring av datainnsamling og bearbeiding av dataene

Det kan være en utfordring at det er nære kollegaer som deltar i studien. Vi har sammen stått i mange saker og situasjoner med gravide og familier. Tematikken fra denne studien er kjent for alle i arbeidet, og har vært drøftet i ulike fora mange ganger. Samtidig kan det være en fordel i forhold til at de er trygge på å snakke og dele med hverandre og forsker, og er åpne om egne synspunkter og erfaringer. Kitzinger sier at allerede eksisterende grupper har den fordel at konteksten stemmer bedre med dagliglivets rammebetingelser, og at deltakerne da kan trekke på et større repertoar av felles erfaringer enn når de møtes som fremmede. Hvis de kjenner hverandre, er det lettere å få fri flyt i diskusjonen (gjengitt av Malterud, 2012, s. 45). Det kan være en utfordring at samtalen kan ha tendens til å følge gamle spor der deltakerne sier det de pleier å si til hverandre når et lignende tema er på banen. Dette gjør at jeg som moderator må være ekstra våken og stille kritiske spørsmål underveis (Ibid, s 46), og være bevisst på egen tilstedeværelse. Thagaard (2018) viser til at dette kan påvirke deltakernes svar og oppførsel under samtalene (s. 92).

Det ble en utfordring å finne felles tid for fokusgruppe-intervjuene. De to gruppene som inneholdt deltakere som jobber på avdelingen til daglig, skulle gjennomføre samtalen innenfor arbeidstid. Alle deltakere har travle dager, og flere har turnusarbeid. Deltakerne som hadde takket ja til deltakelse, fikk innkalling i Outlook. Her fikk jeg oversikt over hvem tidspunktet passet for. Jeg forsøkte å sette sammen grupper i forkant, for at sammensetningen skulle bli så tverrfaglig som mulig. Dette måtte endres underveis i prosessen, da oppsatt tid ikke passet for enkelte av deltakerne. På denne måten ble tid en faktor som styrte hvordan gruppene ble sammensatt til slutt. Jeg sikret at det ble en god tverrfaglighet av ulike faggrupper i alle fokusgruppene.

I forkant av fokusgruppe- intervjuene ble det utført et pilot- intervju med to tidligere kolleger. Gjennom dette intervjuet ønsket jeg å øve på rollen som moderator, men også å få innspill på hvordan spørsmålene ble oppfattet og varigheten av samtalen. Det ble en god samtale, med god flyt og godt søkelys på tematikken. Begge deltakerne kom med konkrete eksempler, delte erfaring fra sitt arbeid og hadde god oversikt over sin tidligere rolle og stilling på institusjonen. På bakgrunn av dette ønsket jeg å inkludere samtalen i studien.

Intervjuguiden ble modifisert etter det første fokusgruppeintervjuet. Spørsmålene i den opprinnelige intervjuguiden ble ikke helt dekkende i forhold til tematikken i problemstillingen. Det var mye søkelys på spenningsfelt, men det kom frem lite konkret om egne opplevelser fra dette feltet. Jeg tilførte noen oppfølgingsspørsmål som kunne bli nyttige i de neste to gruppesamtalene, og endret ordlyden på noen av spørsmålene.

I forkant av fokusgruppe to, laget jeg et skjema for opplysninger for å spare tid under selve gjennomføringen. Deltakerne fylte ut skjema etter hvert som de kom. Skjemaet inneholdt rubrikker for: grunnutdanning, videreutdanning, stilling på institusjonen, antall år ansatt, alder. Jeg hadde i forkant av de to siste fokusgruppeintervjuene avtalt å ha med en sekretær. Vi hadde et kort forberedelsesmøte i forkant av intervjuene, hvor vi avklarte roller og oppgaver. Jeg sendte også ut en påminnelse til alle deltakerne i forkant av avtalt tidspunkt for gruppeintervju. Jeg gjorde ikke så mange andre forberedelser i forkant av fokusgruppe tre. Den eneste endringen var at to deltakere måtte bytte til den siste gruppen. Den ble størst i antall deltakere, og mest utfordrende å strukturere. Det var utfordrende å holde seg til spørsmålsguide, men jeg vurderte underveis i gruppeintervjuet at dette heller ikke var nødvendig. Jeg tok flere innsjekker på at de svarte innenfor hovedtematikken.

I den siste gruppen vurderte jeg å stille flere oppfølgingsspørsmål til de deltakerne som ikke involverte seg så mye i samtalen. Jeg gjorde dette for at alle stemmer skulle bli hørt, og alle skulle få mulighet til å komme med innspill. I samtale med sekretær reflekterte vi rundt at det var stor forskjell på gruppedynamikken i de to siste gruppene. Dette påvirket spørsmålene fra meg som moderator, og også samspillet mellom deltakerne. Det ble ikke like mye taletid til hver deltaker, og jeg gjorde meg noen refleksjoner rundt behovet for å benytte meg av individuelle intervjuer i senere tid. Individuelle intervjuer ble ikke aktuelt, da jeg hadde mye nyttig materiale til studien fra alle tre fokusgruppene til sammen.

4.5 Analyse

Analysemetoden av det transkriberte materialet er inspirert av Malterud sin systematiske tekstkondensering (STK) (Malterud, 2017, s. 97-116). Metoden er deskriptiv og tverrgående og egner seg i utviklingen av nye begreper og fenomener (Ibid, s. 94- 96). Analyse består i å stille spørsmål til det empiriske materialet, systematisere data med støtte fra relevant teori og gjenfortelle svarene. Spørsmålet som stilles i problemstillingen blir tydeligere spesifisert i analysen, og datamaterialet kan vise hva som er meningsfylt og mulig å gi svar på. Jeg har et fenomenologisk vitenskapssyn for studien og ønsker å bruke STK sin trinnvise modell som anbefalt utgangspunkt (ibid, s. 97-98). Gjennom hele analyseprosessen brukte jeg en prosjektlogg. Dette var et nyttig verktøy når jeg etter hvert hadde behov for å starte på nytt og se på min egen prosess gjennom analysearbeidet. Malterud (2017, s. 53-56) oppfordrer til bruk av prosjektlogg for å se spor etter hvor jeg har vært i prosessen.

4.5.1 Transkribering

Å transkribere er å transformere noe fra talespråk til skriftspråk, eller skriftliggjøring av samtalen (Malterud, 2017, s. 77-79). Jeg brukte lang tid på transkriberingen, og ble ikke ferdig med å transkribere før nytt intervju skulle gjennomføres. Jeg brukte lengst tid på det første intervjuet, der jeg transkriberte alle ytringer ordrett, inkludert pauser og kommentarer. I prosessen videre så jeg at dette ikke var nødvendig, og utførte transkriberingene på de to siste på en litt annen måte. Jeg valgte å utelate mange av ordene som; «liksom», «på en måte», doble ytringer/ord og registrerte ikke alle pauser og kommentarer som ikke var av betydning for innholdet. Da jeg skulle starte med analysen, så jeg at dette uansett ikke hadde noe å si for den videre prosessen. Formålet med skriftliggjøringen er å fange opp samtalen slik at den formidler det som deltakeren vil meddele. Ordrett skrijving vil ikke nødvendigvis gi en god gjengivelse av samtalen og det som ble sagt (Malterud, 2017, s. 79). Jeg valgte å transkribere i bokmålsform for å ivareta anonymitet. Det er en fordel at jeg kjenner alle stemmene fra nære kollegaer. Det å kunne skille stemmene fra hverandre og identifisere hvem som sa hva gjorde at transkriberingen ble lettere. Det ble til slutt 70 sider med transkribert materiale fra tre fokusgruppeintervjuer.

4.5.2 Analysetrinnene

Analysen gjennomføres i fire trinn som utgjør hovedstrukturen i STK (Malterud, 2017, s. 98)

Disse fire trinnene er:

1. Helhetsinntrykk

I det første trinnet skulle jeg som forsker bli kjent med materialet, og lese gjennom de transkriberte sidene for å få et helhetsinntrykk og for å vurdere mulige temaer. I dette trinnet er helheten viktigere enn detaljene. I tråd med fenomenologisk vitenskapelig forståelse var det viktig å legge til side min egen forforståelse og den teoretiske referanserammen, og løfte frem problemstillingen. Jeg leste gjennom ett og ett intervju flere ganger, og skrev ned umiddelbare og foreløpige temaer underveis.

Først når hele datamaterialet var lest gjennom oppsummerte jeg inntrykket av dataene og utarbeidet foreløpige temaer jeg kunne skimte i teksten og som belyste problemstillingen. I dette trinnet kan antall temaer med fordel begrenses til 4-8. Det var hensiktsmessig å bruke god tid på dette arbeidet og motstå fristelsen for å starte systematiseringen mens jeg leste gjennom dataene. I min studie utarbeidet jeg i denne fasen 6 temaer som jeg mente kunne belyse min problemstilling: «rolle», «relasjon», «verdier», «rammer», «samarbeid» og «endringsarbeid».

2. Meningsbærende enheter

I det andre trinnet forsøkte jeg å kode og kategorisere i noe grad etter de umiddelbare temaene etter gjennomlesning av transkribert materiale i trinn 1 (Malterud, 2017, s. 101). I dette trinnet sorterte jeg 70 transkriberte sider til 30 sider med koder i ulike farger. Hensikten med dette trinnet var å organisere den delen av materialet jeg ønsket å se nærmere på, og utvikle mine hovedmønstre fra temaer til koder. Jeg brukte "klipp og sorter"-metoden og fant tekstbiter, meningsbærende enheter, som har selvstendig mening i forhold til studiens problemstilling (Malterud, 2017). Etter å ha analysert, sortert og kodet, følte jeg ikke at det ga tilfredsstillende svar på studiens problemstilling. Det var en del andre områder av ansattes arbeid med familiene som utpekte seg. Både veileder og medstudent var viktige støttespillere i denne fasen. Jeg kunne på dette tidspunktet kjenne på at min forforståelse nok satte meg inn i et spor på temaer som det var vanskelig å komme ut

av. Jeg startet hele prosessen på nytt med å endre noe på problemstillingen, og kode og sortere det opprinnelige transkriberte materialet. Dette viser at jeg ikke fikk fulgt metoden kronologisk, men at jeg flere ganger måtte gå frem og tilbake til trinnene for å få et godt resultat. Malterud (2017) beskriver dette som vanlig i en iterativ og induktiv analyseprosess (s. 115). Etter en prosess med mange ulike koder, ble resultatet:

- De ansatte opplever at relasjonene er sårbare
- De ansatte har en dobbeltrolle i en dobbel behandling
- De ansatte vil stå sammen i det vanskelige

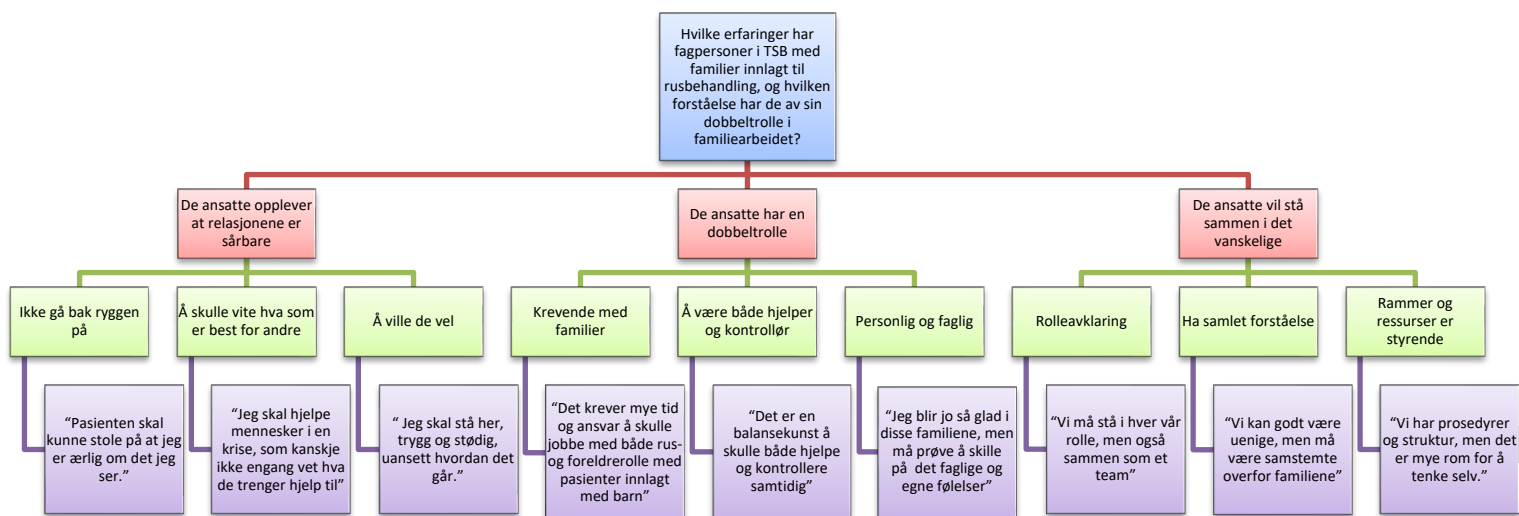
3. Kondensering

I det tredje trinnet identifiserte jeg og kodet de meningsbærende enhetene sammen. Også i dette trinnet gikk jeg tilbake til trinn to for å vurdere hvor de meningsbærende enhetene passet inn. Jeg sorterte materialet fra kodegruppene til tre subgrupper under hver kode, før jeg laget kondensater. Subgruppene dannes ut ifra det faglige perspektivet og ståstedet man har når man leser materialet (Malterud, 2017, s. 106). Videre i dette trinnet laget jeg et kunstig sitat i jeg- form for hver subgruppe. Kondensatet skal være så tekstnært som mulig, og gjenspeile deltakernes stemmer fra intervjuene. Det skal synliggjøre fenomenet som subgruppen forteller om. "Gullsitatet" som blir konstruert for hver subgruppe vil bli brukt som presentasjon av funnene (Malterud, 2017, s. 107-108).

4. Syntese

I det fjerde trinnet skal alle bitene fra de andre trinnene settes sammen til ny tekst. Her ble kondensatene brukt til å lage en analytisk tekst, i 3.- persons formen, for å gjenfortelle det deltakerne forteller til ny kunnskap. Jeg vurderte kondensatene fra forrige trinn opp mot det transkriberte materialet, for å rettferdiggjøre deltakernes stemmer (Malterud, 2017, s. 108-109). "Gullsitatene" ble brukt som overskrifter for egne avsnitt i presentasjon av funnene.

