

BSOBAC-3 21V
Bacheloroppgave med forskningsmetode

Inkludering av pårørende i tverrfaglig spesialisert rusbehandling –
en litteraturstudie



Det samfunnsvitenskapelige fakultet
Bachelor i sosialt arbeid

Universitetet i Stavanger 18.Mai 2021

Kandidatnummer: 3083

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	5
<i>1.1 Bakgrunn for valg av tema.....</i>	<i>5</i>
<i>1.2 Presentasjon av problemstilling</i>	<i>5</i>
<i>1.3 Oppgavens relevans</i>	<i>6</i>
<i>1.4 Begrepsavklaringer.....</i>	<i>7</i>
<i>1.5 Oppgavens struktur.....</i>	<i>8</i>
<i>1.5.1 Avgrensing</i>	<i>8</i>
<i>1.5.2 Disposisjon</i>	<i>8</i>
2. Teori.....	10
<i>2.1 Rusreformen 2004</i>	<i>10</i>
<i>2.2 Politiske føringer og lovverk som vektlegger pårørendeinkludering.....</i>	<i>11</i>
<i>2.3 Ulike metoder for pårørendeinkludering.....</i>	<i>12</i>
<i>2.4 Perspektiver på rusavhengighet</i>	<i>13</i>
<i>2.4.1 «Stress -strain-coping-support» (SSCS)</i>	<i>14</i>
<i>2.4.2 Sosial økologiske modellen.....</i>	<i>14</i>
<i>2.5 Bakkebyråkrater</i>	<i>16</i>
3. Metode	17
<i>3.1 Valg av metode.....</i>	<i>17</i>
<i>3.2 Svakheter og styrker ved metoden.....</i>	<i>18</i>
<i>3.3 Søkestrategi, databaser, inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier.....</i>	<i>19</i>
<i>3.4 Studiens utvalg.....</i>	<i>19</i>
<i>3.5 Hva er felles og ulikt for artiklene?</i>	<i>21</i>
<i>3.6 Kildekritikk.....</i>	<i>22</i>
<i>3.6 Analyse.....</i>	<i>22</i>
4. Funn	24

4.1 Funn fra analyse	24
4.1.1 Betydning av pårørendeinkludering for pasient, ansatte og pårørende selv ...	24
4.1.2 Individfokus	25
4.1.3 Holdninger, lovverk og rettigheter til pårørende	26
5. Drøfting	30
5.1 Individfokus i rusbehandling	30
5.2 Samtykkeregler og medvirkningsrettigheter	32
5.3 Holdninger	34
5.4 Implikasjoner til sosialt arbeid	35
6. Avslutning	37
6.1 Konklusjon	37
6.2 Mangler ved oppgaven	38
6.3 Forslag til videre forskning	38
Litteraturliste	39

Antall ord i besvarelsen: 12.835

1. Innledning

Dette kapittelet gir innblikk i oppgavens tema og problemstilling. Oppgaven handler om pårørendeinkludering i rusbehandlingsforløp.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Politiske retningslinjer understreker viktigheten av at pårørende blir inkludert i behandlingen av personer med rusavhengighet. Generell faglitteratur beskriver også 3nyttene av pårørendeinkludering i behandlingen av rusavhengige, ettersom en god relasjon med familie og pårørende kan være helt avgjørende for å oppnå en varig endring (Ytrehus, 2018, s. 217). Likevel viser forskning at behandlingstilbudene har en lang vei å gå når det gjelder å inkludere pårørende i behandlingsforløp.

En kartlegging gjennomført av Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest presiseres at pårørendeinkludering i rusbehandling skjer i svært begrenset omfang (Lossius, 2021, s. 264). Også nasjonale undersøkelser viser at samarbeid med pårørende er et område med stort forbedringspotensial (Kalsås et al, 2020, s. 3).

Det er dokumentert at behandling som inkluderer familie gir en økt behandlingseffekt, både for den avhengige og for de pårørende (Lindgaard, 2012, s. 13). Lindgaard har i sin studie av tidligere forskning funnet at familieorientert praksis i høyere grad enn individuell behandling kan motivere til endring, holde pasient i behandling lengre, redusere/stoppe forbruk, fastholde forandring over flere år, forebygge tilbakefall og øke trivsel i familien (Lindgaard, 2012, s. 14). Helsedirektoratet har også understreket viktigheten av at pårørende blir brukt som en resurs i behandling av rusavhengige (2012, s.42).

Forskningsgjennomgangen ovenfor viser at det er behov for mer kunnskap om hvilke faktorer som hemmer og fremmer pårørendeinkludering. Denne oppgaven skal bidra med slik kunnskap gjennom en systematisk gjennomgang av relevante forskningsstudier.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Pårørende blir ansett å være en resurs for både pasient og behandlingstilbudet (Opptappingsplanen for rusfeltet 2016-2020; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s.

46; Helsedirektoratet, 2017). Pårørende har vanligvis både en relasjon og inngående kunnskap om pasienten som kan være betydningsfullt for å støtte pasientens endringsprosess (Helsedirektoratet, 2017). Det er også viktig å inkludere pårørende for deres egen del, ettersom mange har behov for profesjonell støtte for å mestre pårørenderollen (Andersen, 2021, s.249). Forskning viser nemlig at rollen innebærer stress og belastninger som kan føre til psykisk og fysisk sykdom, isolasjon og familiære konflikter (Andersen, 2021, s. 249).

Oppgaven har fokus på pårørende til personer med rusavhengighet og hvordan pårørende kan bidra til positiv endring i behandlingsforløp. Formålet er å bidra til økt kunnskap om hva som påvirker ansattes vurderinger når det gjelder pårørendeinkludering. En kartlegging av denne kunnskapen kan gi et innblikk i hvordan ansatte inkluderer pårørende, og hvilke eventuelle utfordringer de står overfor. Jeg har på denne bakgrunn valgt å undersøke følgende problemstilling:

«Hva vektlegges som viktig for at ansatte innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal lykkes med pårørendeinkludering, og hva hindrer ansatte til å inkludere pårørende?».

1.3 Oppgavens relevans

Oppgaven har relevans både for sosialt arbeid og for samfunnet generelt. Kort fortalt er sosialt arbeid en form for hjelpearbeid, hvor målet er å forebygge, lindre eller løse sosiale problemer (Berg et al, 2015, s.19). Et sosialt problem handler om vansker mellom individ og samfunnet rundt, og kjennetegnes med at det rammer flere en kun et enkeltindivid (Ellingsen & Levin, 2015, s. 48). Ellingsen og Levin (2015, s. 50) skriver videre at sosiale problemer må forstås som problemområder der både strukturelle, samt mellommenneskelige forhold, spiller inn. Rusavhengighet er et sosialt problem som påvirker mange aspekter ved livet, som nære relasjoner, jobb, psykisk helse og fysisk helse. Utfordringer på slike områder kan igjen føre til ytterligere utfordringer som arbeidsledighet, ensomhet eller lignende. Det kan også påvirke nære pårørendes psykiske helse, da det kan være enormt belastende å leve tett på en som er rusavhengig (Lossius, 2021, s. 27). Analyseenheten i sosialt arbeid er «personen i situasjonen», og det handler om at en skal se personen utfra den sammenhengen en er i (Levin, 2015, s. 72). Dette betyr

at en ikke kun skal fokusere på individet, men plassere fokuset på vekselvirkninger mellom individet og dets omgivelser. Derfor er personene rundt pasienten også viktig i sosialt arbeid. Dette er knyttet til systemteori. Systemteori er mer opptatt av relasjoner mellom mennesker enn å se på individuelle egenskaper (Hutchison & Oltedal, 2003, s. 170). En må se pasient som en del av et større system. For å lykkes med en god behandling må fokuset derfor ligge på hvilke sammenhenger som kan ha ført til problemet, og se på hele systemet, blant annet relasjoner. Derav blir pårørende en viktig del av behandlingsforløpet til pasient.

Rusavhengighet er et sosialt problem med individuelle og relasjonelle konsekvenser, samtidig som det også gir ringvirkninger for samfunnet. At rusavhengige lykkes i sitt behandlingsforløp, kan være samfunnsøkonomisk gunstig. Dette fordi at behandling i seg selv koster samfunnet mye penger, men også på bakgrunn av de konsekvensene rusavhengighet medfører, som arbeidsledighet, kriminalitet, psykiske plager og mer. Å lykkes med behandlingsforløp er nyttig også i et folkehelseperspektiv, da rusavhengigheten i tillegg til individuelle plager også påvirker pårørendes helse. Dersom pårørende kan medvirke til at pasient lykkes med rusbehandling er det noe samfunnet kan dra nytte av, og ikke kun de som behandles.

1.4 Begrepsavklaringer

Døgntilbehandling og poliklinisk tilbehandling

Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling sitt område ligger blant annet døgntilbehandling og polikliniske avdelinger. I døgntilbehandling blir pasientene lagt inn på en institusjon hvor de oppholder seg i den tiden de er i tilbehandling. En poliklinisk rusbehandling er tilbehandling hvor en møter opp til ulike tidspunkt, men pasient blir ikke lagt inn. Det er disse to formene for tilbehandling som undersøkes.

Pasient

Etter rusreformen i 2004 ble tilbehandling av rusavhengighet en del av spesialisthelsetjenesten, og rusmiddelavhengige fikk pasientrettigheter på lik linje med andre pasientgrupper (Haga, 2021, s. 94). På grunnlag av dette, vil begrepet pasient brukes om den rusmiddelavhengige i denne oppgaven, da oppgaven omhandler rusavhengige som er i tilbehandling og derav får hjelp av spesialisthelsetjenesten.

Pårørende og familie

I oppgaven brukes ordet pårørende, selv om det snakkes om en familieorientert praksis og familieterapi. I pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3b er det nedfelt at pårørende er «den personen som pasient velger skal anses som pårørende eller nærmeste pårørende» (Andersen, 2021, s. 250). Dette innebærer at pasienten selv kan velge hvem som er deres pårørende, og det trenger derfor ikke være familie. Likevel er det ofte snakk om familie når en snakker om pårørende, og noen av artiklene som er brukt i oppgaven bruker kun begrepet familie. Fotsålenes av hva en familie er har endret seg mye i løpet av de siste årene (Ytrehus, 2018, s. 215). Ytrehus (2018, s. 215) skriver videre at familie kan i dag regnes om en rekke ulike samlivsformer og relasjoner. Altså relateres ikke familie kun om juridisk gyldig ekteskap, biologiske bånd eller spesifikke roller og forpliktelser (Ytrehus, 2018, s. 215).

I oppgaven brukes ordet pårørende om alle de nære menneskene rundt pasienten som påvirkes av rusmiddelbruket. Begrepet familie brukes også i oppgaven, dette er kun når det refereres fra en artikkel som bruker familie som begrep.

Familieorientert behandling

Begrepet beskriver en praksis hvor en inkluderer familiemedlemmer, og det legges også vekt på at familiemedlemmer selv kan få hjelp til sine problemer (Andersen, 2021, s. 264).

1.5 Oppgavens struktur

1.5.1 Avgrensing

For å avgrense oppgaven har jeg rettet blikket mot de ansatte, og på voksne pårørende. Oppgaven undersøker muligheter og utfordringer fra ansattes erfaringer i sitt arbeid når det gjelder pårørendeinkludering. Oppgaven undersøker også pårørendes og pasienters erfaring med pårørendeinkludering. Oppgaven er avgrenset til å omhandle tverrfaglig spesialisert rusbehandling, noe som utelukker kommunale tjenester.