Etter mange runder frem og tilbake i trinnene for STK, kunne jeg oppleve viktigheten av å systematisk analysere transkribert materiale. Underveis i prosessen laget jeg både skjema over analyseprosessen og en figur over koder og subgrupper. Figuren vises under:



4.6 Etske overveielser

Etske overveielser er en forutsetning for et godt samarbeid mellom de som foretar studien og deltakerne (Dalland, 2017, s. 236), og i en forskningsprosess kan man møte på etske dilemmaer. De som forskes på, deltakerne i fokusgruppene, kan oppleve brudd på personlig integritet (Jacobsen, 2015). Jeg har gjennom hele prosjektet fulgt de forskningsetiske retningslinjer som foreligger og har tatt hensyn til både personer, grupper og institusjon, og det forskersamfunnet som påvirkes av min forskning (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Jeg meldte inn forskningsprosjektet til Norsk senter for forskningsdata (NSD) for gjennomgang og kontroll, og fikk prosjektet godkjent den 07.07.22, ref.nr. 403533. Dette vil sikre at prosjektet følger lovverk og etske normer for forskning (Jacobsen, 2015). Jeg benyttet meg av diktafon-app knyttet til Nettskjema (Universitetet i Oslo) og Office 365 OneDrive for oppbevaring av det skriftlige materialet. Studien ble gjennomført i henhold til Helsinkideklarasjonens forskningsetiske prinsipper (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014). Repstad (2007) påpeker at man som forsker på egen arbeidsplass kan ha tendens til å kvalifisere informasjonen som framkommer i forskningsintervjuet i stedet for å gi presise beskrivelser sett fra deltakerens synspunkt. Dette kan bli en utfordring for meg som forsker på egen arbeidsplass og innenfor tematikk som jeg til daglig jobber med. Et helt sentralt etske krav til min undersøkelse vil derfor være å gi deltakernes virkelighet, fortrinnsrett og gyldighet. Det vil være viktig å både være kritisk og å ha en åpenhet over

hvordan mine egne verdier og holdninger kan påvirke valg, både i valg av problemstilling, metode, funn og analyse, tolkning og behandling av innsamlet materiale (Jacobsen, 2015). Jeg har lagt vekt på å forstå deltakerne og deres erfaringer, og har i analyseprosessen ønsket å ha en helhetlig forståelse. Presentasjonen av funnene som kom frem av studien vil det kunne bli knyttet etiske dilemmaer til (Thagaard, 2018, s. 167). Min tolkning og forståelse kan være ulik deltakernes, noe som ble et viktig aspekt å være bevisst på for meg gjennom analyse og presentasjon av resultater. Det har også vært viktig for meg å ha godt søkelys på anonymisering. Hele prosjektet er basert på kun én institusjon og én avdeling, noe som gjør det sårbart for gjenkjenning. Anonymiteten vil være ivaretatt utad, men innad på institusjonen vil noe kunne være gjenkjennbart for kollegaer. Dette har jeg vært bevisst på i min presentasjon av resultater, hvor det har vært viktig å ivareta hver enkelt sin integritet. På den andre siden har jeg ønsket å fremstille resultater ut ifra det som er formidlet av deltakerne, for å gi et så riktig bilde av erfaringene som mulig.

4.7 Reliabilitet, validitet og overførbarhet

Reliabilitet og validitet er viktig gjennom hele forskningsprosessen, og handler om at metoden skal undersøke det den er ment å undersøke (Kvale et al., 2015, s. 281). Valgene forsker tar gjennom forskningsprosessen påvirker forskningsresultatet. Det er viktig at jeg som forsker tar stilling til om materialet svarer på de spørsmål som er stilt og være bevisst eventuelle feilkilder og svakheter ved studien. Innen kvalitativ forskning anvendes gjerne begrepene pålitelighet og troverdighet som synonym for reliabilitet og validitet, da det kan være mer forenelig med et kvalitativt forskningsperspektiv.

Begrepet reliabilitet er knyttet til spørsmål om forskningen er pålitelig og troverdig (Thagaard, 2018, s. 19). Reliabilitet handler om at forsker må redegjøre for at undersøkelsen er utført på en måte som er tillitvekkende. Det er kvaliteten på arbeidet som vurderes når man tar stilling til om forskningen er pålitelig. Reliabiliteten avhenger av hvor godt en kan skille på egne observasjoner og vurderinger, og det deltakerne beskriver (Thagaard, 2018, s. 181). Pålitelighet innebærer hvordan data samles inn, bearbeides og hvilke data som anvendes. Med en fenomenologisk tilnærming kan jeg som forsker kun forholde meg til

fagpersonenes uttalelser, oppfatninger og forestillinger som kommer fram i fokusgruppeintervjuene. Jeg har ikke mulighet til å kontrollere om det som blir sagt stemmer overens med det som faktisk hendte i den gitte konteksten der fenomenet ble opplevd. Det er fagpersonenes subjektive opplevelser som står i fokus for forskningen, ingenting er rett eller galt, selv om andre kan ha andre opplevelser i relasjon til det samme fenomenet. I denne studien har jeg forsøkt å møte kravet om pålitelighet ved å redegjøre for valg av metode, utfordringer gjennom prosessen, valg og kriterier, samt for min forforståelse, refleksjoner, tolkninger, epistemologiske ståsted og faglige tilnærming. Det er blitt beskrevet forskning og teori som er valgt for denne studien. Jeg har ønsket å beskrive prosessen rundt studien så godt det lar seg gjøre, og målet har vært å være så transparent som mulig. Jeg bringer også med min egen forforståelse, samt egne tolkninger av fagpersonenes beskrivelser. Den kvalitative forskningsmetoden vil på den måten være både verdiladet og kontekststøttet, og en annen forsker vil ikke kunne duplisere min forskning. Fokusgruppeintervjuene foregikk i trygge omgivelser på deltakernes arbeidsplass, i grupper med andre de er vant til å reflektere faglig sammen med. Det er grunn til å tro de ville gitt omtrent de samme svarene dersom jeg hadde gjennomført studien på nytt.

Begrepet validitet er knyttet til om forskningen er gyldig (Malterud, 2017, s. 192; Thagaard, 2018, s. 19). I følge Thagaard (2018) er det viktig som forsker å forholde seg kritisk til egne tolkninger og refleksjoner, og en studies resultat bør kunne bekreftes med annen forskning for å være gyldig. Gjennom forskningsprosessen har jeg vært transparent i forhold til valg av tidligere forskning, mine egne tolkninger og hvordan jeg som forsker kommer fram til en forståelse og resultat (s. 189). Validitet sier noe om kunnskapens gyldighet. Ifølge Malterud (2012) kan en sjeldent svare ja eller nei på om funnene i en studie er en sannhet. Det er viktigere at jeg som forsker kan gi en begrunnelse av hva den sier noe om (s. 132). Gjennom oppgaven har jeg forsøkt å være tydelig på hva som er funnet i forskning, hva som er teori og hva som er mine egne tolkninger og refleksjoner. Jeg gjorde en grundig analyseprosess, leste gjennom flere ganger og analyserte materialet flere ganger. Det var viktig for meg i den prosessen at alle deltakernes stemmer kom frem og at felles holdninger og refleksjoner ble gitt størst plass. Gjennom de ulike fokusgruppesamtalene så jeg viktigheten av at jeg ikke stilte for mange spørsmål, men lot deltakerne snakke fritt om det

som ble viktig for dem innenfor tematikken. Det førte til at jeg gjennom analyseprosessen så nødvendigheten av å endre på problemstillingen.

Begrepet overførbarhet er knyttet til vurdering om forskningen kan sees og gjelde i andre sammenhenger eller om den kun er basert på den enkelte undersøkelse (Thagaard, 2018, s. 19). I denne studien har jeg forsøkt å foreta forsiktige tolkninger av materialet jeg har. Tolkningene bærer mer preg av refleksjoner enn konkrete slutninger. Tolkningen i studien kan være med på å utvide en forståelsesramme og brukes i videre undersøkelser. På bakgrunn av begrenset forskning på gravide og familier med barn innlagt til rusbehandling, vil jeg tenke at studien har relevans. Relevans sier noe om prosjektet tilfører noe nytt i forhold til det vi vet fra før, og om andre kan bruke vår innsikt til noe nyttig og viktig (Malterud, 2017, s. 22). Denne studien tar for seg et utsnitt av en mangfoldig og sammensatt virkelighet. Jeg har gjennomført tre fokusgruppeintervjuer med 12 fagpersoner som jobber på samme institusjon. Den informasjonen de gir er representativ for dem selv og ingen andre, og kan begrense overføringsverdien til andre institusjoner i tilsvarende behandling. Deltakere som har samme arbeidssted, kan øke muligheten for at svarene i fokusgruppene kan bli preget av interne sosiale forhold og prosesser. Et begrenset antall deltakere gjør at det ikke kan trekkes generelle konklusjoner. På grunn av et lite utvalg deltaker fra samme arbeidsplass kan metodene i denne studien ikke gi en umiddelbar generalisering av resultatene. Den kan gi en økt forståelse av fenomener som kan overføres til andre kontekster. Deltakernes beskrivelser i fokusgruppene er varierte, og man kan spørre seg om det er riktig å behandle deres erfaringer som representanter for de samme fenomenene. Jeg vurderer at beskrivelsene er detaljerte nok til å gjøre vurderinger av relevans for andre kontekster. Det må anses som en styrke at studien har et forholdsvis omfattende datamateriale der deltakerne var erfarne fagpersoner som daglig arbeider med familier innlagt til rus- og familiebehandling.

4.7 Metodiske overveielser

Denne studien er basert på en kvalitativ undersøkelse som gir et innblikk i et utvalg fagpersoners erfaringer med foreldre og barn innlagt til langtids rusbehandling, og forståelse av sin dobbeltrolle. Valget om å forske på egen arbeidsplass kan være en styrke og en utfordring. Fordelen er at jeg er godt kjent med strukturen i arbeidshverdagen, og at jeg

kjenner til kulturen som kommer til uttrykk i tankesett og språk. Kvale et al. (2015) sier at dersom forsker oppholder seg i det miljøet der intervjuene skal foretas, blir forskeren innført i den lokale sjargongen, lokale rutiner og maktstrukturer (s. 108). Forforståelsen min og nærheten til tematikken kan ha bidratt til å påvirke valg av forskning og teori, og valg av tema og spørsmål i den semistrukturerte intervjuguiden. Nærhet til temaet anser jeg både som en styrke og som en utfordring. Nærheten er en styrke som øker engasjementet og ønsket om å bidra med kunnskap. Jeg ser at nærheten har vært en utfordring fordi den kan ha hindret meg i å oppdage nye perspektiver. Forforståelsen kan også ha preget gjennomføringen og tolkningen av fokusgruppeintervjuene. Det som kom frem av deltakernes erfaringer, er i noen grad styrt av vinklingen jeg hadde på temaet i intervjuene. Datamaterialet vil i tillegg bære preg av deltakernes egen forforståelse, som gjør deres erfaringer subjektive og unike. Jeg har gjennom hele prosessen forsøkt å holde meg objektiv og nøytral til deltakernes stemmer og utsagn, slik at studien skulle bli så valid som mulig. Analysen er preget av mine tolkninger, og lite erfaring med analysearbeid og forskning vil også påvirke resultatene. Det kom til et punkt i analyseprosessen hvor jeg måtte erkjenne at forforståelsen preget meg i stor grad. Jeg valgte da å endre problemstillingen til å bli mer åpen, og startet analysearbeidet på nytt. Det var en god avgjørelse for den videre forskningsprosessen.

Svakhetene ved valgte forskningsdesign på studien er at utvalget av deltakere er for lite til å kunne representere et utvalg av populasjonen, som gir svakheter i generalisering.

5 Presentasjon av resultater

I denne studien har det vært ønskelig å belyse erfaringene ansatte i TSB har med familier innlagt til langtids rusbehandling, og hvilken forståelse de har av dobbeltrollen de har i dette arbeidet. Det er flere interessante temaer som har utpekt seg gjennom analysen av datamaterialet som kan gi en forståelse av hvordan det er å være en behandler i kombinert rus- og familiebehandling. Gjennom analysen kom det fram tre kodegrupper som er relevante for å forstå hvordan de ansatte erfarer hva som er viktig for møtet med og behandlingen for alle i familien. Resultatene blir presentert gjennom de tre kodegruppene, hver av de med tre subgrupper. Se figur under.

Av hensyn til konfidensialitet og gjenkjennelse har jeg valgt å presentere resultatene fra fokusgruppene som helhet. Sitatene blir kun referert til som «en deltaker», uten å kunne identifisere hvem som har sagt hva i de ulike gruppene.



5.1 De ansatte opplever at relasjonene er sårbare

Deltakerne i alle tre fokusgruppeintervjuene trekker frem at det å få en god relasjon til pasienten er viktig for behandlingen. De forteller om hva som har vært viktig for å få god

relasjon, og også at det i mange tilfeller blir relasjonsbrudd med foreldrene. Disse bruddene har ofte oppstått i vanskelige saker der det har vært stor grad av bekymring for barnet på grunn av at det ikke er godt nok foreldreskap. Noen av disse bruddene lar seg reparere mens andre ikke.

5.1.1 «Pasienten skal kunne stole på at jeg er ærlig om det jeg ser»

For at de ansatte skal få en god relasjon til pasienten, er det flere egenskaper og holdninger som deltakerne mener er fremtredende. De oppgir at det å være åpen og ærlig som viktige faktorer. En av deltakerne sier:

For meg blir det veldig viktig å være så åpen som mulig. Og jeg pleier alltid å si det til pasientene mine i noen av de første samtalene. At jeg prøver å være så direkte som overhodet mulig om alt jeg lurere på [...]

Noe av bakgrunnen for at de ønsker denne åpenheten er at pasientene ikke skal tro at det skjer noe bak ryggen på dem, som for eksempel at informasjon og bekymringer blir delt med barneverntjenesten. En av deltakerne sier at dette kan handle om den rollen de har, hvor de både skal hjelpe og kontrollere, inkludert å vurdere at omsorgen er god nok for barnet. Hun trekker frem «Åpenhet, altså nå går jeg kanskje rett til kjerneproblematikken da, men det der med å skape tillit, altså til at vi skal prøve å hjelpe dem samtidig som vi har den rollen vi har da. Hvor det ikke alltid går». Dette viser at det er utfordrende å skape tillitsfulle relasjoner til pasientene fordi pasientene er redd for hva som kan skje videre. Det at det ikke går handler om at foreldrene kan miste omsorgen for barnet sitt. Videre sier deltakerne at ærlighet også kan være vanskelig, fordi pasientene selv ikke har den samme innsikten i vanskene eller bekymringene. En deltaker beskriver:

[...] en møysommelig prosess, som må få lov til å gå litt i takt. For det handler jo om at foreldrene må jo også gradvis gjøre seg noen oppdagelser, både om seg selv og også om relasjonen og så videre. Så det der å være ærlig, men noen ganger så kan, ærlighet når det er fryktelig dårlig, så kan det også være (...) vippe folk helt av pinnen. Så det er en balansegang som er ganske vanskelig der synes jeg.

Denne balansegangen er det flere deltakere som trekker frem som utfordrende. De opplever mange ganger at det å tilbakemelde alle vurderinger som foreligger kan gjøre relasjonen sårbar og pasientene kan oppleve seg sviktet. Dette kan påvirke behandlingen og det kan gjøre det vanskelig å komme i en god hjelperposisjon for de ansatte. Mange ganger kan det handle om hvordan de formidler det som er vanskelig og hvordan pasientene føler seg ivaretatt i situasjonene:

Så er det den balansegangen på å være en støttespiller og også være en som sier ifra når ting ikke er greit. I forhold til relasjonen og sånne ting. Som er en balansegang synes jeg. Som kan være utfordrende da. Og så er vel min erfaring at der man klarer å være ærlig om hva man tenker og hva man ser og samtidig vise omsorg. Så pleier det å funke i de fleste tilfellene.

Dette viser at godhet for pasientene og det å være i en relasjon med mye omsorg påvirker hvordan det blir tatt imot. Deltakerne oppgir at pasientene må føle at den ansatte er der for de uansett, på godt og vondt. En av deltakerne sier på en annen side at det å vente med å gi tilbakemeldinger eller vurderinger kan gjøre at det føles større enn det er og at det også påvirker henne. Hun sier «[...] jo lenger du venter med å ta opp det som for eksempel oppstår, jo større blir det. [...] Hvis ikke jeg tar ting med en gang, så blir det så utrolig svært». Alt som blir gjort av observasjoner og vurderinger blir dokumentert i journal og pasientene har innsyn i sin egen og barnets journal. Det er også medvirkende til at deltakerne ønsker stor grad av åpenhet. Noen ganger ønsker pasientene å lese det den ansatte har skrevet, andre ganger innhenter barnevernet informasjon. Flere av deltakerne trekker frem at det da oppleves falskt og vanskelig hvis denne informasjonen ikke er gitt i forkant. En av deltakerne sier om dette:

[...] veldig sånn tydelig alle de tingene som du skriver i en journal da. Da sitter det jo plutselig en person som har fått hele journalen sin skrevet ut. Det kan føles ubehagelig, de tingene som du ikke har sagt direkte, så står det et sted.