1.5.2 Disposisjon

I kapittel 2 vil det trekkes frem teori som omhandler rusreformen i 2004 og politiske føringer, dette for å avklare oppgavens kontekst. Deretter vil det trekkes inn teori om

kunnskapsgrunnlaget og forståelse av rusavhengighet da dette belyser funn fra undersøkelsen. Til slutt i teorikapittelet skrives det om Lipsky's teori om bakkebyråkrater. I kapittel 3 beskrives litteraturstudiet og analysemetoden først generelt, så mer spesifikt om hvordan jeg har gått frem for å finne litteraturen som brukes i oppgaven. I samme kapittel vil et kort sammendrag fra de fire artiklene som studeres bli presentert. Deretter blir funnene fra analysen lagt frem i kapittel 4. Kapittel 5 drøfter funnene fra analysen, og dette gjøres i lys av teori og tidligere forskning. Avslutningsvis i kapitelet vil implikasjoner til sosialt arbeid presenteres. I kapittel 6 avsluttes oppgaven med en konklusjon og forslag til videre forskning.

2. Teori

I dette kapitlet presenteres teori, lovverk og undersøkelser som tydeliggjør konteksten for oppgaven, og som belyser funnene som drøftes. Perspektivet i oppgaven er sosialt og teori som er inkludert samsvarer med sosiale forståelsesmodeller.

2.1 Rusreformen 2004

Rusreformen i 2004 førte til endringer på rusfeltet som har bidratt til at rusavhengighet blir betraktet på nye måter. Tidligere var rusbehandling tillagt en særomsorg som hadde dårligere rettigheter enn andre pasientgrupper (Hole, 2020, s. 111). Rusreformen i 2004 førte til store endringer på området, og en av de mest betydelige endringene var at rusavhengighet gikk fra å være definert som primært et sosialt problem, til å bli anerkjent som en sykdom (Hole, 2020, s. 111). Gjennom rusreformen i 2004 fikk mennesker med rusavhengighet rettigheter under lov om spesialisthelsetjenester (Selør & Bjerknes, 2018, s. 142). Rusavhengige fikk på bakgrunn av dette tilbud om behandling innenfor et spesialisert område, noe som ga status som pasient, og hvor rusavhengighet ble anerkjent som en sykdom. Rettigheter i spesialisthelsetjenesten innebærer en tverrfaglig spesialisert rusbehandling (heretter TSB) (Sælør & Bjerknes, 2018, s. 142). Med dette menes at behandlingen skal utøves på spesialisert nivå og at flere ulike kompetanser er nødvendige, som både medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse (Sælør & Bjerknes, 2018, s. 142). I TSB forventes behandlingen å ivareta helsemessige behov samt sosiale behov (Sælør & Bjerknes, 2018, s. 142). Behandling handler om «planlagte tiltak som skal bidra til endringer i en positiv retning ved å redusere symptomer og øke mestring» (Sælør & Bjerknes, 2018, s. 142).

Reformen representerer et skifte fra at rusavhengighet gikk fra sosial omsorgslovgivning til ordinær helselovgivning (Selbekk, 2016, s. 62). En gikk fra å være «klient» til å bli «pasient», og rusbehandling i Norge ble lagt under det medisinske området (Selbekk, 2016, s. 62). Selbekk (2016, s. 62) skriver videre at som følge av dette ble prinsipper som styrer somatisk praksis en del av rusfeltet, som igjen førte til at rusavhengighet blir sett som et mer individuelt problem hvor pasient kommer for å få behandling for sin sykdom.

Forslaget til en ny rusreform som ble fremlagt nylig, handler om avkriminalisering av de som bruker ulovlige rusmidler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020-2021). Den kan

forstås som enda en styrking av rusavhengighet som et medisinsk anliggende, da en møtes med hjelp fremfor straff. Når en avkriminaliserer rusmidler, bidrar det til å redusere stigma og skam. Hvordan reformen vil påvirke pårørendes rolle i behandlingsforløpet er usikkert. Men uansett vil hvordan vi som samfunn ser på rusavhengighet, påvirke hvordan vi møter fenomenet. Det kan derfor tenkes at reformen vil bidra til endring på hvordan en ser på mennesker med rusavhengighet, og forhåpentligvis på hvordan pårørenderollen blir forstått.

2.2 Politiske føringer og lovverk som vektlegger pårørendeinkludering

Politiske føringer understreker viktigheten av inkludering av pårørende i rusbehandling. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-retningslinjen) anerkjenner pårørende som en viktig ressurs i behandlingen, og viser til forskning som understreker dette (Helsedirektoratet, 2012, s. 42). Videre påpekes det at å utelate pårørende som «hovedregel ikke er god praksis» selv om pasient ønsker det (Helsedirektoratet, 2012, s. 42). Også opptrappingsplanen for rusfeltet, stortingsmeldingen «Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk», og veileder for behandling og rehabilitering av rusproblemer understreker hvor viktig pårørendes rolle i behandling er (Kalsås et al, 2020, s. 224-225). Det er altså tydelig at nasjonale politisk-faglige føringer er opptatt av temaet og anser det som viktig at pårørende blir inkludert i behandlingen av rusavhengige (Kalsås et al, 2020, s. 224).

Det eksisterer også lovverk som gir rettigheter til de pårørende i spesialisthelsetjenestene. I Pasient- og brukerrettighetsloven §3-3 følger det av første ledd at pasientens nærmeste pårørende skal ha informasjon om helsetilstanden og helsehjelp som ytes, dersom det foreligger et samtykke eller dersom forhold tilsier det. Ut fra bestemmelsen må det altså som hovedregel foreligge samtykke. Dersom pasienten ikke samtykker, sier likevel helsedirektoratet i sin pårørendeveileder at helsepersonell alltid skal gi pårørende tilbud om generell informasjon (Helsedirektoratet, 2018). Dette begrunnes med at helsetjenester har en generell veiledningsplikt som innebærer at pårørende som etterspør det alltid har rett på generell informasjon, noe som ikke krever samtykke fra pasient (Helsedirektoratet, 2018). Videre påpeker helsedirektoratet at informasjon som de pårørende allerede er kjent med

heller ikke er taushetsbelagt. Dette viser at selv om det eksisterer lovverk om gir pårørende rettigheter er det svært begrenset, og avhengig av at pasienten gir samtykke.

2.3 Ulike metoder for pårørendeinkludering

Pårørende kan inkluderes på mange ulike måter, og det kan være ulike overordnede mål med behandlingen (Andresen, 2021, s. 264). En metode for inkludering fokuserer på rusbehandling gjennom familien, og har som formål å motivere den rusavhengige til å starte atferdsendring (Andresen, 2021, s. 264). Andresen (2021, s. 264) påpeker at det handler om å skape endringer hos familiemedlemmer på en slik måte at den rusavhengige motiveres til å endre seg. Community Reinforcement and Family Training (heretter CRAFT) metoden viser seg ha solid effekt. CRAFT metoden er kognitiv atferdsterapi hvor fokus ligger på hvordan familiemedlemmer kan støtte den avhengige (Dutcher et al, 2009, s.1). En annen metode fokuserer på å redusere rusbruken, og å bedre familiefunksjon da det antas at dette henger tett sammen (Andresen, 2021, s. 265). Her påpekes det at metoder som familiesystematisk terapi, atferdsterapeutisk parterapi, og nettverksterapi er av god effekt, og at en slik tilnærming synes å være like effektiv eller bedre en individuell terapi (Andersen, 2021, s. 265). Dette er terapiformer hvor pasient og pårørende går sammen. En tredje metode er behandle pårørende for å redusere egne plager en får som følge av å være tett på en som er rusavhengig (Andresen, 2021, s. 264). (2021, s. 164) trekker frem «stress-strain-coping-support-model» (heretter SSCS) som forklares nøyere i neste avsnitt, CRAFT og selvhjelpsgrupper.

I alt sosialt arbeid som omhandler mennesker er det viktig å ta etiske betraktninger, og i noen tilfeller vil det av etiske grunner ikke være anbefalt å inkludere familien eller andre pårørende (Andresen, 2021, s. 266). Som sosialarbeider må en bruke faglig skjønn for å vurdere om inkludering gjør at noen kommer i fare, og om det er hensiktsmessig i hvert enkelt tilfelle (Andresen, 2021, s. 266). Andresen konkluderer videre at en hovedregel er at den beste behandlingen er den som gagnar alle parter. Noen ganger krever dette at familien blir inkludert som en del av behandlingen, andre ganger at familien får hjelp for egne vansker helt uavhengig av den rusavhengige (Andresen, 2021, s. 266).

Det handler mye om kritisk refleksjon over egen praksis. Målet med kritisk refleksjon er en «bevisstgjøring som skal føre til utvikling av ny kunnskap, som videre skal bidra til holdningsendring og aktiv handling for å endre og bedre praksis for det beste til brukerne»

(Askeland, 2011, s. 41). Som sosialarbeider jobber en med mennesker, og derfor er egne verdier og holdninger viktig for arbeidet en gjør (Eide & Oltedal, 2015, s. 80). For å bli bevisst sine verdier og holdninger i møte med andre, bør sosialarbeider reflektere over dem, da disse ligger til grunn for utøvelsen av arbeidet. Det handler om å reflektere over hvorfor en handler som en gjør, bli bevisst på dette, for dermed å kunne handle klokere neste gang (Eide & Oltedal, 2015, s. 95). Det er viktig at sosialarbeidere i møte med rusavhengige og pårørende er kritisk reflekterende fordi en da anerkjenner at alle situasjoner er ulike, og selv om det i enkelte tilfeller bør jobbes mot pårørendeinkludering, er det ikke slik i alle situasjoner. Det er også viktig fordi holdninger påvirker praksis, og dersom en har dårlige erfaringer med pårørende kan dette påvirke holdninger og vilje til å inkludere dem.

2.4 Perspektiver på rusavhengighet

Oppgaven undersøker behandling av rusavhengighet og pårørendeinkludering, og det blir derfor viktig å trekke frem teori om hvordan en kan forstå rusavhengighet. Rusavhengighet er en diagnose i det norske helsevesenet som bruker sykdomsklassifikasjonen ICD-10. (Lossius, 2021, s. 26). ICD-10 definerer avhengighet som diagnose slik: «Et spektrum av fysiologiske, atferdsmessige, og kognitive fenomener der bruken av en substans eller substansklasse får en høyere prioritet for en gitt person enn annen atferd som tidligere var av stor verdi» (ICD-10:73). Med dette menes at en som er rusavhengig har en sterk lyst eller trang til å måtte innta rusmiddelet, og har vanskeligheter med å kontrollere rusbruken selv om det er har skadelige konsekvenser som kan være både sosialt, fysisk, psykisk og økonomisk (Lossius, 2021, s. 27). Typisk for rusavhengighet er utvidet toleranse, noe som fører til at det må inntas større mengder for å oppnå samme effekt, og fysiske abstinenssymptomer når en slutter å innta stoffet (Lossius, 2021, s. 27). Lossius skriver videre at det også kreves rusmiddelbruk over en viss tid, og vanligvis skal avhengigheten ha vedvart i mer enn tolv måneder for å få diagnosen. ICD-10 klassifiserer rusavhengighet i henhold til medisinske tradisjoner, og diagnosen baseres hovedsakelig på hvilke problemer rusbruken skaper for den som bruker det (Lossius, 2021, s. 27). Selbekk, Sagvaag og Fauske derimot forstår rusavhengighet som sammensatt ulike perspektiver: biologisk, psykologisk, sosialt og kulturelt (2014, s.3). Når en skal forstå hva rusavhengighet er må en altså utforske alle disse sidene ved sykdommen. Oppgaven omhandler pårørendeinkludering, og vil derfor avgrenses mer til det sosiale, da det er dette

som gir best grunnlag for å forstå hvorfor pårørende kan bidra i behandlingen. Det viktige her er å vite at rusavhengighet er et komplekst fenomen.