Deltakerne forteller at det mange ganger ikke lar seg gjøre å være åpen, ærlig og tydelig nok. Pasientene virker ikke til å forstå graden av bekymring uansett, eller de klarer ikke å ta inn over seg hvordan det faktisk er og konsekvensene av det. En av deltakerne forteller at hun har sagt til pasienter at hvis hun skal ringe barnevernet så får pasienten vite dette i forkant. Hun oppgir videre at dette likevel ikke lar seg gjøre i alle tilfeller, spesielt der barnevernet har bestemt omsorgsovertakelse for barnet. Dette viser at pasienten ikke alltid kan stole på at de får all informasjon eller at ting ikke skjer bak ryggen på dem. Deltakerne fastholder at dette vil være det beste for barnet, og det må gå foran relasjonen til forelderen. Flere av deltakerne oppgir at åpenhet og ærlighet opp mot det å være i en relasjon med pasienten er et dilemma. Det er en balansegang om de skal ha omsorg for pasienten og være sammen med pasienten på turer og i hjemmet, samtidig som at de må varsle hvis ting ikke er bra for barnet. En av deltakerne sier:

Man kjenner jo på det som hjelper, at man skal være en støtte for henne og dra henne. Samtidig som du også ser at det er ting som ikke er greit, og det kan på en måte ikke fortsette. Hun ønsker seg jo at jeg bare skal si at dette får du til, dette kommer til å gå bra. Og så kan jeg ikke det. Så det er jo noen dilemmaer som vi må leve med på et vis.

Samtlige deltakere trekker frem at det alltid er barnets beste som er rådende, og at alle vurderinger som blir gjort har dette som fokus. De ansatte velger barnets beste foran foreldrenes beste, også selv om det vil føles som et svik og tillitsbrudd fra den voksne pasienten/ forelderen.

5.1.2 «Jeg skal hjelpe mennesker i en krise, som kanskje ikke engang vet hva de trenger hjelp til»

Det kommer frem av intervjuene at deltakernes syn på behandling er at den er frivillig, men samtidig ikke nødvendigvis frivillig. En av deltakerne sier at det kan benevnes som frivillig tvang. Deltakerne sier at dette kan handle om at mange av pasientene kommer dit med kniven på strupen. Konsekvensene av å ikke legge seg inn til behandling vil være at barnevernet tar omsorgen for barnet. En av deltakerne viser til hvordan dette påvirker

behandlingen med «Det er et vanskelig utgangspunkt for samarbeid, når man ikke vet at man skal samarbeide om det. Og føler at det er veldig utrygt da. Frykten for å ikke få det til og frykten for barnevernet.» Videre sier flere av deltakerne at i begynnelsen vil behandling være å hjelpe noen som kanskje ikke vil ha den hjelpen. Veien videre vil da være at de ansatte må finne ut hva slags hjelp de egentlig trenger:

[...] ikke alltid det er helt sånn avklart at de vil være der, ikke sant? Fordi kanskje de ikke vil slutte å ruse seg, kanskje de ikke vil ha barn. Kanskje de (...) Det er veldig mange ting som er helt krasj, da, og så skal vi hjelpe de å stable på plass et liv som de ikke kjenner og kanskje ikke vet at de ønsker seg en gang.

Deltakerne forteller at mange av pasientene med barn kanskje ikke alltid har erkjent utfordringene de har og at rusen ikke har påvirket omsorgsevnen. De har da en forventning om at det kun er behandling for rus de skal ha og ikke hjelp til foreldrerollen. Deltakerne ser at pasientene er i en presset situasjon når de kommer i behandling ved at frykten for å miste barna sine er styrende for at de blir innlagt i utgangspunktet. De ønsker kanskje ikke å være der, eller tenker at de trenger behandlingen. Mange av pasientene har vært i behandling tidligere og har også hatt samarbeid med barnevernet over tid. De har erfaring på hva behandlere forventer, og gjør det som blir fortalt uten at de nødvendigvis er enig eller ønsker å endre praksis. En av deltakerne sier at (om foreldrene):

[...] komme i den posisjonen hvor de ikke går etter oss og gjør bare det vi sier fordi de vil beholde barna. Hvordan det er å jobbe med at de vil gjøre den endringa sjøl da. Ikke sant? For de skal jo ikke endre for vår del, for at da blir det jo ikke noe bedre. Da kommer man jo ut etter endt behandling og kan gjøre akkurat hva du vil, altså da mister man jo læringa.

Deltakerne sier at de jobber mye med å øke pasientenes forståelse av at det å jobbe med foreldrerollen kombinert med rusbehandlingen er viktig. Dette kan handle om hvordan rusproblemene har påvirket alle områdene av familielivet. En av deltakerne forteller fra sitt arbeid at foreldre kan ha forståelsen av at:

Barnet mitt har aldri sett meg ruse meg, for jeg har alltid rusa meg når de har lagt seg eller sto bare opp og pussa tenner, lissom. Ja, men det å på en måte innse at barnet mitt har faktisk vært en del, da, av rusproblematikken min.

Deltakerne nevner i flere sammenhenger at rusproblemer påvirker områder som økonomi, bolig og boevne, sosialt liv og nettverk, struktur og rutiner, samspill og tilknytning, emosjonell omsorg, kriminalitet og psykisk og fysisk helse. En deltaker påpeker at: «[...] den der sammenhengen mellom rusproblematikken og foreldrerollen. At det faktisk er, ja, de henger sammen da. Det er komplekst, det er jo ikke sånn at du kan skille de to funksjonene fra hverandre». Videre sier en deltaker at «[...] så går det jo ofte seg til, fordi at folk skjønner kanskje etter hvert når det har vært stabilt og de har vært rusfri over tid. At de ser sjøl hvor mye de egentlig trenger hjelp til, da». Dette kan vise til at døgntilrettelegging over tid er virksomt. Det krever tid til erkjennelse, forståelse, stabilitet og endring.

Det kommer frem fra flere av deltakerne at de ønsker å hjelpe pasientene til å bli den beste utgaven av seg selv og at de skal hjelpe de å mestre mange områder av livet. De må hjelpe foreldrene til å forstå at det å mestre disse områdene av livet må til for å kunne være en god nok forelder. En deltaker sier i denne sammenhengen:

[...] ikke det at man skal forvente at alle skal bli helt perfekte og fikse alt på egen hånd, men at man hvert fall får kartlagt hva de trenger hjelp med, for å få det til, og så er det kanskje sårt og da. Å innse at jeg kommer aldri til å klare å betale de regningene på egenhånd. Jeg må ha en verge. Det er jo en lang vei å gå for mange. Innse at man trenger mer hjelp igjen til å fikse de tingene.

Deltakerne sier at behandlingen er en møysommelig prosess og at dette endringsarbeidet tar tid. Det kan være vanskelig for foreldrene å åpne seg opp og stole på den hjelpen som gis. Det de forteller og gjør kan få konsekvenser for både de selv og familien. De kan føle at det ikke lønner seg for de å være ærlig med de ansatte, at det kan bli brukt mot dem. Flertallet av deltakerne melder om en stor motivasjon og et stort engasjement med å skulle

hjelpe disse familiene og at de er heldige som får bidra til dette endringsarbeidet. Flere deltakere sier at de ønsker det beste for barna og at behandlingen kan være med på å gi barna mulighet til å vokse opp med sine foreldre. En deltaker sier at (for forelderen):

[...] hele tiden handler det om å motbevise ting. Så det å tillate seg å åpne opp. For alt du sier eller gjør kan bli brukt mot deg, på en måte. Det er tøft å stå i, men man må være veldig tålmodig. Jeg ønsker jo at ting skal gå fortere, men det nytter jo ikke. Det er som det er. [...] ha en forståelse for mennesket, at dette er vanskelig og tøft.

5.1.3 «Jeg skal stå her, trygg og stødig, uansett hvordan det går»

Det kommer frem av intervjuene at de ansatte er opptatt av å bygge relasjoner til pasientene og at de ønsker at pasientene skal være trygge på behandlerne. En deltaker uttrykker dette med: «[...] og det å investere i relasjonen, sånn at de faktisk får lov til å få muligheten til å bli trygg. Bli sett for det menneske man er, når du kommer inn. Og ikke bli dømt». De ønsker at pasientene skal kunne få en opplevelse av å stole på endringsarbeidet og at det er mulig å endre. Pasientene skal få hjelp til å se at det kan være annerledes denne gangen. En deltaker sier om sin relasjon til pasientene at:

[...] få den tryggheten da, og tilliten. Vite at jeg står der, vite at jeg tåler deg. Tåler uttrykkene, klarer å se bakenfor symptomene. Og der tenker jeg hjelperrollen er, det å på en måte skjønne at vi kan stå sammen med.

Resultatene viser at hjelperrollen er kompleks. De ansatte skal bli kjent og bygge relasjon, samtidig som de skal bidra til at det skjer en utvikling. Flere deltakere kunne fortelle at det ofte kan skifte litt på hvem pasientene har en god relasjon til og ikke. Dette kan henge sammen med hvem som kommer med tilbakemeldinger til pasientene, og da særlig i saker med bekymring rundt omsorgssituasjonen:

Man har de svarte og man har de hvite. Jeg tenker at det er superviktig at pasienten alltid har noen som de på en måte har relasjon ..., altså er trygge på. Og så må vi tåle å være de som ikke er de hvite òg.

De ansatte må kunne være i både gode og mindre gode relasjoner med pasientene.

Pasientene kan oppleve det som et svik eller et tillitsbrudd hvis den informasjonen de har gitt til behandler i fortrolighet, blir formidlet videre. Pasientene forstår ikke alltid at alt de sier og gjør blir dokumentert og kan også bli informert om videre til barnevernet. En deltaker kan fortelle at:

[...] hatt noen gyldne øyeblikk, hvor du på en måte har fått mye informasjon. Hvor de har delt mye som ligger langt inni der. Og det har de gjort da, med tanke på at du er en hjelper. Og i det man er inne og kontrollerer etterpå, så kan de jo føle seg sviktet.

Det er viktig for de ansatte å hele tiden fortelle pasientene hva som skjer og være ærlig med de underveis i behandlingsforløpet. Dette tenker deltakerne føles trygt for pasientene. Dette kan også i mange tilfeller føre til at brudd i relasjoner blir reparert. Pasientene er trygge på at behandler er der for de uansett hva som skjer. Flere deltakere tenker at det kan være hjelpsomt å ha søkelys på mestring og være observante og se hva pasientene kan få til. En deltaker sier:

Man kan utstråle en slags sånn trygghet i det. Hvis vi blir veldig usikre og utrygge og vaklende, så blir vi ikke nødvendigvis så gode hjelpere. Så hvis vi er veldig sånn stødig og trygge og tydelige da, så er det hvert fall hjelpsomt.

Videre kan flere av deltakerne se dette i sammenheng med å være forelder. Det er viktig at forelderen har med seg en trygghet og ro i den hjelpen de føler at de får, at det ikke er godt som forelder å være fylt av stress. Dette kan påvirke hele omsorgssituasjonen til barnet også, samtidig som det påvirker egen behandling. Flere deltakere tenker at pasientene kan tåle mye hvis de føler at de ansatte vil familien vel, at intensjonene er gode og at de ønsker at familien skal klare det. En deltaker sier at «For enhver så gjelder det vel litt det og så bli behandlet med respekt, og bli møtt på en ordentlig måte, føle at man på en måte har en verdi».

5.2 De ansatte har en dobbeltrolle

Deltakerne fra fokusgruppene snakker om dobbeltrollen de har inn i familiene. De skal være en hjelper for både voksne og barn, og samtidig vurdere og kontrollere om omsorgssituasjonen er god nok for barnet. De ansatte trekker frem at det er krevende å skulle jobbe med både rus- og familiebehandling, både for ansatte og pasienter. Det krever høy grad av profesjonalitet og de må mange ganger legge egne følelser til side.

5.2.1 «Det krever mye tid og ansvar å skulle jobbe med både rus- og foreldrerolle med pasienter innlagt med barn»

Det kommer frem fra deltakere i alle gruppene at det er både krevende og spennende å jobbe med familiene som er innlagt. Flere oppgir at dette dreier seg om tid, ansvar og at det blir generelt mer jobb. En deltaker uttrykker det slik:

Jeg opplever jo at det er utfordrende å jobbe med nettopp symptomer på rusavhengighet, og skulle være en god nok foreldre. Og det å på en måte skulle jobbe med det parallelt, er jo veldig sånn heftig. Både for pasienten og for arbeidsteamet rundt.

Deltakerne forteller at pasientene med barn ikke alltid har den samme forståelsen for sine utfordringer i foreldreskapet, og kan mene at det kun er rusavhengighet de er innlagt for. Ulik forståelse kan gjøre det vanskelig for de ansatte å komme i posisjon til å veilede og jobbe med endringsprosessene. Flere deltakere peker på viktigheten av å ha balanse i relasjonen. En deltaker sier:

De har jo sin historie med seg. Fra sin oppvekst. Og så gjør de allikevel noe som er litt annerledes, og som kanskje får de til å tenke at jeg er jo mye greiere med barnet mitt enn det mine foreldre var med meg. For jeg er jo ikke så dårlig foreldre. Så det å skulle gå inn å veilede. Relasjonen skal være veldig god da.

En deltaker sier at relasjonen blir mer sårbar fordi den blir utsatt for mer konfrontasjon. Det er flere ting som de må si ifra om til foreldre som behandler. Flere deltakere trekker frem at de i utgangspunktet ikke søkte å jobbe med familier. De søkte jobb i rusbehandling, og visste ikke at jobben innebar å jobbe med familiearbeidet. Det har tatt litt tid for flere av deltakerne å bli trygg på denne jobben og ansvaret som følger med å jobbe med familiene og barna. En av deltakerne kan fortelle at:

Du blir jo involvert uansett. Så det har tatt litt tid. Det går greiere nå, synes jeg. Men jeg kjente, kanskje det første året, at det var veldig spesielt å være den, både den kontrolløren og den omsorgspersonen for mor og overfor barn.

Flere deltakere kan også fortelle om stor motivasjon for å jobbe med både voksne og barn. De synes det er spennende å være en del av endringsprosessene til alle medlemmene i familien. En deltaker forteller at hun har hjerte for barna, og at behandlingen kan bety den store forskjellen i resten av deres liv. En deltaker forteller om hvordan det er å jobbe med forelderen:

Det er jo vanskeligere hvis den mammaen eller pappaen er ganske dårlig. Og da kommer jeg litt tilbake til det jeg tenkte i første når jeg jobbet her, at hvorfor skal de barna være her når foreldrene er så dårlig fungerende? Men det blir mer krevende for oss, og for dem selvfølgelig.

Det er komplekst i å ivareta både foreldre og barn. Deltakerne er enige om at det er fint å jobbe med familier når alt er bra og det ikke er stor bekymring for omsorgssituasjonen til barnet. Bekymringer for barnet i familien øker ansvaret og arbeidsmengde for alle behandlerne, og det påvirker relasjonene til foreldrene. En deltaker sier noe om forskjellen på være behandler for pasient med og uten barn slik:

Man kan gjøre veldig mange bra ting, men at det ikke er bra nok akkurat i forhold til å ta vare på et barn 24-7. Det er jo mange nyanser der. [...] Men det er lettere når du ikke har en pasient som har barn, å plukke frem de små tingene.

Det var flere deltakere som påpekte den store jobben foreldrene gjør når de er innlagt til behandling. Det står stor respekt av dem å jobbe for å bli rusfrie og samtidig få til foreldrerollen på en god måte. Det kreves mye ansvar av pasientene og av de ansatte som skal hjelpe dem for å få det til.

5.2.2 «Det er en balansekunst å skulle både hjelpe og kontrollere samtidig»

Deltakerne forteller om pasienter som er redde for å bli kontrollert og at det er mye utrygghet og spenning knyttet til det. Flere deltakere påpeker at det har blitt noen endringer i løpet av de siste årene når det gjelder å gi tilbakemeldinger til pasientene om det de ser. En deltaker uttrykker at det kan være vanskelig for foreldrene å vise hvem de er, i den pressede situasjonen de er i:

[...] vi har tenkt at her er relasjonen utrolig viktig. For hvordan skal du klare å vise hvem du er da, i en stressa situasjon? Hvilke forutsetninger har du for å vise potensialet ditt? Når du går rundt og er sååå redd. Og kjempeensom. Du er liksom plassert i en leilighet og skal være der. Og så skal du gå rundt og lure på; når kommer de neste gang? Da er det sikkert feil alt det jeg gjør.