I artikkelen til Selbekk et al (2014, s. 2) beskrives to behandlingsmodeller som fokuserer spesielt på relasjonelle og sosiale forhold. Dette er to modeller som støtter opp under forståelse av at avhengighet også er et sosialt/relasjonelt fenomen.

2.4.1 «Stress -strain-coping-support» (SSCS)

Den første modellen kalles «Stress-strain-coping-support» (SSCS) og ser på rusavhengighet som et grunnleggende individuelt problem med sosiale konsekvenser, og fokuserer på stress og belastning fra pårørende (Orford et al, 2010). Orford understreker viktigheten av at pårørendes problemer blir ivaretatt og at de får god støtte, slik at det ikke utvikler seg til større problemer. Ideen er at pårørende har et potensial og ressurser for å håndtere sin situasjon og samtidig kan bidra med hjelp til den rusavhengige. Modellen skal brukes som et verktøy for å styrke disse ressursene (Orford et al, 2010). En bekymring som underbygger SSCS-modellen er mangel på oppmerksomhet familier og andre pårørende i rusbehandling får som en eventuell ressurs (Selbekk et al, 2014, s. 6). Modellen kan ses på som en måte å sette lys på inkludering av familie og pårørende som en sentral del i rusbehandling. Den tar til orde for at pårørende skal bli anerkjent og at deres situasjon skal tas på alvor (Selbekk et al, 2014, s. 9). Modellen består av fem trinn, og blir videre beskrevet av Andresen (2021, s. 268-272). Første trinn handler om å bli kjent med de pårørende og la de fortelle om sin livssituasjon samt påvirkningen rusen har på dem, og identifisere deres stressfaktorer og påkjenninger. Andre trinn handler om å bidra med informasjon om rusmidler. I trinn tre legges det vekt på mestringsstrategier som pårørende bruker, og drøfte hvilke fordeler og ulemper de har. På fjerde trinn veiledes de pårørende om sosial støtte for den avhengige. På siste og femte trinn legges det vekt på avslutning og det diskuteres behov for ytterligere hjelp, for eksempel lokale tiltak som en kan henvises videre til.

2.4.2 Sosial økologiske modellen

Den andre modellen som diskuteres i artikkelen til Selbekk et al (2014) er sosial økologiske modellen (heretter SE) av Peter Adams som fokuserer på relasjoner. Adams (2008, s. 28) beskriver at avhengighetsutvikling skjer når relasjonen til den

avhengighetsskapende substansen øker på bekostning av andre relasjoner. Adams (2008, s. 28) beskriver videre at relasjonene til pårørende blir styrt av den avhengiges forhold til den avhengighetsskapende substansen. Avhengighet innebærer et intenst forhold til den substansen vedkommende er avhengig av, og jo mer intenst forholdet blir jo mer forverrer det andre forhold, eksempelvis sosiale forhold (Selbekk et al, 2014, s. 13). Altså kan familie eller andre pårørende ha blitt «erstattet» av den styrkede tilknytningen til substansen. Adams bruker begrepet «reintegrasjon», hvor han understreker at behandling krever gjenoppbygging av pasientens verden dersom endringen skal være varig (Adams, 2008, s. 65). Reintegrasjon er en sosial prosess hvor den avhengige personen beveger seg tilbake til den normale verden som består av relasjoner og forbindelser med andre (Adams, 2008, s. 65). Det fokuseres på å integreres på ny, og dette er en langvarig en prosess hvor en skal reparere og gjenoppbygge forhold til andre mennesker (Adams, 2008, s. 66). Adams (2008, s. 66) beskriver videre at reintegrasjon inkluderer både den rusavhengige og dens sosiale nettverk i endringsprosessen. Ifølge Adams (2008, s. 66) teori er det nødvendig med en prosess hvor en reparer og gjenoppbygger forhold til andre mennesker for å få til en varig endring. Han begrunner dette med at ansvaret for å avslutte sin avhengighet ligger hos individet selv, men at vedkommende ikke kommer særlig langt dersom de rundt ikke engasjerer seg i relasjonen på nytt, fordi en da ikke har noe å gjenoppbygge sin verden med. Utgangspunktet for SE-modellen er kritikk til det individuelle og medisinske perspektivet, og for å sette fokus på det sosiale og relasjonelle i forståelsen av rusavhengighet (Selbekk et al, 2014, s. 12). Denne modellen forstår rusavhengighet som et grunnleggende sosialt fenomen, og derfor må det også behandles mer relasjonelt. Adams mener at den dominerende forståelsen av avhengighet er biologisk og individuell, og at det reduserer behandlingsmuligheter hvor det sosiale har en større plass (2008, s. 244). Adams sier videre at det er ikke slik at det individuelle medisinske perspektivet er et problem, men at problemet ligger i dets dominans. Poenget til Adams er å balansere de to forståelsene av rusavhengighet, slik at både individuell og relasjonell forståelse får like stor plass i behandlingen.

Begge modellen støtter opp under en sosial forståelse på avhengighet, men de gir ulike retninger for hvordan en kan dekke behov for familie og pårørende (Selbekk et al, 2014, s. 23). SSCS-modellen gir grunnlag for individuelle eller gruppe intervensjoner for

pårørende, mens SE-modellen gir grunnlag for integrering i møter med de pårørende (Selbekk et al, 2014, s. 23).

2.5 Bakkebyråkrater

Statsviteren Michael Lipsky tilbyr en teori om bakkebyråkrater. Teorien tar for seg hvordan de som jobber i direkte kontakt med pasientene blir påvirket fra systemnivå. Bakkebyråkrater er ifølge Lipsky de som jobber på «bakkenivå», altså i samhandling med brukerne/pasientene på organisasjonens «såkalte» laveste nivå (Lipsky, 2010, s. 28). I oppgavens tilfelle er dette sosialarbeidere og ansatte som jobber på rusbehandling innenfor TSB. En jobber direkte med pasientene, men har ikke makt til å utforme hvordan praksisen, økonomien og rammene en selv utøver skal være. Som ansatt forventes det at en behandler pasientene i henhold til gjeldende regelverk, organisasjonens økonomi, krav og rutiner. En kan ha stort handlingsrom, men det er innenfor de rammene som er satt og ressurser som er gitt. Lipsky's (2010, s. 29) teori tar også for seg at bakkebyråkratene jobber i kontekst hvor det alltid vil være mangel på ressurser og tid. På bakgrunn av dette utvikles prosedyrer for effektive løsninger (Lipsky, 2010, s. 147). Ansatte kan på grunn av store arbeidsmengder og mangel på ressurser utvikle strategier for å få «hjulet til å gå rundt». Med dette i bakhodet skal bakkebyråkratene utøve skjønn, men hvor det ligger grenser for hva den ansatte faktisk kan gjøre med tanke på rammer, tid, ressurser, lovverk og mer. Den ansatte skal utøve politikken som er vedtatt av staten, og slik påvirker også staten skjønnet til de ansatte. (Lipsky, 2010). Også arbeidstakernes holdninger blir stort sett påvirket av arbeidsplassen, og arbeidsplassen blir påvirket av det større systemet de er del av (Lipsky, 2010 s. 143).

3. Metode

I kapittelet beskrives metoden som er brukt. Det diskuteres hvilke svakheter og styrker metoden har. Deretter blir det presentert hvilke søk som er brukt og hvordan jeg har gått frem for å finne data som brukes i litteraturstudiet. Studiens utvalg blir presentert i form av et sammendrag av artiklene. Til slutt beskrives hvilken analysemetode som er brukt for å komme frem til funn.

3.1 Valg av metode

En metode refererer til en systematisk fremgangsmåte mot et mål (Rienecker & Jørgensen, 2013, s. 187). Når en snakker om metode i en akademisk oppgave handler det om måten en samler inn data på, og hvordan disse kategoriseres, analyseres og tolkes (Støren, 2019, s. 37). I denne oppgaven har jeg valgt å bruke litteraturstudie som metode, som handler om å søke etter vitenskapelige artikler i relevante databaser. Metoden er valgt fordi det allerede finnes empiriske studier på tematikken, og som derav kan bidra med å belyse min problemstilling på en god måte. Med en litteraturstudie får jeg studert den allerede eksisterende kunnskapen nøye, og på en systematisk måte som vil kunne gi ny innsikt.

Kort sagt er litteraturstudie en omfattende studie hvor en tolker litteratur som relaterer seg til en bestemt problemstilling (Aveyard, 2019, s.21). Det er litteraturen som studeres, altså det som er allerede undersøkt og skrevet om (Støren, 2019, s.16). I litteraturstudie lages først en problemstilling som en så svarer på ved å søke etter, vurdere og analysere litteraturen, og dette gjøres ved hjelp av en systematisk tilnærming (Aveyard, 2019, s. 21). Vitenskapelige artikler som inkluderes skal være fag-felle vurdert. Det vil si at artikkelen er vurdert og godkjent av eksperter innenfor faget. Metodens hensikt er at de grundige søkene, vurderingene og analysen av litteraturen skal gi ny innsikt, og dette skjer ved at en går gjennom litteraturen og ser den i sammenheng med annen informasjon (Aveyard, 2019, s.21). I tillegg til å søke i vitenskapelige artikler vil også teoretisk kunnskap fra fagbøker bli brukt i oppgaven, samt lovverk og politiske retningslinjer for å gi tilstrekkelig informasjon rundt tema, og for å underbygge kunnskap funnet i de vitenskapelige artiklene.

3.2 Svakheter og styrker ved metoden

Litteraturen som brukes i litteraturstudie er allerede undersøkt kunnskap, og det skaper derav ingen ny kunnskap (Støren, 2019, s.17). Samtidig skal litteraturen systemiseres. Systematisering av kunnskap betyr at en skal søke, samle, vurdere og sammenligne den (Støren, 2019, s. 17). Ved å gjøre dette får en en god oversikt på fagområdet, som igjen kan brukes av forskere som er spesielt interessert i temaet.

Når en søker i litteratur og systematiser denne, er det en risiko for å feiltolke hva som står. Metoden baserer seg på hva andre har publisert. En går gjennom litteratur som allerede er forsket på, sammenligner teorier og funn, og deretter er målet å komme frem til en konklusjon som skal trekke ut sikker kunnskap fra ulike studier (Jacobsen, 2010 s. 53). Dette innebærer en risiko for å kunne tolke andres forskning feil, noe som er uheldig for egen undersøkelse og vil skade dens gyldighet. Likevel er det kun vitenskapelige publikasjoner som studeres, noe som gjør at en selv ikke kommer med helt ny kunnskap som kan være ugyldig.

Utgangspunktet i en litteraturstudie er lage en problemstilling så en så skal belyse ved å søke etter fagfeltvurdert litteratur, vurdere den og analysere den litteraturen som en finner. Men etter hvert som en søker og finner informasjon er det mulig å endre problemstillingen (Jacobsen, 2010 s. 61). Problemstillingen min har blitt endret flere ganger underveis ettersom jeg fikk ny kunnskap fra litteraturen. Dette har vært en klar styrke for oppgaven. Den gikk fra å handle om «hvordan kan ansatte på behandlingsinstitusjoner inkludere pårørende i behandling?» til å bli mer spesifikk til hva som hindrer ansatte med tanke på pårørendeinkludering og hva som er viktig for å få inkludering til. Slik ble oppgaven mer avgrenset, noe som gjorde at det var lettere å svare ordentlig på problemstillingen. Det kan også endres på hvilken måte en vil analysere informasjonen underveis. Dette gjør metoden fleksibel. Det som blir viktig er bruke fleksibiliteten som en fordel for undersøkelsen, og ikke ende opp i en ond sirkel fordi det stadig dukker opp ny informasjon, samt endre problemstillingen drastisk slik at en ender opp med noe helt annet enn utgangspunktet (Jacobsen, 2010, s. 63).

3.3 Søkestrategi, databaser, inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Søkene er gjennomført fra 10. Februar 2021 til 12. April 2021. Det ble søkt etter vitenskapelige artikler på databasene oria.no, Google Scholar og Academic Search Premier. For å stille krav til litteraturen ble følgende inklusjonskriterier benyttet: siste 5 år (2016-2020), fag-felle vurdert, norsk og engelsk språk. Eksklusjonskriterier som er brukt er: artikler rettet direkte mot barn og om kommunens virksomhet. Dette for å avgrense litteraturen.

Studien begynte med søk etter helt konkret på «inkludering av pårørende i rusbehandling». Slik fikk jeg oversikt over hvilke artikler som lå ute. Jeg startet med søk på oria.no og Google Scholar. Etter hvert ble søkene mer systematisk. Oria.no ble brukt for å finne norsk litteratur, og søkeord ble avgrenset til «inkludering ELLER involvering», «pårørende ELLER familie», «rusavhengige» og «rusbehandling». Søkene i oria.no resulterte i to av artiklene som er brukt i analysen, samt annen god litteratur som er brukt i introduksjon og teori delen. Det ble også gjort engelske søk på Google Scholar og Academic Search Premier for å gi oppgaven større pålitelighet. Her ble det gjort samme søk, men med engelske ord: «relatives ELLER affected others ELLER families», AND «substance use disorder» AND «drug treatment». Det ble også gjennomført kjedesøking hvor jeg gikk inn i relevante artikler sin litteraturliste (Riencker & Jørgensen, 2013, s. 119).

Søkene har gitt noen gode faglige publikasjoner. Likevel viser det til at forskning på området er mangelfull. Det kommer frem flere treff som viser til forskning på barn som pårørende til rusavhengig. Forskning som tar for seg kun voksne pårørende er det funnet mindre av. Når det søkes på «pårørende» og «rusbehandling» per 17.mars 2021 på oria.no kommer det frem 22 treff som er publisert siste 5 år. Ut av disse det kun 3 som faktisk handler om pårørendeinkludering i rusbehandling. Når det derav søkes «voksne pårørende» viser det til ingen treff. Av den grunn ble det vanskelig å kun fokusere direkte på voksne. Likevel har søkene resultert i fire ulike artikler hvor ingen av dem tar for seg barn, men hvor barn ikke kan utelukkes.

3.4 Studiens utvalg

På bakgrunn er søkene og dets kriterier er det kommer frem til følgende 4 artikler som skal analyseres:

Artikkel 1: Kalsås, Selbekk & Ness (2020). «Jeg får et helt annet innblikk: Fagpersoners erfaringer med familieorientert praksis i rusbehandling». Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift 37(3), s 243-261.

Studien bruker fokusgruppeintervju av 10 ansatte innenfor en behandlingsinstitusjon i TSB for å undersøke betydning av familieinvolvering i behandling, inklusive faglige og etiske sider. Hovedfunnene er at inkludering av pårørende er av betydning for alle parter da det styrker relasjoner i familien, samt at de ansattes forståelse av pasient og deres situasjon blir mer helhetlig. Dette kan igjen føre til at behandlingen kan tilpasses bedre. For å lykkes med et slikt arbeid kreves en tydelig struktur. Det kommer også frem at pårørendeinkludering kan gi etiske og faglige utfordringer, for eksempel lojalitetskonflikter, og at det er ressurskrevende. Studien foreslår at videre forskning fokuserer på erfaringer med og effekter av ulike måter å inkludere pårørende i behandling.

Artikkel 2: Amundrød og Vatne (2020). «Involvering av pårørende til pasienter med rusavhengighet – med relasjonen til pasient som utgangspunkt». Tidsskrift for psykisk helsearbeid, volum 17, s118-128.

Undersøkelsen tar utgangspunkt i forfatterens fordypningsoppgave og erfaringer med pasienters og pårørendes erfaringer i TSB. Den baserer seg på fag- og forskningslitteratur for å undersøke hvordan pårørende kan trekkes inn i behandlingsforløp til pasienter med rusavhengighet på en måte som fremmer bedring. Hovedfunnene i artikkelen er at ansatte må ha en helhetlig tilnærming til pasientene og de pårørende. Et annet funn er at ansatte ofte har negative fordommer mot pårørende, og at taushetsplikten kan brukes som en måte å unngå inkludering. Studien foreslår for videre forskning at det behøves mer kunnskap om muligheter som ligger i inkludering av pårørende til pasienter med rusavhengighet.

Artikkel 3: Selbekk og Sagvaag (2016). «Troubled families and individualised solutions: an institutional discourse analysis of alcohol and drug treatment practices involving affected others». Sociology of Health & illness, 38(7), s 1058-1073.

Studien baserer seg på intervjuer med 18 ansatte innenfor institusjoner som anvender familieorienterte tiltak for å undersøke hvilke alternativ innenfor rusbehandling som er tilgjengelig for pårørende, og hvordan forholdene for pårørendeinkludering er. Hovedfunn er at ansatte understreker behov for et relasjonelt fokus i behandling. Det pekes likevel på

et gap mellom slik teori og praksis, og det at rusbehandling tilhører TSB gjør at fokuset er mer individuelt allerede før oppstart av behandling. Artikkelen finner også at pårørende ikke har noen rettigheter i dagens system på hjelp innenfor spesialisthelsetjenesten da de ikke er definert som pasienter. Et siste funn er at å involvere familie i konsultasjoner og terapi krever mer forberedelse, koordinering. Dette er ressurskrevende, noe som kan hindre en familieorientert praksis. Studien foreslår at det bør forskes på henvisningssystemet og samarbeid med leger hvor fokus er på hvordan en kan henvise familien sammen med pasient, og hvordan dette kan føre til mer inkludering.

Artikkel 4: Selbekk, Adams og Sagvaag (2018). «A Problem Like This Is Not owned by an Individual”: Affected Family members Negotiating Positions in Alcohol and Other Drug Treatment. Compendary Drug Problems 45(2), s. 146-162.

Det undersøkes på hvilke muligheter dynamikken i møter mellom behandlingsinstitusjoner og familier tilbyr, og hvilke prosesser det legges til rette for. Dette gjøres ved å intervju 10 ulike familier hvor intervjuene både er gjort av hele familien sammen inkludert pasienten, og individuelle intervju av pårørende. Hovedfunnene er at familiemedlemmer føler seg utenfor i behandlingsforløpet, og at de mangler rettigheter. De følte seg avvist av ansatte. De pårørende beskriver at deres helse påvirkes av rusbruken og at de har behov for hjelp og støtte. Et annet funn handler om at pasientene selv uttrykker behov for å få behandling som fokuserer på det relasjonelle. Studien sier videre at forskning bør fokusere på relasjonelle problemer i familier, og hvordan det betraktes i løpet av behandlingen, og hvordan det gir nye muligheter for tjenesten

3.5 Hva er felles og ulikt for artiklene?

Alle artiklene er hentet fra fagfelle-vurderte tidsskrift som belyser temaet som omhandler inkludering av pårørende i behandlingen. Det er gjort kvalitative undersøkelser med intervju som metode, hvor en av de omhandler egne erfaringer samt fag- og forskningslitteratur. I alle artiklene undersøkes det rusbehandling i spesialisthelsetjenestene hvor halvparten undersøker døgntilbud og andre halvdel undersøker polikliniske avdelinger. Selv om to av artiklene er engelsk, er det likevel kun gjort undersøkelser på norske behandlingsinstitusjoner. Barn som pårørende eller som den rusavhengige blir ikke undersøkt. Det intervjues kun ansatte i to av artiklene, og kun voksne familiemedlemmer og pasienter i en artikkel.

3.6 Kildekritikk

I litteraturstudie er det viktig å være kritisk til litteraturen som brukes. Det skal kun brukes fagfelle-vurderte tekster på nivå 1 eller 2. For å finne ut av hvilket nivå publiseringskanalen som skal brukes er søkes det i NSD sitt register over vitenskapelige publiseringakanaler. Slik sikret jeg at det kun brukes godkjente tidsskrifter i oppgaven. I søk etter litteratur som skal analyseres avgrensnes publikasjonsdato til innen siste 5 år. Dette fordi at kildene som skal brukes skal kunne være relevant og pålitelig. Dette medfører at oppgaven får en høy kvalitet og troverdighet (Aveyard, 2014, s.135)

En av utfordringene som møtte meg med tanke på litteratur, var at mye av stoffet jeg fant var sekundærlitteratur. Dette betyr at litteraturen allerede er bearbeidet og fortolket av andre enn opprinnelig forfatter, noe som kan føre til at det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg (Dalland, 2018, s. 158). I slike tilfeller gikk jeg inn i primærlitteraturen og fant hva som stod der, og brukte heller det som kildehenvisning enn bearbeidede fortolkninger. Dette var tidskrevende, men viktig for å gjøre oppgaven mer troverdig.

En annen utfordring som var viktig å være kritisk til, var at tre av de fire artiklene som analyseres inneholder samme forfatter: Anne Selbekk. Dette kan bidra til at synet til artiklene blir ensformig. En grunn for at navnet dukket opp i omtrent alt søk etter litteratur, er at hun er en av få i Norge som har forsket på pårørendeinkludering i selve behandlingen de siste fem årene. Også i søk etter engelsk litteratur dukket Selbekk opp. Selv om samme forfatter står for mye av studiens litteratur, er det likevel valgt å bruke det. Dette fordi det ikke finnes så mye annen forskning de siste fem år på akkurat dette tema, og fordi Selbekk har en solid faglig bakgrunn. Hun har også med seg ulike forfattere som har bidratt sammen med henne på artiklene som er studert, noe som kan gi undersøkelsene nye perspektiver. Det er derfor vurdert at oppgaven ikke mister sin pålitelighet av dette.

3.6 Analyse

For å analysere litteraturen brukes metoden som heter tematisk innholdsanalyse inspirert av Braun og Clarke (2006). En slik analyse går ut på å finne frem til mønstre som går igjen i ulike tekster, og se på ulikheter og forskjeller ved dem (Aveyard, 2014, s. 124).

Hensikten er å kunne tolke ulike aspekter ved det temaet som forskes på (Braun & Clarke, 2006). I oppgaven er det nøye valgt ut fire ulike tekster som analyseres på denne måten. Clarke og Braun (2006) presenterer seks ulike trinn for en tematisk innholdsanalyse:

Trinn 1 handler om å fordype seg i den valgte litteraturen. Dette gjøres ved å lese aktivt gjennom tekstene ved å for eksempel markere og notere ned viktige punkter. På trinn 2 lages koder over det en finner interessant i tekstene, og som bidrar til svar på den valgte problemstillingen. På trinn 3 sorters kodene inn i temaer, og samler alt av interessant data under hvert tema. I trinn 4 går en gjennom alle temaene som en har skrevet ned og vurderer om det er et sammenhengende mønster. På trinn 5 defineres temaene og de avgrenses slik at essensen i hvert tema kommer tydelig frem. Her skal en få frem hva som er interessant og hvorfor (Braun og Clarke, 2006). Trinn 6 inneholder den endelige analysen og å skrive det ned.