Deltakerne opplever at de i større grad enn tidligere er transparente med foreldrene. De forteller det de ser og tilbakemelder vurderinger raskere. Foreldrene er kjent med hva som skal observeres, hva de må jobbe med og hva som er målene med behandling. Flere deltakere sier at det ikke lar seg gjøre å ta bort frykten for å bli observert, men at det ukjente momentet med når, hvem og hva kan tas bort. Flere deltakere sier noe om hvor vanskelig det kan være å være i dobbeltrollen.

Det har blitt litt sånn, okay, i det ene øyeblikket skal jeg hjelpe deg, i det andre øyeblikket så er jeg kontrolløren. Så det synes jeg har vært utrolig vanskelig. I hvert fall når det har vært alvorlige saker da. Så skal du formidle at det her er jo kjempealvorlig samtidig skal man ivareta den voksne.

Grensen mellom hjelper og kontrollør er hårfin, og det kan være utfordrende for de ansatte å skape nok distanse. Deltakerne forteller at dette nok kan handle om at de skal hjelpe pasientene med ting som de ikke vet de trenger hjelp til en gang. Deltakerne sier at det er veldig utfordrende når det ikke går bra, og at det er vanskeligere å være kontrolløren enn å være hjelperen. Å være en hjelper kan være en veldig takknemlig jobb. Deltakerne sier at de som hjelpere kommer veldig nær pasientene, men at det å kontrollere skaper distanse. De blir kontrollører som sjekker om det er bra nok eller ikke. Det blir i mange saker vanskelig å være en hjelper som skal jobbe for få det til å fungere for familien, når de ser at det foreldrene gjør ikke fungerer. Flere deltakere sier at det i de situasjonene skal mye til for at pasientene skal se på det som hjelp. En deltaker uttrykker dobbeltrollen slik:

For du ber de om å ha tillit, kom til oss når du har det vanskelig. Du må tørre å si ifra når du har det vanskelig. Du må ikke sitte oppe i leiligheten din og føle at du ikke får det til. For vi er her for å hjelpe deg. Og så gjør de kanskje det. Og så må vi likevel stikke fingeren i jorden, og si at dette kommer ikke til å gå. De sakene der synes jeg er veldig vanskelig, fordi da har vi jo bedt de om å stole på oss.

På den ene siden skal de ansatte være hjelpere, skape relasjoner og ønsker tillit fra pasientene. På den andre siden skal de fortelle at det som har blitt sagt og det som er observert gjør at de kan miste omsorgen for barnet: «Noen ganger så klarer man ikke å være begge deler. Det blir ikke bra nok». Flere deltakere sier at dobbeltrollen alltid vil være der. Det er noe som følger med arbeidet med familier i rusbehandling. Rollen krever en balanse på å støtte og hjelpe, og samtidig bære og si noe om den eventuelle bekymringen: «Og så tenker jeg at det er viktig at man er begge deler, for man kan ikke dele og si at jeg er hjelperen og så skal det komme en annen inn fra siden og kontrollere». Flere deltakere kan si noe om at de også ønsker å være begge deler, for det føles genuint. Det er styrken i å jobbe som de gjør, at de er der for «det gode og det dårlige».

Og så forhåpentligvis så kommer man sterkere ut på siden, og pasientene opplever at vi som er rundt dem er der i hele pakka. Både det som er kjipt og det som er bra. Fordi det er tydelig, og det handler om at folk ikke gir seg da.

5.2.3 «Jeg blir jo så glad i disse familiene, men må prøve skille på det faglige og egne følelser»

Flere deltakere påpeker viktigheten av å være profesjonell og faglig i arbeidet og at de noen ganger må legge til side egne følelser. Deltakerne kunne fortelle at de ble veldig glad i familiene og hadde mye omsorg for mammaene, og at hva som er normalt og greit kunne forskyves litt inne på institusjonen. Noen av deltakerne er behandler for voksne og noen for barna, men det er tverrfaglige team som jobber sammen med familiene:

Men det er jo vanskelig. For man jobber jo gjerne med foreldrene, så man blir jo fryktelig glad i dem, disse foreldrene. Man ser jo hvor hardt de ønsker, og hvor mye de prøver og hvor viktig det er, og så (...) Så det er jo komplisert å være barnets stemme.

Flere deltakere sier at det at de blir så glade i pasientene, gjør at det kan bli en ekstra utfordring i å ta opp ting. «Vi ønsker de det beste. Vi ser veldig mye av det gode. Jeg kan snakke for meg selv, men jeg er også veldig glad i å bli likt. Og ha gode relasjoner til pasientene mine». Deltakerne sier at de prøver å gripe de små tingene, for de vil så gjerne at de skal få det til. En deltaker påpekte at i saker hvor barnet blir plassert, så er jo det noe av det verste man kan gjøre mot et menneske. Og at det er noe de da gjør mot mor.

Flere av deltakerne sier noe om hvor vanskelig det er at egne erfaringer preger dem, og at de ofte går inn til familiene med sine egne preferanser. En deltaker kommenterer dette med: «Og da tror jeg det er viktig å beholde den profesjonelle biten vår. At vi ikke skal bruke oss selv i vurderingene. Og det er kjempevanskelig». Flere deltakere sammenlikner tilbakemeldinger de gir til pasientene med egne opplevelser. Eksempler fra deltakerne viser at dette kan handle om noe de selv får tilbakemeldt fra andre om egne barn, for eksempel på helsestasjonen, i barnehagen eller på skolen. Deltakerne sier at dette er vondt som forelder og at det gjør noe med empatien de har for foreldrene på institusjonen. «[...] motstanden er jo ganske forståelig. Det er ganske voldsomt da. Hvis man tenker på hvordan det er å få noe som helst negativt i sin retning selv da. De skal tåle mye».

Flere deltakere uttrykker at det kan være utfordrende å gjøre vurderinger som ikke ligger til eget fagfelt, og at vurderingene da ofte baserer seg på personlige erfaringer og meninger. Situasjoner som vises til i intervjuene er for eksempel at noen ansatte velger å ikke gi Paracet til barna sine når de har feber, barnet til en annen har kun fått morsmelkerstatning og ikke blitt ammet, eller barnet mitt har vokst opp helt fint uten å sitte ved bordet til frokost. De fremhever at det er viktig å løfte frem om det er en faglig vurdering eller en personlig mening. Dilemmaer som hvem som har hvilken standard kom også frem.

Men jeg kjenner igjen det du sier om hvilke standarder man selv har. For jeg også har tenkt at hvis noen hadde kommet på innsjekk hos meg, så hadde ikke jeg fått den godkjent hver gang noen kom. Jeg også har dager hvor jeg sikkert ikke hadde hatt noen unger på visse dager. Sånn er det.

Mange deltakere sammenlikner sine egne erfaringer som mor med pasientenes situasjon. Flere deltakere kunne vise til situasjoner som de selv som forelder mente kunne være utfordrende og hva det gjorde med de som mamma. De forteller at dette påvirker de i arbeidet med foreldrene og barna. De kan sette seg inn i hvordan situasjonene er for foreldrene i behandling, ut ifra hvordan de selv ville hatt det i en likende situasjon. Det er mange følelser som de kjenner på, og det kan være vanskelig å ikke ta med jobben hjem til eget liv og som forelder. Noen deltakere kunne undre seg over om barna burde være der i det hele tatt når foreldrene er så syke. En deltaker forteller om hvordan det preger henne i jobben å skulle være så nær mor, ha søkelys på hennes rusbehandling, få en bedret psykisk helse og få til å mestre livet sitt. Barnet ble litt på siden, og det var vanskelig for henne å samtidig ha søkelys på om det er godt nok for barnet. Alle deltakerne var enige om at barna ikke har tid til å vente på foreldrenes bedringsprosess. Dette gjør at det må skje endringer raskt. En deltaker sier:

Jeg ser en progresjon. Så er den progresjonen så liten, fordi jeg vet at det vil ta et halvt år. Men vi har forventninger om at det skal være bra i dag og ikke om et halvt år. Fordi at barnet trenger det.

En annen deltaker sier videre:

Det som jeg har lært i løpet av den tiden, er at jeg må holde følelsene mine tilbake. Jeg må hele tiden reflektere over om det er noe faglig jeg kan bruke for å argumentere her. Og det er kjempeviktig. Og noen ganger er det faktisk sånn at barnet går foran mor. Selv om det faglig sett, hadde vært fint og gitt mor den tiden hun trenger.

Noen ganger må de ansatte minne hverandre på at mye av det arbeidet de gjør og vurderinger er til det beste for barnet, selv om det akkurat nå er det verste for foreldrene. En deltaker forteller om sitt forhold til arbeidet med familiene: «Jeg merker at jeg tar meg mer inn i dette enn annen behandling. Tar med mer personlighet inn kanskje».

5.3 De ansatte vil stå sammen i det vanskelige

Deltakerne var enige om at samarbeid mellom ansatte var viktig i arbeidet med familiene. Det er særlig viktig å ikke stå alene i de mest krevende sakene der det er mye bekymring for barnas omsorgssituasjon. Det har gjennom flere år vært arbeidet med å tydeliggjøre rollene, og deltakerne opplever at de nå står mindre alene i saker. Deltakerne kan også fortelle om det viktige team-arbeidet, der alle stemmer skal høres og at de må ha en felles forståelse rundt de ulike familiene. Det kommer frem at prosedyrer tydeliggjør arbeidet, samtidig som deltakerne forteller at det er mye rom for å tenke selv i arbeidet.

5.3.1 «Vi må stå i hver vår rolle, men også sammen som et team»

Deltakerne sier at det har blitt jobbet mye med familiearbeidet de senere årene, og at det har skjedd en del endringer. Flere deltakere mener at det har blitt større faglighet i dette arbeidet. En deltaker kan si at:

For da kunne vi sitte på et møte, og alle var bekymret, og vi hauset det litt opp for hverandre. For det ble sånn, men hun hadde sagt at han hadde sagt ... Men nå synes jeg vi er mer faglig sterke, kanskje, og at det er litt ryddigere med rolleavklaringer.

Det kommer frem i alle fokusgruppene at rolleavklaringer er viktig. De ansatte har tidligere opplevd å stå alene med mange av områdene som det ble jobbet med rundt familiene, og flere deltakere sa at det var ensomt og krevende å stå alene i bekymringer. De opplevde at det da ble sårbart fordi de i tillegg til å være den nærmeste støttepersonen også skulle ha oversikt over hele behandlingen, og i mange tilfeller formidle store bekymringer alene. Deltakerne opplever at det nå er tydeligere rolleavklaringer. En deltaker kunne fortelle at «Men jeg synes ikke at rollene var så avklarte, og da ble det også litt uklart for foreldrene. Da ble det kjempekaotisk». En annen deltaker sier:

Men jeg tror det er veldig viktig å ha de rollene ordentlig avklart. Dette er din jobb, det er din jobb og det er min, i forhold til å på en måte kunne, ikke være redd for å gjøre jobben sin. Når jeg vet at dette er min jobb. Så er det mye enklere for meg å vite at jeg skal inn å gjøre den jobben også.

Dette viser at det skaper trygghet for de ansatte med rolleavklaringer og forutsigbarhet. Deltakerne snakker om at det kan bli mange involverte behandlere rundt en familie. Alle behandlere tar med seg sin kunnskap, erfaring, holdning og meninger inn i arbeidet med familiene og avklaring av hvem som gjør hva, oppleves viktig for deltakerne. Deltakerne forteller at det kan være utfordrende med så mange behandlere i et team rundt familiene, og at dette også kan påvirke arbeidsmiljøet.

Men hvis ikke vi vet hvem som innehar hvilke roller, så bruker vi jo ikke arbeidstiden vår effektivt heller. Da går jo alle og snakker med alle. For å hente støtte her og støtte der. Så da blir det ikke noe godt miljø å jobbe i heller. Jeg tror vi får mye ukultur da, mye grupperinger.

Deltakerne tenker at det er viktig å ha et miljø der alle er likeverdige i diskusjonene og samtalene, og at alle stemmer er like viktige. Flere sier noe om viktigheten av å snakke sammen om det hver enkelt både observerer og vurderer, og møte hverandre med undring og nysgjerrighet. En deltaker sier at «[...] selvfølgelig har vi ulikt mandat, men allikevel at vi

er likeverdige i hva vi har med oss inn da». De ønsker at dette settes i system og at det ikke er tilfeldig når og hvem som snakker sammen.

I alle gruppene blir det snakket en del om at det har vært endringer i måten å jobbe rundt familiene på gjennom de siste årene. De opplever at de ansatte står mer samlet rundt familiene, men samtidig at de ansatte har mer spesifikke roller. Tidligere hadde det vært mer prat om opplevelser hver enkelt hadde og det tok lengre tid før det ble handlet på bekymringer blant annet. «Vi har gjort utrolig mange fremskritt, på å få samlet oss. Vi agerer fortere og er mer ærlig og direkte med en gang, med foreldrene. Sånn at det er mulig å jobbe med også, da».

5.3.2 «Vi kan godt være uenige, men må være samstemte overfor familiene»

Deltakerne forteller at de opplever at det kan være utfordrende å være den nærmeste hjelper og kontrollør samtidig. De er avhengige av å ha et godt team rundt og stå i arbeidet samlet. De bruker et felles drøftingsmøte hver uke til arbeidet med familiene. Her samlet alle ansatte som jobber rundt hver familie. I dette møtet får de løftet opp hele familien og løftet alle områdene for å kartlegge, utrede og sette inn behandlingstiltak. «Men at vi er samstemte. Vi må jo være veldig enig om hva vi ser og når vi er uenig så må det tas på møtet. Og ikke utstråle til pasienten». En annen deltaker svarer på dette: «Og da blir det også veldig ryddig, å stå i den vonde prosessen. Ja, for å stå alene med en bekymring er jo helt håpløst».

Deltakerne snakker om at det å ikke være samlet kan påvirke personalgruppen. De tenker at det fort kan bli splitting innad i gruppen hvis for eksempel en ansatt blir for nær pasienten og en annen oppleves som en hard kontrollør. Uenigheter i et slikt spenningsfelt kan vekke mange følelser i de ansatte. En deltaker sier:

Så jeg tror det er kjempeviktig å nettopp snakke om hva det gjør med oss når vi har pasienter med både rusproblematikk, personlighetsforstyrrelser og foreldrerolle. Det er så innmari mye som er blanda. Så selvfølgelig gjør det noe med oss.

De ansatte har ulike roller inn i arbeidet rundt familiene og kan ha ulike oppfatninger av det som observeres og jobbes med. De sier at det er viktig å snakke sammen om hva det gjør med dem, og snakke faglig om hva som skjer i de møtene og relasjonene de skaper.

Noen av de vanskeligste situasjonene jeg har vært i, er når det interne samarbeidet har vært utfordret, fordi man ikke er enig eller har ulike roller. Og ikke ser de samme tingene. Jeg tenker at man ser forskjellige ting, legger vekt på forskjellige ting, har ulik fagbakgrunn, er opptatt av, ja, veldig ulike ting.

I de faglige drøftingsmøtene blir det gjort vurderinger og tatt beslutninger av de som er til stede. Deltakerne opplevde at alle behandlerne rundt familiene ikke alltid var til stede i møtene, og var med på beslutningene. De fremhever at det er viktig å være lojal til de faglige vurderingene og beslutningene som blir tatt uten at de nødvendigvis var enig. En deltaker påpeker viktigheten av å stole på de vurderingene som blir gjort: «At det ikke er en personlig mening eller en personlig vurdering, men en vurdering til avdelingen da. For man ser jo på mange områder parallelt». En annen deltaker forteller om sine opplevelser:

Og så var jeg ikke alltid enig, heller, men jeg er jo lojal mot beslutningene. Men det å skulle stå i det å formidle noe man egentlig ikke helt eier selv, da. Og så ser du at det blir kjempevanskelig. Og så skal man ivareta den voksne. Nei, det er veldig vanskelig.