Etter å ha lest gjennom artiklene og skrevet et kort sammendrag, ble det lagt koder over det interessante i hver artikkel. Kodene ble lagt for å identifisere hver gang en artikkel diskuterte rundt et overordnet tema. For eksempel ble koden «individfokus» brukt hver gang en artikkel diskuterte noe som handlet om hvordan behandling fokuserer for mye på pasient. Andre koder som ble brukt var «systemtenkning», «relasjonsfokus», «ressurskrevende» og «lovverk». Kodene ble skrevet ned som ulike tema i en tabell underlagt en kategori (se tabell 1). Tabellens kategorier er lagd for å svare på oppgavens problemstilling. Tabellen gjorde det enklere å få oversikt over hvilke tema som gikk igjen, og hvilke tema som var unik. Til slutt skrev jeg ned de ulike temaene som gikk igjen mest, og som presenteres i neste kapittel.

4. Funn

Analysen viser at det er noen tema som går igjen på tvers av artiklene: Betydning av pårørendeinkludering, individfokus, lovverk, rettigheter og holdninger. Jeg vil videre utdype de ulike temaene.

4.1 Funn fra analyse

4.1.1 Betydning av pårørendeinkludering for pasient, ansatte og pårørende selv

Det første tema som er gjennomgående i artiklene er at å inkludere pårørende gir positive virkninger både for pasienten selv, de pårørende og for de ansatte. Dette funnet kan vike noe fra problemstillingen. Funnet er likevel inkludert da alle artiklene er opptatt av å få frem viktigheten av pårørendeinkludering. Oppgaven omhandler hvordan en skal lykkes med pårørendeinkludering og hva som hindrer det, og det ses derfor som essensielt å inkludere informasjon som viser hvorfor det er viktig å drive med inkludering av pårørende.

For pasienter handler pårørendeinkludering mye om å opprettholde eller gjenbygge relasjoner med sine nærmeste. En ansatt beskrev at når hun spurte pasientene hvorfor de ønsker å komme i behandling, så svares det ofte at det er på grunn av barna, familien, eller andre de har kjærlighetsbånd til (Kalsås et al, 2020, s. 7). Også Amundrød og Vatne (2020, s. 123) understreker at mennesker generelt opplever å ha bedre livskvalitet når de har et akseptabelt forhold til sine nærmeste. Dette viser at mennesker som er rusavhengig ofte er motivert for å slutte med rus med tanke på sine nære relasjoner. Analysen viser også at pårørende ønsker å bli inkludert i behandlingsforløpet. Selbekk et al (2018, s. 151-152) finner i sin studie at pårørende som hadde sine ektemenn i rusbehandling uttrykte stort behov for å bli inkludert i behandlingsforløpet, da de mente at de var en del av det. En pårørende i samme undersøkelse uttrykte at «et problem eies ikke av en person» (Selbekk et al, 2018, s. 152). Dette viser at det er viktig for pårørende å bli inkludert da rusavhengigheten berører dem. For pårørende gir inkludering muligheter å komme i en posisjon hvor sin rolle blir mer avklart, noe som gjør det lettere å takle egne problemer knyttet til den rusavhengige (Kalsås et al, 2020, s.8). Det handler mye om å få hjelp til å forstå hverandre, og mestre kommunikasjonsvansker. Pårørendeinkludering bidrar til at pårørende forstår den rusavhengige i større grad, noe som kan styrke relasjoner.

Studien viser at også ansatte er positive til pårørendeinkludering, da de mener at det bidrar til en mer helhetlig forståelse av pasient og deres situasjon. En ansatt beskrev hvordan en i behandling kun ser en liten del av livet til pasienten, men visst de får kontakt med livet deres utenfor og hvem de faktisk er, kan det være viktig for å kunne hjelpe i riktig retning (Kalsås et al, 2020, s. 8). Kalsås et al (2021, s. 8) finner at i sin studie at ved pårørendeinkludering kan det skje endringer som en ikke ville fått til med individuell behandling. Selbekk & Sagvaag (2016, s. 1062) finner i sin undersøkelse at lederne på behandlingsinstitusjoner fremhevet et relasjonelt fokus i behandling, og at dette bidro til flere behandlingsmuligheter. Å tilby familieorientert behandling øker altså muligheter, og blir i noen tilfeller sett på som en forutsetning for å i det hele tatt få til endring.

4.1.2 Individfokus

Analysen viser at behandling i TSB involverer et sterkt individfokus. Rusbehandling i Norge er integrert i systemet for medisinsk helsevesen, og med diagnoser basert på diagnosesystemet ICD-10 (Selbekk & Sagvaag, 2016, s.1065). Kalsås et al (2020, s. 14) påpeker at de fleste veiledere innenfor rusbehandling og juridiske rammene for TSB har i hovedsak et individperspektiv. Videre kommer det frem at også de etiske retningslinjene til sosialfaglige profesjoner setter individets selvbestemmelsesrett først. En av informantene i undersøkelsen til Selbekk og Sagvaag (2016, s. 1064) uttrykte det sterke individfokus i behandling slik: «basert på en streng forståelse av sykdom, med en diagnose for den enkelte pasient, er slektninger eller barn ikke der» (min oversettelse). Flere ledere i samme undersøkelse reflekterte over individfokus og mente at rusreformen i 2004 som gjorde at rusbehandling gikk fra lov om sosialomsorg til helselovgivning har påvirket deres praksis. Det er individet som blir henvist til behandling for sin sykdom, og derfor fokuseres behandlingen til å hjelpe den personen (Selbekk & Sagvaag, 2016, s. 1064). Undersøkelsen til Selbekk, Adams og Sagvaag (2018, s.151) finner at en av de pårørende følte terapeuten snakket til henne som om at rusavhengigheten ikke påvirket henne, og at hun ikke hadde noe med det å gjøre. Dette understreker hvordan de ansatte fokuserer på individ og ikke på de rundt.

Artiklene viser også at et sterkt individfokus er uheldig, og bør balanseres opp mot et relasjonelt fokus. Amundrød og Vatne finner i sin undersøkelse at i tillegg til individfokus

må en ha fokus på det rundt individet, som pårørende (2020, s. 120). Ut fra undersøkelsen til Selbekk, Adams og Sagvaag (2018, s. 151) uttrykker både den rusavhengige og deres pårørende et større behov for pårørendeinkludering. En av de pårørende uttrykte behovet for inkludering slik: «det er ingen hensikt for meg å snakke om hvordan jeg har det uten at han er til stede og lytter. For meg er hjelpen å kunne snakke åpent med han til stede» (min oversettelse) (Selbekk et al, 2018, s. 153). Studiet til Selbekk og Sagvaag (2016) setter spørsmålsteget ved det dominerende individualistiske perspektivet i helsetjenestene og hvordan dette hindrer inkludering. Det sterke individfokus som ligger i de overordnede rammebetingelsene, kan være hinder for familieorienterte praksiser, og det gir sosiale og relasjonelle forståelser av rusavhengighet mindre plass (Selbekk & Sagvaag, 2016, s.1063). Artikkelen retter og fokus mot at også pårørende har sine vansker og også trenger støtte. En av respondentene i undersøkelsen til Kalsås et al (2020) uttrykte at når pasienter er en tett del av en familie, så er det en hel familie som lider og en hel familie som trenger hjelp (Kalsås et al, 2020, s. 249). Det er viktig å ta med i betraktningen at dersom en klarer å komme i posisjon til å faktisk hjelpe en hel familie, er det en god investering (Kalsås et al, 2020, s. 249). Det beskrives også som viktig for pasient at fokus ikke kun er på det som skjer i kroppen, men også det som skjer i relasjoner (Selbekk et al, 2018, s. 156). Selbekk & Sagvaag (2018, s. 1065) finner i sin artikkel at ansatte jobber i et system som er opptatt av sykdom og diagnose, og hvor forhold for å utøve familieorientert behandling er vanskeligere enn utøve individuell behandling. Dette viser at selv om pasient, pårørende og ansatte ønsker større rom for inkludering, bidrar det sterke individfokus som eksisterer med å hindre.

4.1.3 Holdninger, lovverk og rettigheter til pårørende

Mange pårørende opplever at de ansatte har fordomsfulle holdninger mot dem. Et gjennomgående tema er pårørendes erfaring av å bli ignorert av de ansatte. Flere av de pårørende i undersøkelsen til Selbekk, Adams og Sagvaag (2018) beskriver seg selv som «outsiders» i behandlingen og opplever at de blir avvist av de ansatte når de prøver å inkludere seg selv. «Det var som jeg ikke hadde noe med det å gjøre, og likevel var det vi som bodde sammen» (min oversettelse) uttrykker en av de pårørende (Selbekk et al, 2018, s. 151). Holdningene kan handle om at ansatte har dårlig tro på egne evner, at det kreves spesialistkompetanse eller at de kommer fra tidligere dårlige erfaringer med

pårørendeinkludering (Amundrød & Vatne, 2018, s. 124). Funnene viser også at ansatte beskriver det som ressurs- og tidskrevende å inkludere pårørende i arbeidet.

Slike holdninger kan hindre en behandlingsprosess som kan styrke pasientens muligheter for å få til en endring. Derfor er det viktig som ansatt å bli bevisst egne holdninger og følelser om det å jobbe sammen med pårørende (Amundrød & Vatne, 2018, s. 124). Ideelt sett bør dette være forankret hos ledelsen, og ikke være opp til hver enkelt (Amundrød & Vatne, 2018, s. 122). Et annet funn i undersøkelsen til Selbekk et al (2018) er at når de pårørende ringte for å spørre om pasientens behandling ble de avvist, og det skyldtes på taushetsplikten. I studien til Amundrød og Vatne (2020, s. 123) finner de at ansatte kan vegre seg til å inkludere pårørende, og kan bruke taushetsplikten som et argument for å unngå inkludering. Den rusavhengige får automatisk noen rettigheter som pasient, og skal gi samtykke for at de pårørende skal få informasjon. Dette hemmer de pårørendes rettigheter, og hvert fall dersom ansatte i tillegg bruker det som unnskyldning. «De sårbare menneskene er de som ikke er definert som pasienter» (min oversettelse), uttrykte en ansatt i Selbekk og Sagvaag's undersøkelse (2016, s. 1067). Med dette menes at de pårørende ikke har rett til informasjon og inkludering med mindre det foreligger samtykke. Klinikere legger vekt på at rusreformen i 2004 gir en sterk selvbestemmelsesrett og at det er voksne pasienter som bestemmer om de vil at pårørende skal inkluderes eller ikke, og dette er vanskelig å overstyre (Selbekk & Sagvaag, 2016, s. 1068). Likevel understreker Amundrød og Vatne (2020, s. 123) i sin artikkel at det også kan handle om at ansatte tolker taushetsplikten for strengt, og glemmer sin plikt til å oppgi nære pårørende generell informasjon. I undersøkelsene hvor ansatte intervjues bringer de også opp problematikk med å inkludere pårørende, og skylder på systemnivå hvor individfokus er dominerende. I TSB er behandling ment for en person, og som en av de ansatte sa: «når de kommer til oss, er det pasienten som kommer» (Selbekk & Sagvaag, 2016, s. 1065). Kalsås et al finner i sin undersøkelse at ansatte også syntes det er utfordrende å inkludere pårørende da det kan påvirke holdningene de har til sine pasienter, noe som kan føre til lojalitetskonflikter (2020, s. 13). Men det var en artikkel som skilte seg ut. I Kalsås, Selbekk og Sagvaag sin undersøkelse hvor de intervjuet ansatte på en behandling sinstitusjon var det ingen av de ansatte som nevnte taushetsplikten som et problem.