Deltakerne forteller at det å ha en felles forståelse også er viktig overfor familiene. De møter mange ulike ansatte hver dag og som kan svare forskjellig på det de lurer på. Deltakerne opplever at pasientene ofte "shopper" (deltakers uttalelse) hos behandlere. De vet hvem de skal spørre om hva når det gjelder å få det svaret de ønsker eller oppnå noe de ønsker. Dette viser viktigheten av at de ansatte snakker sammen og har en felles holdning og praksis overfor familiene. En deltaker sier:

[...] krever en veldig stor grad av koordinasjon [...] mange personer og mange familier, og det er mange som skal inn [...] vi må få samlet oss, vite hva vi skal se etter

og litt sånn hva vi skal ha fokus på. At man har noen mål. Så vi ikke skyter fra hoften og at de overveldes da.

Deltakerne fremhever god dokumentasjon i journalen som viktig i arbeidet rundt familiene. De forteller at hver ansatt dokumenterer ut fra sin faglighet og erfaring og at det gir mange biter. All dokumentasjon og alle biter vil samlet gi et godt helhetsbilde rundt arbeidet og familiene. En deltaker forteller at det også kan være utfordringer knyttet til at den enkelte dokumenterer: «Det er jo et veldig stort ansvar, bare den måten å dokumentere på. Det kan ettergås. Da er det litt skummelt, i gåseøyne, at vi har forskjellige standarder». I drøftingsmøtene ønsker deltakerne at de ansatte skal tørre å være åpne om sine egne vurderinger og samtidig åpne opp for andres synspunkter. Det kan bidra til gode refleksjoner og gi et bedre helhetsbilde. En deltaker sier:

Men det her er jo bra, det her er jo bra og. Så ser du noe annet, så blir jeg irritert på det. Hvorfor klarer du ikke å se det? [...] tørre å være nysgjerrig på; Hvorfor ser du det og hvorfor tenker du det er en greie, da? Det tror jeg kan hjelpe oss. At vi orker å høre andres meninger.

Videre sier en annen deltaker: «Spesielt når man er bekymret. Orke å høre andres ubekymrethet». Åpenheten og delingen kan også bidra til at hver ansatt får nyansert sine egne synspunkter. Deltakerne sier at de sammen utvikler seg og det kan gi bedre faglig kvalitet på familiearbeidet.

5.3.3 «Vi har prosedyrer og retningslinjer, men det er mye rom for å tenke selv»

Pasientene får tildelt behandler ut fra behandlere som har ledig kapasitet, tid eller den behandleren som er vurdert kan ta litt ekstra. Noen ganger blir kjemi vurdert eller hvem som har lyst til å ha pasient i en familie. Det blir i enkelte tilfeller vurdert bakgrunn, kompetanse eller hvem som har mye erfaring med familiepasienter. Deltakerne kan fortelle at det kan være utfordrende å fordele pasienter, at det er mange hensyn som i utgangspunktet bør tas

hensyn til. Flere deltakere synes at fagkunnskap om familier og barn er et viktig hensyn, men at det ikke alltid er mulig å få det til. En deltaker forteller:

Det var jo noen situasjoner hvor man måtte bruke psykolog, som ikke tilhørte familieavdelingen også. Og det ble jo litt sånn spesielt, på en måte. Det var ikke alltid de kanskje ønsket det, heller, men for å få kabalen til å gå opp så måtte det være sånn.

Flere deltakere fortalte at de skulle ønske at rammene kunne tilpasses hver pasient uten at det går utover faglighet eller forsvarlighet. Samtidig viste de en forståelse av at det var vanskelig i praksis. Pasientgruppen endrer seg hele tiden og det er lite forutsigbart hvor mange familiepasienter som blir henvist til behandling. En deltaker sier:

Folk er så forskjellig, så de trenger så ulike ting. Og så kan man ikke tilpasse det fordi institusjonens rammer er der [...] er litt sånn frustrerende som behandler. Fordi at man tenker at hvis noe hadde vært litt mer fleksibelt, eller vært lagt til rette på en litt annen måte, så kunne man ha hjulpet på en måte som passer den pasienten bedre

Deltakerne forteller at det foreligger prosedyrer på alt arbeidet og behandlingen ved institusjonen. De synes prosedyrene er viktige og at de gir en trygg ramme. Noen deltakere sa at de følte seg avhengige av dem for å gjøre en god jobb, at de var en god støtte i arbeidet. En av deltakerne sier: «Vi trenger noe å lene oss på, og det at vi vet at det også er noen andre som kommer inn og mener det samme som oss». Andre deltakere synes at strukturen ikke er så fast, og at det er litt opp til hver ansatt hvordan de har lyst til å gjøre det. En deltaker sier: «Men det har liksom i alle tider vært litt ulik praksis på ting da». Noen deltakere fortalte at dette kunne handle om at det ikke er tydelig nok definert, hvordan det skal eller bør være. Det gir muligheter for at de ansatte kan gjøre ting på sin måte. En deltaker sier: «Det er jo mye rom for å tenke selv på en måte. Men tydelige prosedyrer og retningslinjer, det er vel alltid noe man kan bli bedre på». Videre sier noen deltakere at det er viktig å få et felles eierforhold til prosedyrene også. Den må både leses og jobbes godt med, slik at det er tydelig hvordan den skal jobbes med i praksis. «Det du leser er jo så

individuell, det blir jo ikke noe felles plattform. Vi leser den jo med det vi har med oss av utdanning».

Flere deltakere påpekte at erfaring også påvirker praksisen. Det er forskjell på å være helt ny og ha mange års erfaring innen feltet og på institusjonen. En deltaker fortalte om sin rolle som behandler:

Da jeg begynte å jobbe her, så var jeg jo veldig mye mer opptatt av å følge regler og strukturer. Og så blir det etter hvert, som man får litt mer erfaring og noen år på baken, blir man tryggere og kan ta litt mer egne beslutninger og kanskje ikke være så innmari nøye med de der tidspunktene. [...] jeg tror at erfaring også gjør at man blir tryggere i rollen.

Deltakerne trekker frem ledelsens betydning i institusjonsrammen. De påpeker at det er ledelsen som har ansvaret og siste ordet, og som får de sterkeste stemmene i pasientarbeidet. Flere deltakere sier at det er mye rom for at alle blir hørt i ulike saker og at det er ledelsen som trekker beslutningene til sist. Det gjelder særlig i alvorlige saker med stor bekymring. En deltaker sier: «[...] så er det jo ledere, som kanskje ikke er på gulvet, som likevel kan mene at; men jo, dette er strukturen så dette skal vi gjøre. Man noen ganger trumfer litt gjennom». Hvis det er mange ulike meninger om ting synes deltakerne det er fint at noen bare tar en beslutning. De opplever på den andre siden at det er frustrerende hvis det blir tatt beslutninger som de ikke eier selv eller som de er uenige i. En deltaker sier:

Selv om vi har ganske flat struktur her, så er det jo også litt hierarki. Du har jo ledelsen, når de da kommer inn med sin bekymring og rokker ved hele. Og da oppleves jo det som litt sånn støy.

Deltakerne synes det har blitt en del endringer i måten de arbeider med familiene. Tidligere jobbet alle de ansatte mer med sine egne ting. Den enkelte "eide" (deltakers utsagn) pasienten sin, og skulle ta opp alt som omhandlet pasienten. Det gjaldt også bekymringer og vanskelige ting. Flere deltakere har erfaring med at det var ensomt å jobbe slik. Deltakerne i

alle gruppene forteller at familiearbeidet nå er mer faglig, og at prosedyrer i større grad er styrende. Det ukentlige drøftingsmøtet med søkelys på familiene blir løftet frem som viktig og nødvendig. En deltaker sier:

Og jeg synes vi er ganske gode på å ta opp ting og vurdere ting høyt. [...] hvis en er uenig i Barnefokus da, hvor alle disse sakene tas opp, så får man jobbet seg gjennom det. Og så opplever jeg at det er en gruppe med mye støtte i.

Deltakerne snakker en del om hvor mye rammer og ressurser har å si for pasientenes behandling. Det handler mye om hvor godt det kan tilrettelegges for hele familien inne på institusjonen. Hver familie har sine behov og behandlingen tilrettelegges ut fra de familiene som er innlagt til enhver tid.

[...] hvis vi har pasienter med både psykiske vansker og rus, så må vi nok godta at det blir en del av tilbudspakka. Og det er kanskje et spenningsfelt som jeg synes er litt tøft. Og kjenne etter at det også kan handle om økonomi til å få det til, i de periodene der hvor det er vanskelig i forhold til rus og psykisk helse.

5.4 Oppsummering av resultater

Resultatene viser at helsepersonell synes relasjoner mellom ansatte og pasienter er viktig for behandlingen. De oppgir at det å være åpen og ærlig er viktige faktorer i relasjonsbyggingen, og vil ikke at pasientene skal tro at det skjer noe bak ryggen på dem. Relasjonene er sårbare, og det er utfordrende å skape tillitsfulle relasjoner til pasientene fordi pasientene er redd for veien videre. Deltakernes syn på behandling er at den er frivillig, men samtidig ikke nødvendigvis frivillig. Behandlingen kan være å hjelpe noen som kanskje ikke vil ha den hjelpen. Det kommer frem fra deltakere i alle gruppene at det er både krevende og spennende å jobbe med familiene som er innlagt. Det å ha ulik forståelse kan gjøre det vanskelig for de ansatte å komme i posisjon til å veilede og jobbe med endringsprosessene med pasientene. Deltakerne påpeker at bekymringer for barnet i familien øker ansvaret og arbeidsmengde for alle behandlerne. Grensen mellom hjelper og kontrollør er hårfin, og det kan være utfordrende for de ansatte å skape nok distanse. Resultatene viser at

rolleavklaringer er viktig for de ansatte. Det skaper trygghet for de ansatte med rolleavklaringer og forutsigbarhet. Deltakerne er avhengige av å ha et godt team rundt familiene og stå i arbeidet samlet. Resultater viser at de ansatte skulle ønske at rammene kunne tilpasses hver pasient uten at det går utover faglighet eller forsvarlighet.

6 Drøfting

Drøftingskapittelet er strukturert på bakgrunn av problemstillingen, teori og empirien. Den valgte problemstillingen lyder som nevnt: «Hvilke erfaringer har fagpersoner i TSB med familier innlagt til rusbehandling, og hvilken forståelse har de av sin dobbeltrolle i familiearbeidet?» Resultatene er identifisert i tre hovedkategorier og ni subgrupper. Jeg har valgt å drøfte funnene med utgangspunkt i de tre hovedkategoriene.

6.1 De ansatte opplever at relasjonene er sårbare

En forutsetning for å lykkes i arbeid med familier i rusbehandling er at de profesjonelle etablerer relasjoner hvor foreldrene føler seg respektert og godt ivaretatt (Killén & Olofsson, 2003, s. 164). For å kunne etablere en relasjon bør pasienten oppleve at tjenesteutøveren har forståelse, respekt og empati for pasientens utfordringer og livssituasjon (Helsedirektoratet, 2014, s. 68). Deltakerne i studien fremhever også at gode relasjoner mellom ansatt og pasient var viktig for behandlingen. De er opptatt av at disse relasjonene skal føre til at pasientene blir trygge på dem og bygger relasjonene på åpenhet og ærlighet med pasientene. Dette finner vi igjen i Wiig et al. (2018) sin studie av ansattes erfaringer med familier i rus- og familiebehandling. Studien viser at personalet prøver å bygge relasjon med foreldrene med å være pålitelig, forutsigbar, tilgjengelig og støttende (s. 191). Paulsen (2017) viser til at det at de ansatte lytter til skildringene til foreldrene og møter dem med respons og «varme» ble pekt på som viktig og nødvendig for relasjonen (s. 27).

Flere deltakere fra denne studien forteller at det ofte kan skifte litt på hvem pasientene har en god relasjon til og ikke. De opplever mange ganger at å tilbakemelde alle vurderinger som foreligger kan gjøre relasjonen sårbar og pasientene kan oppleve seg sviktet. Humerfelt (2014) viser til at helsepersonell mener det kan være vanskelig å ta fatt i egen uro fordi de har et ønske om å bevare relasjonen til foreldrene. Det handler om å vise respekt for foreldrenes grenser og at foreldrene skulle oppleve det godt å være hos dem. De kan oppleve at det blir relasjonsbrudd hvis de ansatte utfordrer foreldrene til å gå ut av komfortsonen sin (s. 37). I Sirius-rapporten vises det til at det ofte er krevende å etablere en god relasjon til pasienter med rusmiddelproblemer, fordi de ofte er preget av alvorlige

belastninger og har vansker med å få kontakt og tillit til hjelpeapparatet (Solbakken et al., 2005, s. 91). Lindgaard (2006) sier at det først og fremst er behandlerens ansvar at alle i familien kan føle seg trygg og at det er et støttende miljø i behandlingen (s. 43). Fagpersoner kan også si noe om hvordan de måtte bruke lang tid på å trygge forelderen og oppnå forståelse før forelderen åpnet seg og ønsket å drøfte situasjonen rundt barna og mulige hjelpetilbud (Hjelmseth & Aune, 2018, s. 7). Ansatte i studien til Homme (2011) forteller at ikke alt de gjør er like reflektert og at det å bygge relasjoner har blitt en vane. Det har blitt en del av dem selv i arbeidet. De sier at det å bygge opp relasjoner til foreldrene og egne erfaringer fra livet gir trygghet i jobben (s. 48).

Flere av deltakerne i denne studien oppgir at åpenhet og ærlighet opp mot det å være i en relasjon med pasienten er et dilemma. De sier at det ofte er utfordrende å skape tillitsfulle relasjoner til pasientene fordi pasientene er redde for hva som kan skje videre, og kjenner på frykt for å miste omsorgen for barnet sitt. Utfordringen med å skape tillitsfulle relasjoner til foreldre og frykt for konsekvenser finner vi igjen i annen forskning (Solbakken et al., 2005, s. 91; Whittaker et al., 2016, s. 77). Samtidig forteller deltakerne i denne studien at det mange ganger ikke lar seg gjøre å være åpen, ærlig og tydelig nok. Pasientene virker ikke til å forstå graden av bekymring uansett, eller de klarer ikke å ta inn over seg hvordan det faktisk er og konsekvensene av det. Frykten til pasientene er reell, og helsepersonell har et lovpålagt ansvar for å informere om barnets situasjon. Lovparagrafene i Helsepersonelloven (1999a, § 33) viser helsepersonell sin opplysningsplikt og ansvar når de yter helsehjelp. Helsepersonell må være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barnevernet og være nøye på å se barnets behov. I en studie finner vi at redselen for barnevernet var en årsak til at foreldrene vegret seg for å snakke om barna i det hele tatt (Hjelmseth & Aune, 2018, s. 7).

Brekke et al. (2017) beskriver det som nyttig at fagfolk har en åpen og direkte kommunikasjon. Det påpekes at dette er spesielt viktig når situasjonen er alvorlig. Foreldrene får da en mulighet til å forstå alvorlighetsgraden av situasjonen og behovet for endring, selv om det der og da er vondt med tilbakemeldingene. Direkte ærlighet gjør det lettere å stole på fagfolk uten å lure på om de har en skjult agenda (s. 7). Deltakerne i denne

studien sier på den andre siden at pasienten ikke alltid kan stole på at de får all informasjon eller at ting ikke skjer bak ryggen på dem. Det vil i mange situasjoner likevel være det beste for barnet at informasjonen blir holdt tilbake, og at det må gå foran relasjonen til foreldrene. Institusjonen må gjøre fortløpende vurderinger om omsorgssituasjonen for barnet er god nok gjennom hele behandlingstiden. Noen ganger er ikke barnets behov for omsorg og foreldrenes behov for å ha barnet hos seg forenelig. I disse tilfellene settes kompetansen til de ansatte på prøve (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s. 247). Det kan være en vanskelig oppgave for institusjonene med ulike behov. De tar imot foreldre til behandling, og er avhengig av en god relasjon med dem dersom samarbeidet skal fungere. Det påpekes at dersom det oppstår motstridende interesser er det hensynet til barnet som har førsteprioritet (Solbakken et al., 2005, s. 82). Deltakerne fra denne studien påpeker at det alltid er barnets beste som er rådende, selv om det kan føles som et svik og tillitsbrudd fra foreldrene.