Oppsummert viser funnene at det er flere faktorer som virker inn på hvorfor en skal drive med pårørendeinkludering, hvordan ansatte kan lykkes med det, og faktorer som hinder pårørendeinkludering. Se tabell 1:

Tabell 1: Oversikt over funn

	Hvorfor pårørendeinkludering	Hindrer pårørendeinkludering	Lovverk	Hvordan kan ansatte lykkes med pårørendeinkludering
<p>Artikkel 1</p> <p>Fokusgruppeintervju av 10 ansatte innen TSB</p>	<p>Av betydning for pårørende, pasient og ansatte</p> <p>Øker behandlingsmuligheter</p> <p>Helhetlig forståelse</p> <p>Styrker relasjoner innad i familier,</p>	<p>Lojalitetskonflikter</p> <p>Ansvar og ressurskrevende</p> <p>Individfokus</p>	<p>Taushetsplikt ikke nevnt som utfordring</p>	<p>Relasjonsperspektiv</p> <p>Inkludere tidlig i behandlingsforløpet</p>
<p>Artikkel 2</p> <p>Utgangspunkt i fordypningsoppgave og erfaringer, samt fag-og forskningslitteratur hvor det er gjort 4 kvalitative intervju og en kvantitativ spørreundersøkelse</p>	<p>Helhetlig tilnærming</p> <p>Forstå og mestre kommunikasjonsvansker i familien</p>	<p>Individfokus</p> <p>Ansattes fordomsfulle holdninger</p> <p>Regler om samtykke</p>	<p>Taushetsplikt som unnskyldning</p> <p>Tolker taushetsplikt for strengt</p> <p>Pårørende har alltid rett på generell info</p>	<p>Ha mot til å motivere til inkludering</p> <p>Bli bevisst egne holdninger</p>
<p>Artikkel 3</p> <p>Dybdeintervju av 18 ansatte innenfor TSB</p>	<p>Helhetlig tilnærming</p> <p>Øker behandlingsmuligheter</p> <p>Systemtenkning</p>	<p>Individfokus</p> <p>Ressurskrevende</p>	<p>Pasienter må samtykke, ellers har pårørende ikke store rettigheter</p>	<p>Relasjonsperspektiv</p> <p>Endringer i henvisningssystemet</p>
<p>Artikkel 4</p> <p>Intervju av 10 ulike familier hvor pårørende og pasient har deltatt</p>	<p>Systemtenkning</p> <p>Fokus på det som skjer i interaksjoner, ikke kun i kroppen</p>	<p>Individfokus</p> <p>Pårørendes opplevelse av fremmedgjøring og avvising</p>	<p>Lover og rettigheter ekskluderer pårørende</p>	<p>Relasjonsperspektiv</p>

5. Drøfting

Studiens funn viser at både ansatte, pasienter og pårørende ser positivt på pårørendeinkludering, men at faktorer som individfokus, lovverk, og holdninger bidrar til å hindre inkluderingen. Funnene vil bli diskutert i lys av teori, tidligere forskning og oppgavens problemstilling:

«Hva vektlegges som viktig for at ansatte innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal lykkes med pårørendeinkludering, og hva hindrer ansatte til å inkludere pårørende?»

5.1 Individfokus i rusbehandling

Et dominerende individfokus i rusbehandling utfordrer pårørendeinkludering. Dette individfokuset innebærer at rusavhengigheten betraktes som et individuelt problem, og at det først og fremst er et helseproblem. Individfokuset ser ut til å ha sitt utspring fra rusreformen i 2004 som førte til at rusavhengighet gikk fra å være sosialt problem, til i hovedsak å bli anerkjent som en sykdom (Hole, 2020, s. 111). Rusbehandling i Norge ble lagt under det medisinske området (Selbekk, 2016, s. 62). Som følge av dette ble prinsipper som styrer somatisk praksis dominerende på rusfeltet (Selbekk, 2016, s. 62). Når en ser nærmere på det, starter det allerede fra diagnostisering et individuelt fokus, hvor diagnosesystemet ICD-10 klassifiserer rusavhengighet utfra medisinske tradisjoner og en fokuserer hovedsakelig på problemene rusen skaper for individet (Lossius, 2021, s. 27). At behandlingsinstitusjoner fokuserer mye på individ og for lite på de rundt som berøres støttes også av annen forskning. I en undersøkelse av poliklinisk rusbehandling viste det seg at halvparten av pasientene bodde sammen med noen, og at de pårørende kun var involvert i 20 prosent av sakene, mens kun 8 prosent hadde fått en form for familiekonsultasjon (Ose & Pettersen, 2013). Ut fra denne kunnskapen, og funnene fra analysen, handler ikke mangelen på inkludering om at det er lite behov for det. Tvert imot. Det kommer for eksempel frem i funndelen at mange av de pårørende føler seg avvist av de ansatte, og at de ser på seg selv om «outsiders». Det kommer også frem at pårørendeinkludering betydningsfullt for både pasient, pårørende og de ansatte. Likevel blir altså kun 20 prosent inkludert. Det er ikke lett å si akkurat hvorfor, men det tyder på at systematisk inkludering av pårørende ikke samsvarer med den individorienterte medisinske modellen som behandling av rusavhengige legger opp til (Skjerve & Utrimark, 2019). Det må her pekes på hvordan hele systemet er utformet med tanke på pasienten som

individ og mindre på omgivelsene og de ulike systemene individet inngår i. For å få til endringer må ansatte blant annet jobbe med å påvirke de som utformer regler, rammer og politikken.

For å motvirke det individuelle perspektivet som står sterkt i behandling av rusavhengige sier artiklene at relasjonsperspektiv må balanseres opp mot det individuelle. Dette støttes av Skjerve og Utrimark (2019) som påpeker at en viktig faktor for å få til pårørendeinkludering er å tydeliggjøre at relasjonsperspektivet er et supplement til det individuelle perspektivet. Adams (2008) teori støtter også opp under dette, hvor han påpeker at problemet ikke ligger i det individuelle perspektivet, men at det er så dominerende (Admas, 2008, s. 244). Han mener at en må utvide forståelsen fra å fokusere på at problemet ligger i individet, til en forståelse av pasient og situasjonen han/hun befinner seg i også skapes innenfor det relasjonelle. En slik forståelse samsvarer med sosialt arbeids syn på sosiale problemer hvor en skal se personen i situasjonen den er i. Adams (2008) er videre opptatt av at relasjoner kan bidra til positiv endring for den avhengige. Hans teori om «reintegrasjon» understreker viktigheten av relasjonsperspektivet i behandling. Den rusavhengige skal etter behandling reintegreres tilbake til hverdagen, og dersom det kun jobbes med personlige endringer kan det bli vanskelig å opprettholde endringene i den sosiale verden (Adams, 2016, s. 172). I prosessen med å behandle rusavhengigheten er det å gjenskape gode relasjoner med familie og andre pårørende helt avgjørende. Et relasjonsperspektiv kan hjelpe til å støtte opp familiens engasjement, noe som er viktig både i behandlingsprosessen og når behandlingen en dag er ferdig og den rusavhengige skal ut til en «normal» hverdag. Adams (2008, s. 73) er også opptatt av at intimitet i nære relasjoner er viktig for mennesker, og at veien inn i avhengigheten fører til at nærheten i relasjoner svekkes fordi intimiteten til den avhengighetsskapende substansen blir mer og mer intens. Dette fører igjen til at de nære trekker seg bort fra den avhengige og slik svekkes også gjensidig intimitet. Han vektlegger videre at gjenopprettelse av intimitet i pasientens tilknytninger er avgjørende for en varig endring (2008, s. 73). For å lykkes med dette trenger ofte begge parter hjelp, og dette kan gis ved å ha en familieorientert behandling hvor terapi kan gis sammen med pårørende og pasient, eller at terapi gis hver for seg til begge parter. Her kan eksempler som CRAFT metoden brukes, familiesystematisk terapi, atferdsterapeutisk, selvhjelpsgrupper eller SSCS-modellen. Dette er metoder å inkludere familie og pårørende på, men som har ulike

tilnærminger. Noen fokuserer på å gi rusbehandling gjennom familien, noen på å bedre relasjoner, og noen på å gi familien støtte og hjelp for egne problemer knyttet til rusavhengigheten. Dersom en får inn at et relasjonelt perspektiv hvor det fokuseres på personer rundt den avhengige, vil behandlingsmetoder som dette gjerne bli mer benyttet. Kunnskap en har om pårørendeinkludering og funksjonene det har, understreker viktigheten av at slike metoder blir mer brukt. Et relasjonelt perspektiv støttes av faglitteratur, politiske retningslinjer og forskning. Lindgaard (2012, s. 13) finner for eksempel i sin undersøkelse at behandling som inkluderer familie gir en økt behandlingseffekt, både for den avhengige og for de pårørende

For å lykkes med pårørendeinkludering i behandlingsforløp understreker Skjerve & Utrimark (2019) at en må jobbe med å styrke et relasjonelt perspektiv gjennom hele behandlingsforløpet, og at relasjonsperspektivet må inn helt fra oppstart av behandlingskontakten. Funn fra analysen viser at dagens system for henvisning kan skape et individuelt fokus helt fra oppstart, da en fokuserer på diagnoser som er satt i henhold til konsekvenser for pasient. Dette støttes fra erfaringene til Skjerve & Utrimark (2019) hvor henvisninger fra leger fokuserer individuelt på pasientens problematikk, på diagnose og på hvordan problemet virker inn på pasientens psykiske og fysiske helse. Hvordan rusavhengigheten virker inn i nære relasjoner nevnes ofte ikke i det hele tatt (Skjerve & Utrimark, 2019). Å få inn et større relasjonsperspektiv allerede her kunne gi store endringer, da det i dag fra oppstart av behandling fokuseres så ensidig på individ. Altså må ansatte være bevisst på hvordan det fra oppstart fokuseres på individ, og jobbe mot å styrke et relasjonelt perspektiv gjennom hele behandlingen. Et alternativ kan være å inkludere familie og sosiale spørsmål i selve henvisingen. Ansatte kan for eksempel drøfte sosiale spørsmål ut fra informasjonen de får helt fra start av behandlingsforløpet. Å fokusere på relasjoner helt fra oppstart i behandlingsforløpet påvirker gjerne igjen pasienten til å også forstå viktigheten av det, noe som kan gjøre det lettere å få samtykke til inkludering. En annen ting som må påpekes er at ansatte bør peke på hvordan systemet er lagt opp for å få til endringer.

5.2 Samtykkeregler og medvirkningsrettigheter

Funnene viser også at sterke rettigheter for pasient og manglende rettigheter for pårørende bidrar til å svekke pårørendeinkludering i behandlingsforløpet. Som rusavhengig i

behandling blir en regnet som pasient, og får rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven. Dette innebærer ganske omfattende rettigheter, blant annet at det kreves samtykke fra pasient for at ansatte kan dele informasjon med pårørende. Som rusavhengig er det ikke uvanlig at en ikke ønsker å inkludere pårørende i behandling, og ofte handler det om å ikke ville påføre dem mer belastning (Amundrød & Vatne, 2020, s. 6). Dette kan dreie seg om uvitenhet, da funn viser at pårørende ser på inkludering som en hjelp til å få støtte for egne belastninger knyttet til rusavhengigheten, og at pårørende i stor grad ønsker å bli inkludert. Artikkene understreker viktigheten av å motivere til inkludering, og at ansatte må bevisstgjøre pasientene over hvilke betydning og positive virkninger det har. Dette er et viktig moment for å lykkes med inkludering dersom mange av pasientene velger å ikke samtykke av hensyn til sine pårørende. Viktigheten av å jobbe for inkludering understrekes av helsedirektoratet (2017) hvor det anbefales inkludering fordi det kan redusere pasientens bruk av rusmidler, fremme endringsprosesser og bidra til å bedre familierelasjoner. Det spesifiseres i samme anbefaling at inkludering kun kan skje i samarbeid med pasient. Dersom en får et samtykke til inkludering blir det automatisk lettere fordi en da ikke behøver forholde seg til den strenge taushetsplikten. Funndelen viser at dersom samtykke ikke forekommer har ikke pårørende store rettigheter, og pårørende beskriver seg selv som «outsiders», at de ikke har noe der å gjøre. Dette viser hvor sterkt det individuelle perspektivet er i rusbehandling, og setter spørsmålsteget til hvor lite rettigheter de pårørende faktisk har. Det understreker også viktigheten av at de ansatte jobber mot å få til inkludering selv om pasienten kan si nei den første gangen.

Weimand et al (2011) avdekket i sine studier at taushetsplikten som de ansatte er pålagt hindrer samarbeid, og at taushetsplikten kan hos noen brukes som argument for å unngå inkludering. En annen mulighet er at taushetsplikten tolkes strengere enn den faktisk er (Amundrød & Vatne, 2020, s. 7). Hovedregelen er samtykke fra pasient, men det påpekes av helsedirektoratet at det å gi tilbud om informasjon til pårørende av generell karakter ligger i helsepersonellens veiledningsplikt som ikke krever samtykke (Helsedirektoratet, 2018). Det står også i helsedirektoratets veileder for pårørende at å motta informasjon alltid er lov, og informasjon som pårørende allerede har kjennskap til ikke er taushetsbelagt (Helsedirektoratet, 2018). Det er viktig at ansatte ikke glemmer slike lover som også gi pårørende rettigheter, og at fokus ikke kun ligger på pasientens rettigheter. Det understrekes av helsedirektoratet at å utelate pårørende som «hovedregel ikke er god

praksis» selv om pasient ønsker det (Helsedirektoratet, 2012, s. 42). Det handler ikke om å bryte den pålagte taushetsplikten, men istedenfor å bruke den som en slags «unnskyldning», bør en da se på hvilke andre muligheter som foreligger. Dette understreker igjen viktigheten av å få inn et relasjonelt fokus helt fra start av behandling, da det kan føre til at samtykke fra pasienten blir lettere å få.

5.3 Holdninger

At ansatte kan bruke taushetsplikt som en slags unnskyldning for å ikke inkludere trenger ikke kun handle om lover og rettigheter eller mangel på kunnskap, men også holdninger. Et funn i analysen handler nettopp om holdningene til de ansatte, og hvordan de kan få pårørende til å føle seg som en «plage». Dette viser til hvor viktig holdningene til de ansatte er. Å drive kritisk refleksjon på arbeidsplassen kan være et viktig moment. Tanken bak kritisk refleksjon er at det alltid skal ligge en kunnskap bak handlingene, og at teori og praksis er en side av samme sak (Askeland, 2011, s. 25). Oppgaven viser nemlig at det er et gap mellom teori og praksis, som igjen understreker viktigheten av kritisk refleksjon. Det handler om å reflektere over egne opplevelser og erfaringer fra praksis, å få tak i de underliggende verdiene og teoriene, samt hvordan både sosial og politisk kontekst påvirker holdningene som den profesjonelle bygger arbeidsutøvelsen på (Askeland, 2011, s. 39). Dersom mange ansatte har holdninger som tilsier at pårørende til den rusavhengige er et problem, er en god start å drive kritisk refleksjon for å bevisstgjøre samt endre slike holdninger.

Holdninger til ansatte kan også handle om hvordan ting er organisert på systemnivå. Det er allerede kommet frem hvor sterkt det individuelle perspektivet står i behandling av rusavhengige, og at dette former praksisen. Hvordan hele systemet er lagt opp er grunnleggende for hvordan ansatte tenker om rusavhengighet og hvordan en skal behandle det. Lipsky (2010, s. 27) mener at ansattes holdninger påvirkes av arbeidsplassen. Lipsky (2010, s. 27) beskriver hvordan ansatte som jobber i direkte kontakt med brukerne kalles for bakkebyråkrater, og de skal utforme sin praksis med de rammebetingelsene og politikken som er håndhevet. At bakkebyråkratene har negative holdninger om pårørende, må derfor ses i lys av det systemet de underlagt og hvordan det kan påvirke både holdninger og praksis ubevisst. Lover, politiske vedtak og administrative regler er formet av samfunnet og dets verdier og holdninger, som igjen påvirker praksisen (Askeland, 2011,

s. 44). Dersom dette individuelle fokuset står sterkt i hele måten man ser på behandling av rusavhengighet kan de som praktiserer denne politikken, altså de ansatte her, ha et sterkt individfokus fordi det er slik behandlingen er lagt opp. Kritisk refleksjon kan også på bakgrunn av dette bidra til å bli bevisst hvordan slike prinsipper kan påvirke det daglige arbeidet (Askeland, 2011, s. 44). Et annet moment som også påpekes av Lipsky (2010, s. 29) er at bakkebyråkratene jobber i kontekst hvor det alltid vil være mangel på ressurser og tid. Dette samsvarer med funn fra analyse hvor flere av artiklene tar opp at det å drive pårørendeinkludering tar for mye tid og ressurser. Av den grunn lages det prosedyrer for å effektivisere arbeidet, noe som kan føre til at pårørendeinkludering ikke blir prioritert. Derav kan også mangel på ressurser være et hinder.

Oppgaven viser at ansatte selv ser betydningen av pårørendeinkludering, og at de selv drar nytte av det. Slik kunnskap er noe som øker sannsynligheten for at ansatte ønsker å inkludere pårørende i behandlingsforløp. Likevel viser oppgaven at ansatte har en lang vei å gå når det kommer til pårørendeinkludering. Lipsky's teori om bakkebyråkrater kan bidra til å forklare dette gapet mellom teori og praksis. Holdningene og praksisen til ansatte må ses i lys av de rammene og lovene som ligger der, og som former hvordan behandlingen er lagt opp. De må også ses i lys av at ansatte kan sitte med en opplevelse av at de ikke har ressurser til å inkludere. Dette viser at det på systemnivå bør ligge prosedyrer for hva vi tenker om pårørende.

5.4 Implikasjoner til sosialt arbeid

Oppgaven viser at systemnivå påvirker hvordan praksis utføres. Artiklene problematiserer det dominerende individfokus, og beskriver betydningen av å inngå et mer relasjonelt perspektiv som et supplement til individfokus. Som sosialarbeider har man et samfunnsmandat til å reagere politisk for å endre uheldig praksis og urettferdigheter i samfunnet (Askeland, 2011, s. 39). Oppgaven finner at det er større sannsynlighet å lykkes med behandling av rusavhengighet dersom en inkluderer pårørende, og derav ligger det et ansvar i å involvere seg politisk for å endre hvordan det individuelle synet har så stor dominans i både rammer, struktur samt hvordan også dette påvirker holdningene til de ansatte. Lover og rettigheter tilsier også at det er pasient som er i fokus, og underbygger det individuelle perspektivet. I sosialt arbeid er det å se «personen i situasjonen» et viktig moment. Istedenfor å kun se på den personen som har rusproblem, burde en ut fra sosialt

arbeid sitt perspektiv også se på situasjonen vedkommende er i, og hvordan den kan påvirke rusproblemet. Systemteori er også sentralt i sosialt arbeid. Individet inngår alltid i relasjoner, og er en del av et større system. Et system kan for eksempel være familien, og derav kan pårørende være en viktig faktor for å lykkes med behandlingen da de er en del av pasienten. Et sterkt individuelt perspektiv strider derav litt imot det en lærer på profesjonsstudiet til sosialt arbeid.

Oppgaven viser også hvor mye holdninger har å si for hvordan profesjonelle utøver faget sitt. Derfor er det viktig at ansatte som jobber med behandling av rusavhengige å reflektere kritisk over egen praksis, særlig når det kommer til pårørende. Er det noen fordommer, holdninger eller verdier som hindrer at en jobber mot å inkludere pårørende? Å ha refleksjoner rundt fordommer mot pårørendearbeid kan vise seg å være et viktig moment for å drive et mer inkluderende arbeid. Det er allerede påpekt på viktigheten av inkludering for alle parter, til og med de ansatte. Derfor bør det være forankret i ledelsen at de ansatte driver med refleksjon over sitt eget arbeid i kontakt med pårørende.

6. Avslutning

Denne bacheloroppgaven viser at behandlingsinstitusjoner for rusavhengige i TSB har et forbedringspotensial når det gjelder å inkludere pårørende i behandlingsforløp. Den har kommet frem til hva som kan hindre ansatte å drive pårørendeinkludering, og hvordan det eventuelt kan jobbes for å lykkes med det.

6.1 Konklusjon

Oppgaven finner at en hovedutfordring for pårørendeinkludering handler om et dominerende individfokus i rusbehandling. Dette har sitt utspring i rusreformen i 2004, som gjorde rusavhengige i rusbehandling fikk pasientrettigheter på lik linje med andre pasientgrupper. Det individuelle fokuset former derav praksisen. Dette fokuset på pasienten og dens problem har blitt så sterkt at andre pårørende som påvirkes av rusproblemet har følt seg som utenforstående i behandlingsforløpet. At en blir ansett som pasient gjør at en blir beskyttet av lover og rettigheter, som igjen svekker pårørendes rettigheter da det kreves samtykke fra pasienten for at pårørende i det helte tatt skal få noe informasjon. Lover og rettigheter som setter pasient i fokus kan altså være et hinder for at ansatte kan drive med pårørendeinkludering. Et annet poeng som oppgaven viser er at lovene også kan brukes som unnskyldning for å ikke inkludere, og her ser vi tydelig hvordan holdninger til ansatte også kan hindre inkluderingsarbeidet.

Tidligere forskning understreker viktigheten av å balansere det sterke individfokus med også et relasjonelt fokus på behandling av rusavhengige. Dette støttes også av forskning, faglitteratur og teorier. Særlig Adams forståelsesmodell er trukket frem for å tydeliggjøre hvorfor det relasjonelle perspektivet bør få et større rom i behandling av rusavhengige. Han er opptatt av relasjoner, og hvordan de kan bidra til endringer. Den avhengige skal «reintegreres» tilbake til en normal hverdag, og for å få til en varig endring krever dette en gjenforbindelse med familie og pårørende. Slik sett blir det viktig å få inn familieorientert behandling som en integrert del av behandlingen. For å kunne gjøre dette krever det altså at pasient samtykker, og det blir derfor viktig at ansatte jobber aktivt mot inkludering. Dette krever igjen at ansatte har positive holdninger til et slikt arbeid. Derfor vektlegges det også som viktig at ansatte reflekterer kritisk over egen praksis for å lykkes med pårørendeinkludering. Å få et relasjonsperspektiv inn helt fra start av behandlingen kan

være en viktig faktor for å lykkes med pårørendeinkludering fordi det allerede da settes fokus på hvordan relasjonene kan bidra til endring. I tillegg bør det foreligge endringer på systemnivå, og lages prosedyrer her på hvordan en tenker om pårørende. Det kreves et stort fokus på pårørendeinkludering når en jobber i et felt som er basert på individuelle pasientrettigheter.