Resultater fra denne studien viser at pasientene kan tåle mye hvis de føler at de ansatte vil familien vel. Deltakerne ønsker at pasientene skal føle at den ansatte er der for dem uansett, på godt og vondt. Annen forskning belyser det samme (Paulsen, 2017, s. 39; Solbakken et al., 2005, s. 91). I studien til Brekke et al. (2017) sier deltakerne at de setter pris på fagfolk som uttrykker tro på deres muligheter for et bedre liv. Når fagfolk tror på dem kan de kjenne på håp og begynne å tro at endring er mulig (s. 5). Foreldrenes engasjement, positive forventninger og tilfredshet i behandlingen har også betydning for barnas nytte av behandlingen (Lindgaard, 2006, s. 37). Killén skriver om parallelle prosesser, som gjør seg gjeldende i behandlingen av foreldrene. Det vil si den holdningen de blir møtt med av behandlere, vil de kunne gjenta overfor barnet. Hvis behandler ser og tolker foreldrenes behov, vil foreldrene i større grad kunne se og tolke barnets behov (Killén, 2010, s. 57).

Det kommer frem av denne studien at deltakernes syn på behandling er at den er frivillig, men samtidig ikke nødvendigvis frivillig. Deltakerne sier at dette kan handle om at mange av pasientene kommer dit med kniven på strupen. Konsekvensene av å ikke legge seg inn til behandling kan være at barnevernet tar omsorgen for barnet. Deltakerne i Paulsen (2017) sin studie sier det samme, og samtidig at det er den frivillige tvangen som gjør at de

har tatt imot tilbudet (s. 26). Frykten for å bli fratatt barna er for mange foreldre en viktig motivasjon for behandling. Barneverntjenesten kan påpeke at dette er foreldrenes siste mulighet til å vise at de er gode nok foreldre. Når foreldrene blir spurt om hva som er deres målsettinger ved behandlingen, svarer mange: "At jeg skal få beholde barnet", og mange er i behandling etter press fra andre (Solbakken et al., 2005, s. 18).

Det kan stilles spørsmål om hvor nyttig behandlingen er hvis foreldrene egentlig føler seg tvunget inn i behandling. Deltakerne fra denne studien mener at det i begynnelsen av behandling vil være å hjelpe noen som kanskje ikke vil ha den hjelpen. Paulsen (2017) viser til resultater om at foreldrene syntes de fikk lite informasjon om hva tilbudet til familiesenteret var og hva de skulle der. De mente at informasjonen heller ikke stemte, og de kjente seg nedverdiget av barnevernet som ikke hadde informert dem skikkelig. Feil informasjon gjorde dem skeptiske og skapte en grobunn for motvilje og motstand (s. 23). Dette synliggjør viktigheten av god informasjon i forkant og en tydelighet på hva foreldrene kan forvente av behandling. Foreldrene må få vite hva som forventes av de i behandling og også hvilket oppdrag institusjonen har for hele familien som blir innlagt. Whittaker et al. (2016) fremhever at de ansatte synes det er utfordrende å få rusmiddelbrukende foreldre til å ønske behandling. De mente at dette kunne handle om frykt for involvering av sosialtjenesten, stigma, mistanke om økt overvåking, mangel på innsikt i eget rusproblem og defensive reaksjoner på antatt kritikk. Jobben med å motivere foreldrene ble fremstilt som tidkrevende og kompleks (s. 78).

Killén og Olofsson (2003) påpeker at foreldrene blir bedre på å se barna og forstå deres opplevelse av situasjonen, når de ansatte hjelper dem med å forstå hvordan rusmiddelproblemer påvirker barna og deres utvikling (s. 166). Deltakerne i denne studien forteller at mange av pasientene med barn kanskje ikke alltid har erkjent utfordringene de har, og de tenker at rusmiddelbruken ikke har påvirket omsorgsevnen deres for barnet. De har da en forventning om at det kun er behandling for rus de skal ha og ikke hjelp til foreldrerollen. Lindgaard (2006) finner også at foreldrene kan avvise at barna skal involveres i behandlingen, og at det kan skyldes fornektelse av eget misbruk eller manglende forståelse for hvordan rusmiddelbruken påvirker barnet (s. 42). I Sirius-rapporten står det at det er stor

variasjon når det gjelder foreldrenes innsikt i egen omsorgsutøvelse. Noen er klar over utfordringene, mens andre fastholder at de er gode nok foreldre bare de er rusfrie (Solbakken et al., 2005, s. 19).

Rusproblemer kan føre til at grunnleggende foreldreferdigheter svekkes og barna kan utsettes for omsorgssvikt (Killén, 2015). Det kan føre til at foreldrene er mindre oppmerksomme og sensitive overfor barnas signaler og behov. De kan ha vansker med å sette egne behov til side for å ivareta barnas behov. De kan ha vansker med følelsesregulering og lav impuls kontroll, som påvirker hvordan de møter barna (Wangensteen et al., 2023, s. 64), og det kan for mange være krevende å ivareta rutiner, daglige gjøremål og ha en trygg og forutsigbar hverdag (Ibid, p. 73-74). Deltakerne i denne studien sier at de jobber mye med å øke pasientenes forståelse av å jobbe med foreldrerollen kombinert med rusbehandlingen som viktig. I studien til Neger og Prinz (2015) finner vi at deltakelse i rusbehandling og foreldreintervensjoner gjør det effektivt og utnytter foreldrenes engasjement i behandlingsprosessen. Gitt det tidspresset som de fleste barnevern har lagt på foreldrene, gir dobbeltbehandling foreldre den beste muligheten til å fullføre tiltak fra barnevernet i tide. Noen forskere kan på den andre siden fortelle at foreldre ikke er i stand til å lykkes med å jobbe med foreldrerollen før de har gjort fremskritt i rusbehandling og jobbet med egen psykiske helse (s. 79). Wiig et al. (2018) finner at mødre ofte ikke er i stand til å konsentrere seg om foreldrerollen før de hadde løst noen av sine andre terapeutiske utfordringer, som rusmisbruk, dårlig emosjonell regulering og traumer. Personalet er opptatt av at hvis de først og fremst setter søkelys på foreldre-barn-samspill vil det gi mødre mer erfaring med å mislykkes (s. 186-187). Annen forskning viser at det er nødvendig å møte grunnleggende behov hos en familie før man setter søkelys på mer komplisert familiedynamikk (Reupert & Maybery, 2014, s. 646).

6.2 De ansatte har en dobbeltrolle

Det kan være utfordrende for fagpersoner å balansere det å være en hjelper for rusavhengige pasienter og deres barn, og kontinuerlig kontrollere omsorgssituasjonen til barna. Deltakerne i denne studien sier at det er både krevende og spennende å jobbe med familiene som er innlagt. Flere oppgir at det som er krevende dreier seg om tidsbruk, ansvar,

motstridende behov for familiemedlemmene og at det blir generelt mer jobb. Liknende problemstillinger kommer frem i annen forskning. Lindgaard (2006) påpeker at det kan være utfordringer med motstridende behov for foreldre og barn. Det kan oppstå situasjoner der bare behovene til den ene parten kan oppfylles, og da kanskje på bekostning av den andre. Det kan også handle om at behandling som settes i avhengighetssammenheng kan ha en tendens til å se den rusavhengiges behov, mens familiebehandling i større grad kan være basert på barnas behov (s. 42). Dette sammenfaller i noe grad med Whittaker et al. (2016) sin studie hvor ansatte forteller at de sliter med å balansere støtte og overvåking i arbeidet med familiene (s. 78). Multisenterstudien påpeker at det ligger utfordringer med å endre helseforetakene fra et individfokus til et familiefokus. Når man arbeider familieorientert i stedet for individorientert, er det mange hensyn som må balanseres (Ruud et al., 2015, s. 25). I utgangspunktet er den beste behandlingen den som gagnar alle familiemedlemmene. Det er ikke alltid at det fungerer slik man ønsker. I noen tilfeller er det ikke avhengighetsbehandling som er det beste for familien. Da skal eventuelt resten av familien kunne få hjelp for sine egne vansker et annet sted, uavhengig av den rusavhengige forelderen (Lindgaard, 2006, s. 43).

I utgangspunktet er familien innlagt til rusbehandling i spesialisthelsetjenesten på bakgrunn av foreldrenes rusavhengighet. Når barna da blir innlagt sammen med foreldrene vil det bli en kombinert rus- og familiebehandling. Deltakerne i denne studien forteller at pasientene med barn ikke alltid har den samme forståelsen for sine utfordringer i foreldreskapet, og kan mene at det kun er rusavhengighet de er innlagt for. Ulike forståelser kan gjøre det vanskelig for de ansatte å komme i posisjon til å veilede og jobbe med endringsprosessene. I forskning kan vi finne at det å ha barna innlagt sammen med foreldrene i institusjon kan være en komplisert situasjon, både for familien, for institusjonen og for andre samarbeidspartnere. De ulike partene har ikke nødvendigvis samme intensjoner med innleggelsen, noe som også kan endre seg i løpet av behandlingen (Solbakken et al., 2005, s. 17). Lindgaard (2006) sier at dersom barna involveres i behandlingen sammen med foreldrene, kan det øke foreldrenes trygghet og vilje til å samarbeide (s. 42). Noe forskning har funnet at det å ta barn ut av foreldrenes omsorg er en motivasjonsfaktor for foreldre til å delta i behandling, mens annen forskning har funnet at mødre som har begrenset kontakt

med barna, kan ha redusert motivasjon for å delta i rus- og familiebehandling (Neger & Prinz, 2015, s. 79).

Deltakerne fra denne studien synes det er spennende å være en del av endringsprosessene til alle medlemmene i familien, og behandlingen kan bety forskjellen for resten av barnets liv. Rusavhengige pasienter har mange risikofaktorer, og kan ha utviklet overlevelsesstrategier som er en utfordring for ansatte å forstå og håndtere under behandlingen. Hva som skal prioriteres og timing av behandlingsmål i dobbelt behandling kan gi en økt emosjonell belastning for de ansatte. Det kan føre til at de føler at deres intervensjoner er mangelfulle eller utilstrekkelige (Wiig et al., 2018, s. 192).

Multisenterstudien finner at ansatte skårer høyt på at de er komfortable med å arbeide med familier (Ruud et al., 2015, s. 23). Deltakerne i denne studien er enige om at det er fint å jobbe med familier når alt er bra og det ikke er stor bekymring for omsorgssituasjonen til barnet. Bekymringer for barnet i familien øker ansvaret og arbeidsmengden for alle behandlerne, og det påvirker relasjonene til foreldrene. Wiig et al. (2018) viser til at de ansatte har ulik oppfatning av eget arbeid. Noen er motivert av et ønske om å hjelpe enkeltpersoner i vanskelige situasjoner, som rusavhengige pasienter, mens andre beskriver at arbeid med avhengighet er mindre tiltalende. Noen ansatte uttrykker at de i utgangspunktet ikke hadde tenkt å jobbe med rusavhengige pasienter. De hadde kviet seg for å jobbe på familieavdelingen, men hadde takket ja til stillingen fordi den ga mulighet til å arbeide med små barn (s. 189). Resultater fra studien til Wiig et al. sammenfaller med resultater fra denne. Flere deltakere trekker frem at de i utgangspunktet ikke søkte å jobbe med familier. De søkte jobb i rusbehandling, og visste ikke at jobben innebar å jobbe med familiearbeidet. Det har tatt litt tid for flere av deltakerne å bli trygg på denne jobben og ansvaret som følger med å jobbe med familiene og barna.

Hjelmseth og Aune (2018) viser til at foreldrenes redsel og vegring er en utfordring for de ansatte. Vegringen kan hindre de ansatte å få formidlet videre hjelp for familien, og noen ganger er det utfordrende for dem å vurdere om situasjonen er så alvorlig at de må sende bekymringsmelding til barnevernet (s. 7). Deltakerne i denne studien forteller om foreldre som er redde for å bli kontrollert og at det er mye utrygghet og spenning knyttet til

det. I Paulsen (2017) sin studie viser det seg at redselen for at foreldrene ikke skulle være «gode nok», og en følelse av maktesløshet, spredte seg i kroppen og ga næring til gamle følelser (s. 25). Deltakerne i denne studien opplever at de i større grad enn tidligere er transparente med foreldrene. De forteller det de ser og tilbakemelder vurderinger raskere. Flere deltakere sier at det ikke lar seg gjøre å ta bort frykten for å bli observert, men at det ukjente momentet med når, hvem og hva kan tas bort.

Deltakere fra denne studien forteller at grensen mellom hjelper og kontrollør er hårfin, og de synes det kan være utfordrende å skape nok distanse. På den ene siden skal de ansatte være hjelpere, skape relasjoner og ønsker tillit fra pasientene. På den andre siden skal de fortelle at det som har blitt sagt og det som er observert gjør at de kan miste omsorgen for barnet. Paulsen (2017) viser til at foreldre forteller at det er friere i møte med vikarer og nattevakter. Det er rom for å senke skuldrene og snakke om ting uten at alt skal analyseres (s. 41). Det kan stilles spørsmål til om opplevelsen med ansatte kan handle om at de faste ansatte har et annet ansvar for behandlingen, må dokumentere i større grad og har andre arbeidsoppgaver. Deltakere i denne studien sa at dobbeltrollen alltid vil være der. Det er noe som følger med arbeidet med familier i rusbehandling. De ønsker også å være begge deler, for det føles genuint. Det er styrken i å jobbe som de gjør, at de er der for det gode og det dårlige. Dette kan ses i sammenheng med studien til Brekke et al. (2017), som viser at et kontinuerlig og langsiktig forhold til en ansatt er viktig for endringsarbeidet. Det at de kjenner hverandre godt fører til gjensidig tillit og ærlighet, og kan også forhindre tilbakefall til rusmiddelbruk. Foreldrene verdsetter fagfolk som håndterer oppturer og nedturer og om står ved dem gjennom tilbakefall til rus (s. 6). Killén og Olofsson (2003) stiller spørsmål til om profesjonelle egentlig ser familiene godt nok. De mener at profesjonelle kan lukke øynene for barn som lever i omsorgssviktsituasjoner som en beskyttelse fordi det er vondt og vanskelig å håndtere (s. 12).

For deltakerne i studien til Whittaker et al. (2016) handlet begrepet «gode nok foreldre» om pleie og følelsesmessig respons. Deltakerne refererte også til egne personlige verdier, egen barndom og eget foreldreskap (s. 79). Deltakere i denne studien påpeker også viktigheten av å være profesjonell og faglig i arbeidet og at de noen ganger må legge til side

egne følelser. De forteller at de blir veldig glade i familiene og har mye omsorg for mammaene, og at hva som er normalt og greit kan forskyves litt inne på institusjonen. I studien til Wiig et al. (2018) fortalte personalet at de brukte uttrykket «å være mor til mor» for å forklare hvordan de forsøkte å støtte mødrene i omsorgen for barnet, gjennom å oppleve å bli tatt vare på selv (s. 188). Homme (2011) viser til de ansatte i studien som mener at det å være profesjonell er å ha personlige egenskaper som et «varmt» hjerte i møte med familien (s. 44). Flere av deltakerne i denne studien forteller at det er vanskelig at egne erfaringer preger dem i arbeidet, og at det ofte fører til at de går inn til familiene med egne preferanser. Vi kan finne de samme resultatene i Sirius-rapporten. Egen kulturell bakgrunn og egne verdier kan få en status som normgivende. Det noen vil vurdere som omsorgssvikt vil andre kunne se på som akseptabelt. De ansatte kan også bli så vant til å omgås de sårbare familiene, at det unormale blir normalt, og oppdager ikke når tålegrensen for barna overskrives. Begge disse vurderingene kan ramme barna hardt (Solbakken et al., 2005, s. 92). De ansatte i studien til Homme (2011) kan fortelle at det å ha erfaring med barn og det å være mor er erfaringer som er viktig. De ansatte i valgte ofte å bruke ordet erfaring istedenfor ordet kunnskap. Det kan tolkes som at de setter realkompetanse høyt og verdsetter den på samme nivå som den formelle utdannelsen (s. 37). Killén og Olofsson (2003) påpeker på sin side at det er kunnskapsforankret analyse og syntese av observasjoner og informasjon som skal danne grunnlaget for forståelse, handling og behandling (s. 162).