6.2 Mangler ved oppgaven

Oppgaven går ikke særlig dypt inn i relasjonen mellom ansatt og pasient, og hvordan den er viktig for å få til et godt endringsarbeid. Å bygge trygge tillitsrelasjoner, og se på viktigheten av det for å få til pårørendeinkludering kunne vært interessant. Et annet sentralt tema i pårørendeorientert praksis handler lojalitetskonflikter for den ansatte, hvor lojaliteten til pasient kan svekkes ved å ta inn pårørende i arbeidet. Lojalitetskonflikter og hvordan det kan hindre til inkludering er heller ikke diskutert. Dette er begge tema som noen av artiklene diskuterer. Grunnen for at temaene ikke inkluderes i oppgaven er først og fremst ordbegrensning. Temaene er også valgt vekk da funn som er inkludert i besvarelsen var mer gjennomgående i alle artiklene. Det er ikke sett på som hensiktsmessig å dra inn flere tema enn de som er valgt da det ønskes å gå i dybden, samt at de besvarer oppgavens problemstilling på en god måte.

6.3 Forslag til videre forskning

En ny rusreform (2020-2021) er for tiden under utforming. Et hoved element i den nye reformen går ut på å styrke forståelsen av rusavhengighet som sykdom, og avkriminalisere oppbevaring og bruk av rusmidler. Dette kan redusere stigmaet og skammen som ofte knyttes til rusavhengighet, og forhåpentligvis bidra til at pårønderollen også blir forstått i et nytt lys. Samtidig kan det tenkes at reformen også kan forsterke et individuelt perspektiv på rusavhengighet, noe som igjen fører til at pårørende blir mer «glemt» i behandlingsforløpet. Videre forskning bør derfor undersøke hvilken betydning ny tenking omkring rusavhengighet virker inn på pårønderollen.

Det fokuseres også på hvordan juridiske og byråkratiske rammer og regler kan bidra til å hindre pårørendeinkludering. Noe som kunne vært interessant å utforske videre er hvordan disse spesifikt går ut over de pårørende, og hva eventuelt mer fleksibilitet i lover og rettigheter ville kunne gjort for å bidra til pårørendeinkludering.

Litteraturliste

Adams, P. J (2008). *Fragmented intimacy. Addiction in a social world*. New York, NY: Springer Science. (kap 2, 4, 5, 13) ***59 sider**

Adams, P.J (2016). Switching to a social approach to addiction: Implications for theory and practice. *International Journal of Mental health and Addiction*, 14, 86-94
*** 8 sider**

Amundrød E.W & Vatne, May. (2020). Involvering av pårørende til pasienter med rusavhengighet – med relasjonen til pasient som utgangspunkt. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 17, 118-128 <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.18261/issn.1504-3010-2020-02-03-05> ***10 sider**

Andersen, N.A (2021). Pårørende. I Lossius, K (Red)., *Håndbok i rusbehandling* (3.utg, s 249-268). Gyldendal Akademisk ***19 sider**

Askeland, G.A (2011). Teorigrunnlag for kritisk refleksjon. Askeland, G.A (Red). *Kritisk refleksjon i sosialt arbeid* (s. 25-38). Universitetsforlaget ***13 sider**

Askeland, G.A (2011). Hvorfor reflektere kritisk? Askeland, G.A (Red). *Kritisk refleksjon i sosialt arbeid*. (s. 42- 55). Universitetsforlaget ***13 sider**

Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (Fourth edition) Maidenhead: McGraw-Hill Education, Open University Press.
(kap 1,5) ***52 sider**

Berg, B., Ellingsen, I.T., Levin, I & Kleppe, L.C (2015). Hva er sosialt arbeid? I Ellingsen, I.T., Levin, I., Berg, B & Kleppe, L.C (Red). *Sosialt arbeid: en grunnbok* (s.19-35). Universitetsforlaget.

Birkeland, B & Weimand, B. (2015). *Voksne pårørende til personer med rusmiddelproblemer – En kvalitativ levekårsstudie – «Det gjennomsyrer jo hele livet»* (Rapport IS-2399). Oslo: Helsedirektoratet. S. 1-75.
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/en-kvalitativ-undersokelse-av-levekar-hos-voksne-parorende-til-personer-med-rusmiddelproblemer/En%20kvalitativ%20unders%C3%B8kelse%20av%20levekar%C3%A5r%20hos%20voksne%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20til%20personer%20med%20rusmiddelproblemer.pdf/_/attachment/inline/bf278f4e-08a8-46b8-bb20-c958798beb39:c0f08bf7aabf880cf6a85d4595092d43e2f711c9/En%20kvalitativ%20unders%C3%B8kelse%20av%20levekar%C3%A5r%20hos%20voksne%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20til%20personer%20med%20rusmiddelproblemer.pdf

*** 75 sider**

Braun, V, & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology*, 3. (2. utgave). s. 8- 23.
file:///Users/amaliejordan/Downloads/Using_thematic_analysis_in_psychology.pdf

***15 sider**

Dalland, O (2018). *Metode og oppgaveskriving*, Gyldendal Norsk Forlag. (s. 139-166)

***27 sider**

Dutcher, L.W., Anderson, R., Moore, M., Luna-Anderson, C., Meyers, R. J., Delaney, H. D., & Smith, J. E. (2009). Community Reinforcement and family training (CRAFT): An effectiveness study. *Journal of behavior Analysis in Health, Sports, Fitness and Medicine*, 2(1), 80-90
<http://dx.doi.org/10.1037/h0100376> ***10 sider**

Ellingsen, I.T & Levin. I (2015). Det sosiale i sosialt arbeid I Ellingsen, I.T., Levin, I., Berg, B & Kleppe, L.C (Red). *Sosialt arbeid: en grunnbok*. (s. 47-64). Universitetsforlaget.

Haga, W (2021). Veien inn i behandling. I Lossius, K (Red)., *Håndbok i rusbehandling* (3.utg, s. 94-100). Gyldendal Akademisk ***6 sider**

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse – ROP lidelser*. Hentet 11.Mars 2021 fra:

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppfølging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20–%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:b815d0887ae8ede1dff16fd16e4337e063ae0aaa/Utredning,%20behandling%20og%20oppfølging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20–%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppfølging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20–%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:b815d0887ae8ede1dff16fd16e4337e063ae0aaa/Utredning,%20behandling%20og%20oppfølging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20–%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf) (Kap 5) * **2 sider**

Helsedirektoratet (2017, 24. januar). Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet 6. *Psykososiale forhold i rusbehandling: Familie, bolig, økonomi, utdanning, arbeid og nettverk. Involvering av familie og nettverk i rusbehandling*. Helsedirektoratet.no

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/psykososiale-forhold-i-rusbehandling-familie-bolig-okonomi-utdanning-arbeid-og-nettverk#involvering-av-familie-og-nettverk-i-rusbehandling-sammendrag> * **1 side**

Helsedirektoratet (2018, 16. januar). Pårørendeveileder. 4. *Involvere pårørende i utredning, behandling og oppfølging av pasient eller bruker*. Helsedirektoratet.no

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/involvere-parorende-i-utredning-behandling-og-oppfølging-av-pasient-eller-bruker> ***1 side**

Hutchinson, G.S & Oltedal, S (2003). Modeller i sosialt arbeid. Universitetsforlaget. S. 169-209 ***40 sider**

- Jacobsen, D.I (2010) Forståelse, beskrivelse og forklaring innføring i metode for helse-og sosialfagene. Kristiansand: Høyskoleforlag. S. 53-63 ***10 sider**
- 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> ***19 sider**
- Levin, I (2015). *Hva er sosialt arbeid?* Oslo: Universitetsforlaget
- Lindgaard, H. (2012). Familier med alkoholproblemer. Et litteraturstudium af familieorienteret alkoholbehandling. København: Sundhedsstyrelsen. S.1-218
Hentet 16.Mars fra:
<https://dokodoc.com/familier-med-alkoholproblemer-et-litteraturstudium-af-famili.html> ***218 sider**
- Lipsky, M (2010). Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services (2. utgave). Rusell Sage Foundation. (Part 2, kap 3 & Part 4, kap 10) ***17 sider**
- Lossius, K (2021). Om å ruse seg I Lossius, K (Red) *Håndbok i rusbehandling* (3.utg, s 23-35). Gyldendal Norsk Forlag ***12 sider**
- Orford, J., Velleman, R., Copello. A & Templeton.L (2010). Family members affected by a close relative's addiction: The stress-strain-coping-support model. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 17 (s1), 36-43
<http://dx.doi.org/10.3109/09687637.2010.514801> ***8 sider**
- Ose, S.O & Pettersen, I. (2013). *Polikliniske pasienter i TSB 2013*. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn, Avd. Helse/NTNU. Hentet 17.Mars 2021 (Kap 11)
<https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/pasientkartlegging/rapport-a26395-polikliniske-pasienter-i-tsb-2013.pdf/> ***5 sider**

Pasientrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63)

Lovata.no

<https://lovdata.no/pro/#document/PROP/forarbeid/otprp-12-199899?searchResultContext=1245&rowNumber=3&totalHits=2550>

Prop.15 S (2015-2016). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)*. Helse- og omsorgsdepartementet

<https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf> *71 sider

Prop. 92 L (2020-2021). *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m (rusreform – opphevelse av straffansvar m.m)*. Helse- og omsorgsdepartementet (kapittel 1, 2)

<https://www.regjeringen.no/contentassets/5e3c52ef8e4b40ba9f471880c5c5c7a2/no/pdfs/prp202020210092000dddpdfs.pdf> *6 sider

Rienecker, L & Jørgensen, PS. (2013). *Den gode oppgaven* (2. utgave). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS (Kap 5, 9) *37 sider

Selbekk, A.S, Fauske, H (2014). Addiction, families and treatment: A critical realist search for theories that can improve practice. *Addiction research & Theory*, 23(3), 196-204 <https://doi.org/10.3109/16066359.2014.954555> * 8 sider

Selbekk, A.S (2016). *Troubled families and individualised solutions? An ontological, discursive and interactionist analysis of families involvement in alcohol and other drug treatment* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet I Stavanger. *143 sider
<https://uis.brage.unit.no/uis-xmlui/handle/11250/2394285>

Selbekk, A.S & Sagvaag, H. (2016). Troubled families and individualised solutions: an institutional discourse analysis of alcohol and drug treatment practices involving affected others. *Sociology of Health & illness*, 38(7), 1058-1073
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12432> *15 sider

Selbekk, A.S, Adams P.J & Sagvaag, H (2018). "A Problem Like This Is Not Owned By an Individual" Affected Family Members Negotiating Positions in Alcohol and Other Drug Treatment. *Contemporary Drug Problems*, 45(2), 146-162
<https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1177%2F0091450918773097> *16 sider

Skjerve, R & Utrimark, K. (2019). Seks grep for å involvere familien. *Psykologtidsskriftet*, 56(9)
<https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2019/09/seks-grep-involvere-familien>
*11 sider

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata.no
<https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-61?searchResultContext=3078&rowNumber=1&totalHits=52357>

Støren, I. (2019). *Bare søk! – Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier* (5. opplag) Cappelen Damm AS (kap 2, 6) *14 sider

Sælør, K.T & Bjerknes, S.O (2018). *Miljøterapi i tverrfaglig spesialisert rusbehandling I* Biong, S & Ytrehus, S (Red) *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2.utg, s. 141 – 156)

Weimand, B.M, Hedelin, B., B-Hall-Lord, M.L & Sallstrom, C. (2011). Left alone with straining but inescapable responsibilities: Realtive's experiences with mental health services. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(11), 703 – 710. * 7 sider
<https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.3109/01612840.2011.598606>

Ytrehus, S (2018). *Familiens situasjon I* Biong, S & Ytrehus, S (Red) *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2.utg, s. 215- 231)

Valgfritt pensum: 954 sider.