6.3 De ansatte vil stå sammen i det vanskelige

Rolleavklaringer og forutsigbarhet i arbeidet skaper trygghet for de ansatte i denne studien. Deltakerne snakker om at det kan bli mange involverte behandlere rundt en familie. Alle behandlere tar med seg sin kunnskap, erfaring, holdning og meninger inn i arbeidet med familiene og avklaring av hvem som gjør hva, oppleves viktig for deltakerne. Suter et al. (2009) fant også at godt samarbeid krever at fagfolk forstår sine kollegers roller og ansvar, og at de kommuniserer godt (referert av Wiig et al., 2018, s. 192). Killén og Olofsson (2003) mener at den enkelte ansatt må forholde seg til sin egen faglige og formelle kompetanse og rolle (s. 162).

Deltakerne i denne studien forteller at det å ikke ha en samlet forståelse kan påvirke personalgruppen. De tenker at det fort kan bli splitting innad i gruppen hvis for eksempel en ansatt blir for nær pasienten og en annen oppleves som en hard kontrollør. Wiig et al. (2018) fremhever at de ansattes prioriteringer var preget av ulik forståelse av om det var forelderen eller barnet som var deres primære oppgave. De som hadde barneperspektivet, var alle relativt mindre erfarne i rusbehandling. De ønsket å sikre barnet en god start sammen med mor, selv om mor sto i fare for å miste omsorgen for barnet. De argumenterte for at en god start i livet uansett ville være viktig for barnet. De ansatte som hadde foreldreperspektivet var mer erfarne i rusfeltet, og så på avhengigheten i seg selv som behandlingsfokus. De hevdet at personalet burde dra nytte av at barnet var en motivasjonsfaktor for foreldrene (s. 190). Uansett hvilket perspektiv de ansatte har med seg inn i sitt arbeid med familiene, så vil det være viktig med en felles forståelse og felles praksis. I felles drøftingsmøter ønsker deltakerne i denne studien at de ansatte skal tørre å være åpne om sine egne vurderinger og samtidig åpne opp for andres synspunkter. Killén og Olofsson (2003) sier at et godt tverrfaglig samarbeid kan karakteriseres ved at hver ansatt tar ansvar, er bevisst sin rolle og kompetanse og at holdningene gjenspeiler forståelse og ikke moralisering. Drøftinger rundt familiene må være basert på observasjoner og kunnskap og ikke på «synsing og tro» (s. 162).

Ansatte i Whittaker et al. (2016) sin studie påpeker at de trenger ferdigheter til å engasjere seg og jobbe med barn og foreldre (s. 76). I Sirius-rapporten påpekes det at det er minst like ressurskrevende å utrede barn og relasjonene foreldre/barn, som å utrede voksne pasienter. Personalet trenger spesialkompetanse på dette arbeidet (Solbakken et al., 2005, s. 90). Deltakere fra denne studien forteller hvordan kompetanse blir fordelt på pasientene. Noen behandlere har faste roller og oppdrag inn i teamet rundt familiene, mens noen av de som jobbet tettest på kunne bli utpekt ved tilfeldigheter. Deltakerne forteller at pasientene får tildelt behandler ut fra behandlere som har ledig kapasitet, tid eller den behandleren som er vurdert kan ta litt ekstra. Noen ganger blir kjemi vurdert eller hvem som har lyst til å ha pasient i en familie. Det blir i enkelte tilfeller vurdert bakgrunn, kompetanse eller hvem som har mye erfaring med familiepasienter. Flere deltakere synes at fagkunnskap om familier og barn er et viktig hensyn, men at det ikke alltid er mulig å få det til. Resultater i Sirius-rapporten viser at det er gjennomgående høyt utdanningsnivå blant de ansatte i

institusjonene. De fleste av disse har imidlertid generelle høgskoleutdanninger som gir et godt grunnlag for å arbeide i institusjoner, men som ikke gir spisskompetanse på de områdene som er viktige i arbeidet inn mot familier (Solbakken et al., 2005, s. 86).

Multisenterstudien påpeker viktigheten med at kunnskapen om barne- og familieperspektivet bør styrkes ved undervisning av helsepersonell og i alle helsefaglige grunnutdanninger og spesialistutdanninger (Ruud et al., 2015, s. 12). Arbeid med barn og foreldre som påvirkes av rusproblemer er krevende arbeid som forutsetter omfattende kompetanse for alle som jobber med familiene. «Å neglisjere de ulike yrkesgruppers behov for kompetanse er det samme som å neglisjere barnefamilier med rusmiddelproblemer» (Killén & Olofsson, 2003, s. 18).

Deltakerne i denne studien påpeker at det foreligger prosedyrer på alt arbeidet og behandlingen ved institusjonen. De synes prosedyrene er viktige og at de gir en trygg ramme. Noen deltakere sier at de føler seg avhengige av dem for å gjøre en god jobb, at de er en god støtte i arbeidet. Humerfelt (2014) viser til at helsepersonell mener at det er viktig med kompetanse som styrker dem til å gripe fatt i den uroen som en kan føle overfor barnets omsorgssituasjon i møte med foreldrene. De er opptatt av å kunne håndtere den uroen de kan oppleve, gjenkjenne den og vite hvordan de skal ta utgangspunkt i den for å avdekke barnets virkelige omsorgssituasjon (s. 39-40). Deltakere fra denne studien mener at strukturen ved institusjonen ikke alltid er så fast, og at det er litt opp til hver ansatt hvordan de har lyst til å gjøre ting. Deltakerne mener at dette kan handle om at det ikke er tydelig nok definert, hvordan det skal eller bør være. Det gir muligheter for at de ansatte kan gjøre ting på sin måte. I studien til Homme (2011) forteller de ansatte at de er seg selv og bruker personlig erfaring og teoretisk kunnskap samtidig (s. 43). Deltakere fra denne studien påpeker at det uansett er viktig i arbeidet, å løfte frem om det er en faglig vurdering eller en personlig mening.

Folkehelseinstituttet (2018) beskriver familiebehandling i spesialisthelsetjenesten som differensiert og at det skal gis tilpassede løsninger for familiene i størst mulig grad. Sirius-rapporten påpeker at det er ressurskrevende å følge opp til tider marginalt fungerende foreldre og barna kan i mange tilfeller kreve mer av foreldrene og av omsorgs- og støttetiltak

enn andre barn (Solbakken et al., 2005, s. 90). Deltakerne fra denne studien ønsker at rammene kan tilpasses hver pasient i større grad, uten at det går utover faglighet eller forsvarlighet. Tematikk som omhandler ressurser, finner vi igjen i annen forskning. I studien til Paulsen (2017) formidler de ansatte at de føler på et kontinuerlig press og at de er der for å gjøre sin livs viktigste jobb, men at ikke rammene alltid legger til rette for det (s. 31). Deltakerne i denne studien fremhever hvor mye rammer og ressurser har å si for pasientenes behandling. Det handler mye om hvor godt det kan tilrettelegges for hele familien inne på institusjonen. Hver familie har sine behov og behandlingen bør tilrettelegges ut fra de familiene som er innlagt til enhver tid. Sælør, Ness, Borg og Biong (2015) fant tilsvarende utfordringer i arbeidsforholdene til ansatte i rusrehabiliteringsfeltet. Disse medarbeiderne opplevde arbeidsorganiseringen som for rigid og begrenset til å gi rom for den fleksibiliteten og åpenheten de mente var nødvendig for behandlingen. Dobbel behandling inkluderer ytterligere og ambisiøse behandlingskrav, ikke bare med søkelys på den rusavhengige pasienten, men også på hele familien og barnets beste. Fagfolk i dobbeltbehandling kan derfor oppleve enda høyere krav enn i tradisjonell rusbehandling (referert i Wiig et al., 2018, s. 192).

6.4 Avslutning av drøfting

I drøftingskapittelet har jeg brukt av empiri fra datamaterialet i denne studien, i lys av tidligere forskning og teori. Jeg valgte å drøfte ut ifra de tre hovedkategoriene som ble identifisert gjennom analysen. Disse var: 1) De ansatte opplever relasjonene som sårbare, 2) De ansatte har en dobbeltrolle, og 3) De ansatte vil stå sammen i det vanskelige. Jeg har gjennom drøftingskapittelet ønsket å belyse subgruppene: 1) Ikke gå bak ryggen på, å skulle vite hva som er best for andre og å ville de vel, 2) krevende med familier, å være hjelper og kontrollør og personlig og faglig, og 3) rolleavklaring, ha samlet forståelse og rammer og ressurser er styrende. Oppsummering fra drøftingskapittelet vil komme i avslutningen i kapittel 7.

7 Avslutning

I denne studien har jeg undersøkt helsepersonells erfaringer med familier innlagt i rusbehandling, og forståelsen de har av dobbeltrollen i familiearbeidet. Problemstillingen i oppgaven er: «Hvilke erfaringer har fagpersoner i TSB med familier innlagt til rusbehandling, og hvilken forståelse har de av sin dobbeltrolle i familiearbeidet?». For å svare på problemstillingen har jeg gjennomført tre fokusgruppeintervjuer med helsepersonell fra en institusjon i TSB. Intervjuene har blitt analysert, transkribert og tolket. Jeg har analysert frem koder og subgrupper fra datamaterialet, som videre ble presentert i resultatkapittelet. I drøftingskapittelet har jeg drøftet resultatene i lys av tidligere forskning og teori.

7.1 Konklusjon

En balansekunstner er i overført betydning en «person som inntar mellomstandpunkter og greier å bevare et godt forhold til to eller flere stridende parter» (Det norske akademis ordbok, 2023). Resultater fra denne studien, sett opp mot tidligere forskning og teori, viser at det å ha familier innlagt til behandling kan være både krevende og spennende.

Fagpersoner balanserer i et fagfelt som er både individ- og familierettet, i en dobbeltrolle som skal gi både rus- og familiebehandling og gi hjelp til pasientene, samtidig som de skal kontrollere at omsorgssituasjonen til barnet er god. De ansatte må i sitt arbeid balansere mellom hjelp og kontroll, personlig og faglig, nærhet og distanse, til tider motstridende behov hos voksne og barn, og mellom selvstendig jobbing og team-arbeid.

En forutsetning for å lykkes i arbeid med familier i rusbehandling er at de profesjonelle etablerer relasjoner hvor foreldrene føler seg respektert og godt ivaretatt. Relasjonene må bygges på åpenhet, ærlighet og tydelighet, som kan gi trygghet til pasientene. Det er utfordrende å skape tillitsfulle relasjoner fordi foreldre kjenner på frykt for å miste omsorgen for barnet. Helsepersonell ønsker at foreldrene kan stole på dem, men den kontinuerlige vurderingen av barnets omsorgssituasjon og opplysningsplikt til barnevernet vil gjøre at de nødvendigvis ikke får all informasjon. Det er alltid barnets beste som er rådende, selv om det kan føles som et svik og tillitsbrudd fra foreldrene. Foreldre kan tåle mye hvis de kjenner at de ansatte har gode intensjoner og vil de vel. Resultater fra studien viser at ansatte har stor

motivasjon for å jobbe med et spennende og ansvarsfullt fagfelt, også til tross for at mange har havnet der av tilfeldigheter. Det er behov for tydelige rolleavklaringer og forutsigbarhet i arbeidet som skaper trygghet for de ansatte, og felles forståelse og felles praksis fremheves som viktig.

7.2 Avsluttende kommentarer

Min forforståelse var at det er krevende og vanskelig å inneha en dobbeltrolle i arbeidet med familier, og at det er vanskelig å balansere mellom hjelp og kontroll. Studien skulle i utgangspunktet omhandle det spenningsfeltet som ligger mellom hjelp og kontroll. Fokusgruppesamtalene handlet om så mye mer enn dette spenningsfeltet, noe som gjorde at jeg måtte tenke nytt om studien. Analysen viste at fagpersonene ikke nødvendigvis synes at det er så vanskelig å være hjelper og kontrollør, men at det krever en god balanse. De ønsker å være begge deler for å være genuine i sin relasjon med foreldrene. Resultater viser at det er krevende og ansvarsfullt å jobbe med familier, og at det tar mer tid enn arbeid med pasienter uten barn. Jeg sitter likevel igjen med en opplevelse av at de ansatte i TSB har stort engasjement for jobben sin, at de synes det er spennende med kompleksiteten i familiearbeidet og at motivasjonen for å bidra inn i endringsarbeidet er stor.

7.3 Implikasjoner for videre forskning

Jeg har gjennom denne studien hatt et ønske om å synliggjøre fagfeltet rus- og familiebehandling gjennom forskning og teori om rusens påvirkning. I prosessen har jeg vurdert teoretiske rammeverk som: Etikk, relasjonskompetanse, samarbeid, livsmestring, recovery, empowerment, anerkjennelse, sosial læringsteori, tilknytning, mestring, mm. Dette er perspektiver og teori som ville vært spennende å bruke i tilsvarende studier innenfor samme fagfelt.

Resultatene fra studien synliggjør erfaringer og utfordringer som ansatte møter i arbeidet med rusavhengige pasienter som har barn. Rusproblemer påvirker familielivet og barna,

livsmestring, og plan for arbeid med familier og barn må inn i aktuelt lovverk og retningslinjer. Det står mye skrevet om prioriteringer og planer for pårørendearbeid, men så å si ingenting om barn som er innlagt med foreldrene i rusbehandling.

Spørsmål som jeg stiller:

Viktigheten av kombinert rus- og familiebehandling viser gode resultater i den eksisterende forskningen. Hva er det som gjør at det er så lite forskning på feltet, til tross for at det har blitt oppfordret til dette i veiledere og rapporter i flere år? Hva skal til for å belyse fagfeltet i større grad? Det har vært utfordrende å finne nøyaktige tall på antall barn som har vært innlagt med foreldre i rusbehandling. Hvilke systemer eksisterer for registrering av dette? Hvordan vil den manglende registrering påvirke synligheten av fagfeltet? Hvilken kunnskap er viktig inn i arbeidet, og hvordan kan fagpersoner ivareta kompleksiteten i rollen? Skal alle ansatte jobbe med kombinert rus- og familiebehandling eller bør det spisses mer til faggrupper? Hvordan er forskjellen for barn som blir innlagt med eller uten egen pasientstatus? Hvordan er det for foreldre å være innlagt i kombinert rus- og familiebehandling, og hvordan går det med de etter utskrivelse?

Uansett er det viktig å belyse den totalpakken som familier kan få innenfor TSB, rus- og familiebehandling. Denne totalpakken gir behandling til hvert familiemedlem og hele familien samlet. Det vil gi et godt grunnlag for å kunne mestre et rusfritt familieliv, der barna får mulighet til å vokse opp med sine foreldre.

Referanseliste:

Barnevernsloven. (2021). *Lov om barnevern (§ 4-3)*. Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-06-18-97>

Biong, S. & Ytrehus, S. (2018). *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg. utg.).

Cappelen Damm akademisk.

Brekke, E., Lien, L. & Biong, S. (2017). Experiences of Professional Helping Relations by Persons with Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders.

<https://doi.org/10.1007/s11469-017-9780-9>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg. utg.). Gyldendal akademisk.

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*.

De nasjonale forskningsetiske komiteer.

<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014). *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske komiteer. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

Det norske akademis ordbok. (2023). NAOB. <https://naob.no/>

Folkehelseinstituttet. (2014). *Rusmiddellidelser i Norge*.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/rusmiddellidelser/>

Folkehelseinstituttet. (2018). *Behandling for rusmiddelproblemer i spesialisthelsetjenesten*.

Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/tiltak-og-behandling/behandling-for-narkotikaproblemer-i-spesialisthelsetjenesten/>

Haugan, G. & Rannestad, T. (2016). *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten*. Cappelen Damm akademisk.

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (§ 2-1). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven>

Helsedirektoratet. (2010). *Barn som pårørende*. Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring : veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2016, 24.01.17). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>
- Helsepersonelloven. (1999a). *Lov om helsepersonell m.v.* (33). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helsepersonelloven. (1999b). *Lov om helsepersonell m.v.* (§ 48-49). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helsepersonelloven. (1999c). *Lov om helsepersonell m.v.* (10 a). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hjelmseth, M. & Aune, T. (2018). Uklare rammer gjør det vanskelig å ivareta barn som pårørende. *Sykepleien forskning*, 13.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.65521>
- Homme, L. G. B. (2011). *Om barnevernarbeiderens møte med familien. Betydningen mellom barnvernarbeiderens personlige og private erfaringer og profesjonell praksis i møte med familien* [Diakonhjemmets Høgskole]. <http://hdl.handle.net/11250/98258>
- Humerfelt, K. (2014). Fra handlingslammelse til handlingskraft : å identifisere omsorgssituasjonen til barn som har foreldre med rus- og psykiske problemer.
<http://hdl.handle.net/11250/298151>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. utg.). Abstrakt.
- Kalsås, Ø. R., Selbekk, A. S. & Ness, O. (2020). «Jeg får et helt annet innblikk»: Fagpersoners erfaringer med familieorientert praksis i rusbehandling. *Nordic studies on alcohol and drugs*, 37(3), 243-261. <https://doi.org/10.1177/1455072520914207>
- Killén, K. (2010). *Sveket : II : Ansvar og (be)handling* (4. rev. utg. [i.e. 1. utg. av 2-bindsetg.]. utg., Bd. II). Kommuneforl.

- Killén, K. (2015). *Sveket : I : Risiko og omsorgssvikt - et helseproblem og tverrfaglig ansvar* (5. rev. utg. [i.e. 2. utg. av 2-bindsutg.]. utg., Bd. I). Kommuneforl.
- Killén, K. & Olofsson, M. (2003). *Det Sårbare barnet : barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. Kommuneforl.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lindgaard, H. (2006). *Familieorientert alkoholbehandling : et litteraturstudium af familiebehandlingens effekter*. Sundhedsstyrelsen, Viden- og dokumentationsenheden.
- Lindgaard, H. (2012). *Familier med alkoholproblemer. Et litteraturstudium af familieorientert alkoholbehandling København: Sundhedsstyrelsen*.
- Lossius, K. (2021). *Håndbok i rusbehandling* (3. utgave. utg.). Gyldendal.
- Magnussen, A. (2006). *Barn av familier i rusbehandling : tilbudet til barn som er innlagt i rusbehandlingsinstitusjoner med foreldrene* [Universitetet i Oslo].
<http://urn.nb.no/URN:NBN:no-13319>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Universitetsforl.
- Meld. St. 30. (2011-2012). *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk*.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-30-20112012/id686014/>
- Neger, E. N. & Prinz, R. J. (2015). Interventions to address parenting and parental substance abuse: Conceptual and methodological considerations. *Clin Psychol Rev*, 39, 71-82.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.004>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (§ 2-1b)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Paulsen, K. U. (2017). *Anerkjennelse som nøkkel til samhandling : foreldres opplevelser med opphold på barn- og familiesenter - en fenomenologisk studie* [Høgskulen på Vestlandet]. <http://hdl.handle.net/11250/2467692>

Prop 15 s. (2015-2016.). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/>

Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse : kvalitative metoder i samfunnsfag* (4. rev. utg. utg.). Universitetsforl.

Reupert, A. & Maybery, D. (2014). Practitioners' experiences of working with families with complex needs. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 21(7), 642-651.

<https://doi.org/10.1111/jpm.12149>

Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K. A., Hellman, A., Hilsen, M., Kallander, E. K., Kufås, E., Løvås, M., Peck, G. C., Skogerbø, Å., Skogøy, B. E., Stavnes, K., Thorsen, E. & Weimand, B. M. (2015). *Barn som pårørende : resultater fra en multisenterstudie*. Akershus universitetssykehus HF, i samarbeid med Nordlandssykehuset HF, Helse Stavanger HF Stavanger universitetssykehus, Rogaland A-senter, Sørlandet sykehus HF, Vestre Viken HF, Regionsenter for barn og unges psykiske helse Helseregion Øst og Sør, BarnsBeste.

Sjøvold, M. S. & Furuholmen, K. G. (2015). *De minste barnas stemme : utredning og tiltak for risikoutsatte sped- og småbarn*. Universitetsforl.

Solbakken, B., Lauritzen, G. O. & Lund, M. Ø. (2005). Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer. <http://hdl.handle.net/11250/275961>

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (§ 2-1). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. utg.). Fagbokforl.

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.

Thoresen, L., Rugseth, G. & Bondevik, H. (2020). *Fenomenologi i helsefaglig forskning*. Universitetsforlaget.

Wangensteen, T., Dalsrud, M. K. & Wangensteen, T. (2023). *Når foreldre ruser seg*. Universitetsforlaget.

Whittaker, A., Williams, N., Chandler, A., Cunningham-Burley, S., McGorm, K. & Mathews, G. (2016). The burden of care: a focus group study of healthcare practitioners in

Scotland talking about parental drug misuse. *Health Soc Care Community*, 24(5), e72-e80. <https://doi.org/10.1111/hsc.12249>

Wiig, E. M., Halså, A., Bramness, J., Myra, S. M. & Haugland, B. S. M. (2018). Rescue the child or treat the adult? Understandings among professionals in dual treatment of substance-use disorders and parenting. *Nordisk Alkohol Nark*, 35(3), 179-195. <https://doi.org/10.1177/1455072518773615>

Aadland, E. (2011). *Og eg ser på deg - vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (3. utg. utg.). Universitetsforl.

Vedlegg A: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Spenningsfeltet hjelper- kontrollør»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske spenningsfeltet som ligger mellom å være hjelper og kontrollør for familier/gravide innlagt til kombinert rus- og familiebehandling. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet er en mastergradsstudie i Helsefremmende relasjonsarbeid ved VID vitenskapelig Høgskole. Formålet med prosjektet er å utforske spenningsfeltet mellom å være hjelper og kontrollør for familier innlagt til kombinert rus- og familiebehandling. I prosjektet ønsker jeg å forske på hvilke erfaringer fagpersoner har av hvordan relasjoner, behandling og samarbeid påvirkes av at behandlere er både hjelpere og kontrollører i sitt arbeid. En kan finne dobbeltroller innenfor mange felt. Helsepersonell og kontaktpersoner i barnevernet kan ha forskjellige oppgaver og myndighet, men likevel ha dobbeltrolle som hjelper og kontrollør overfor foreldre. Denne dobbeltrollen kan oppleves som vanskelig å håndtere for alle involverte, og kan igjen bidra til spenninger i samarbeidsklime mellom både behandlere og mellom behandler og pasient. Ved å utforske hvilke erfaringer og opplevelser behandlere har til temaet dobbeltrolle, vil studiet bidra til å belyse hvordan praksisen rundt familiene og de gravide er på institusjonen. Videre vil refleksjonene og drøftingene i fokusgruppene skape en åpenhet mellom deltakerne i deres egne opplevelser og erfaringer fra sitt arbeid.

Prosjektet skal etter planen avsluttes mai, 2023.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

VID vitenskapelig høgskole, fakultet for helsefag, er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir spurt om å delta i prosjektet fordi du arbeider med det familiefaglige arbeidet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det er ønskelig med deltakere som er involvert i både rus- og familiebehandling ved institusjonen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelse i studien innebærer å delta i en fokusgruppesamtale med 4-6 andre behandlere.

Fokusgruppen foregår som en gjensidig samtale mellom behandlerne, og den ledes av meg som moderator. Samtalen vil omhandle deres egne erfaringer og opplevelser rundt det å være i et spenningsfelt mellom hjelper og kontrollør for de gravide og familiene. Den vil også omhandle din forståelse av hvordan dette påvirker behandlingen, samarbeidet og relasjonene. Selve fokusgruppen varer maksimalt to timer, og vil bli tatt opp på lydbånd.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du som deltaker trekker deg etter at fokusgruppeintervjuet er gjennomført, vil materialet fra intervjuet bli benyttet uten at ditt bidrag benyttes i analysen. I forbindelse med fokusgruppeintervjuet undertegner du samtykkeerklæringen på siste side.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. I etterkant av fokusgruppen vil lydopptaket bli transkribert, og all data vil bli anonymisert og nummerert før lydopptaket slettes. Det er kun student og veileder som har tilgang til det transkriberte datamaterialet. Prosjektleder/ veileder er underlagt taushetsplikt i henhold til Forvaltningslovens § 13 og Helsepersonelloven § 21. Datamaterialet er anonymt, så ingen personer vil kunne gjenkjennes. I oppgaven vil du som deltaker få et fiktivt navn. Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS. Prosjektet er ikke rapporteringspliktig til Regional etisk komité.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes mai- 2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID vitenskapelig høgskole, har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- å få innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
 - å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
 - å få slettet personopplysninger om deg
 - å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger
-
- Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, kan du ta kontakt med:
 - VID vitenskapelig høgskole ved professor Marit Helene Hem.

 - Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:
 - Personverntjenester på epost: personverntjenester@sikt.no
eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Marit Hem

(Professor/veileder)

Karianne Belsvik

(Student)

Vedlegg B: Samtykkeskjema

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet “*Spenningsfeltet hjelper- kontrollør*”, og har fått anledning til å stille spørsmål.

___ Jeg samtykker til å delta i fokusgruppesamtale

___ Jeg ønsker å få tilsendt masteroppgaven på epost når prosjektet er avsluttet

___ Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet i mai-2023.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg C: Intervjuguide

GUIDE TIL FOKUSGRUPPESAMTALE

Introduksjon

Velkommen til denne samlingen, og tusen takk til hver og en av dere for at dere har tatt dere tid til å bli med i denne diskusjonen.

Utgangspunktet mitt for masterprosjektet er egne erfaringer omkring temaet. Min nysgjerrighet og undring ligger i hvordan alle deres erfaringer og opplevelser er omkring temaet dobbeltrolle, og forståelsen deres av hvordan dette kan påvirke behandling, samarbeid, relasjoner og eget arbeid. Det er dette som vil være mitt utgangspunkt for studiet, og mine egne erfaringer vil kun være en del av forforståelsen i forkant. Det er viktig for meg å presisere at det ingen svar som er feil, alle stemmene her er like verdifulle for mitt forskningsspørsmål. Jeg har lyst til at alle skal delta, slik at vi kan ha en samtale sammen. Jeg vil derfor oppfordre dere til å svare hverandre underveis i samtalen, og presentere ulike synspunkter. Fortell gjerne om konkrete situasjoner dere har stått i.

Jeg skal ta opp samtalen slik at jeg får med meg alt som blir sagt. Lydopptaket blir transkribert når samtalen er ferdig. Samtalen er konfidensiell, og ingen navn blir tatt med i oppgaven. Det er ikke mulig å høre lyd gjennom appen på telefonen, man må være logget inn via skolen i noe som heter nettskjema. Dette for konfidensialitet og taushetsplikt. Veileder fra VID vil ha tilgang på lydopptaket inne i nettskjemaet.

Er det noen som har noen spørsmål før vi begynner?

Åpningsspørsmål

Som en start hadde det vært fint om dere kunne fortalt hvilken stilling dere har, hvor lenge dere har jobbet ved institusjonen og hvilken rolle dere har i arbeidet med de gravide og

familiene. (Utdanning, ev videreutdanning, stilling, rolle inn i familiearbeidet, antall år på institusjonen, hvor lenge siden du jobbet der)

Hovedspørsmål (55 minutter)

1. Når familier/ gravide blir innlagt til behandling, hvordan tildeles behandlere? Hvilke samarbeidspartnere er aktuelle å involvere eller er allerede involvert?
2. Hva er din motivasjon for å jobbe med familier/ gravide innlagt i behandling, og hva anser du som viktige faktorer for dette arbeidet og i møtene med pasientene? Skill gjerne på voksne og barn.
3. Hvilken forståelse har dere om det å være "hjelper" i arbeidet med gravide/ familier? Sett i lys av at behandlingen er for både voksne og barn.
4. Hvilken forståelse har dere om det å være "kontrollør" i arbeidet med gravide/ familier? Sett i lys av at behandlingen er for både voksne og barn.
5. Er det forskjell på hvem som er hjelper og hvem som er kontrollør i arbeidet? Defineret rolle?
6. Hva er deres opplevelser av å stå i spenningsfeltet hjelper- kontrollør? Er det forskjell på dette overfor voksne og barn, familien som helhet? Vil dette spenningsfeltet gjøre seg særlig gjeldende i saker hvor det er økt bekymring for barnets omsorgssituasjon?
7. På hvilken måte opplever dere at spenningsfeltet/dobbeltrullen påvirker behandlingen til pasientene, både voksne og barn? Hvordan kombineres dette spenningsfeltet for både rus- og familiebehandling?
8. På hvilken måte opplever dere at spenningsfeltet/dobbeltrullen påvirker alt samarbeid? (med pasienter, internt (mellom ansatte) og eksternt (med samarbeidspartnere)? Hvilke faktorer bidrar til et godt samarbeid, hvilke faktorer kan gjøre at samarbeidet ikke fungerer?
9. På hvilken måte opplever dere at spenningsfeltet/dobbeltrullen påvirker forholdet mellom behandler og pasient?
10. Hvilke styrker og muligheter anser dere som viktige i dette spenningsfeltet/dobbeltrullen?


11. Hvilke dilemmaer og utfordringer opplever dere i dette spenningsfeltet/dobbelrollen?
12. Kan dere fortelle om en hendelse der dere mestret situasjonen godt?
13. Kan dere fortelle om en hendelse der situasjonen ble utfordrende?

Avslutningsspørsmål

- Hva er det som ikke er kommet med? Er det noe dere tenker på som vi burde snakket om, eller snakket mer om?
- Hvis det er noe som skulle blitt endret på i denne dobbelrollen/ spenningsfeltet, hva skulle det vært? Hva skal til for å endre på dette?

Vedlegg D: Godkjenning fra NSD

12.05.2023, 15:30 Meldeskjema for behandling av personopplysninger

 Sikt

[Meldeskjema](#) / [Spenningsfeltet hjelper- kontrollert](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer 403533	Vurderingstype Standard	Dato 07.07.2022
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

Prosjekttittel
Spenningsfeltet hjelper- kontrollert

Behandlingsansvarlig institusjon
VID vitenskapelige høgskole / Fakultet for helsefag / Fakultet for helsefag Oslo

Prosjektansvarlig
Marit Helene Hem

Student
Karianne Belsvik

Prosjektperiode
01.06.2022 - 31.05.2023

Kategorier personopplysninger
Alminnelige

Lovlig grunnlag
Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.05.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar
Personverntjenester har en avtale med den institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at gjennomføringen av prosjektet ditt er lovlig etter personvernforordningen (GDPR).

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET
Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

LOVLIG GRUNNLAG
Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.
Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER
Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelige angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lenger enn nødvendig for å oppfylle formålet

<https://www.sikt.no/sikt/arkiv/2023/05/12/403533-964c-4bc5-9f77-47b438889fa1/vurdering> 1/2

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>
Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!